



Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Februar 2015



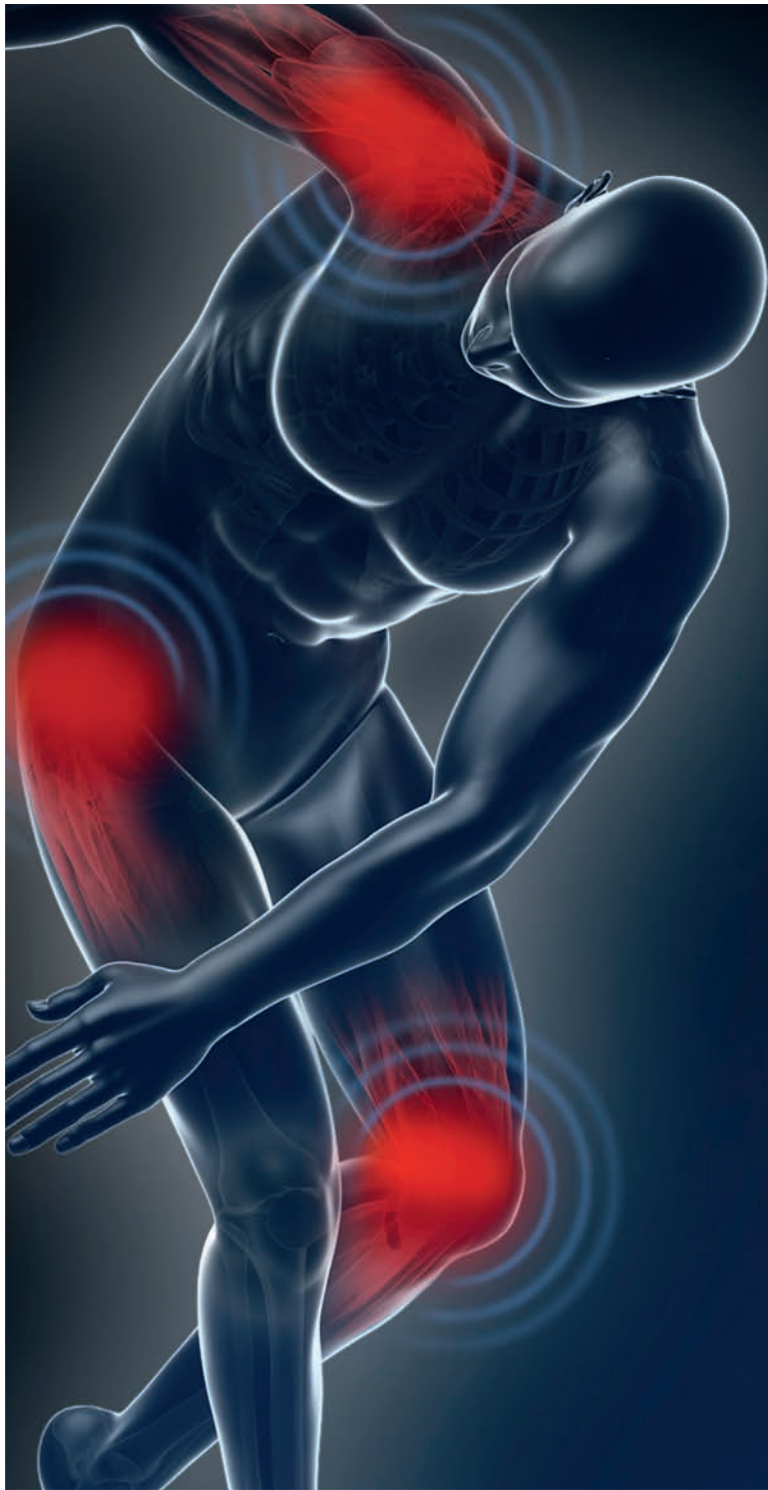
**Erfolgsmodell
Endoprothesenregister**

**Was ist ein
Honorararzt?**

Fusion der BG-Kliniken



Thieme



COPAL®

Expertise für die Revision

- **COPAL® G+C:** Der Goldstandard in der Revision und für Hochrisikopatienten
- **COPAL® G+V:** Für die septische Revision bei nachgewiesenen MRSA/MRSE*
- **COPAL® spacem:** Spezialzement für die Herstellung von Spacern



www.heraeus-medical.com

* Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*/
Methicillin-resistenter *Staphylococcus epidermidis*

Against all odds: gegen die Strömung – mit der Angst?



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer

Seit dem Jahreswechsel und während der ersten Wochen des gerade neuen Jahres war die politische Landschaft geprägt von erschreckenden und real existenziell bedrohlichen Nachrichten in den Medien, seit langem wieder in beängstigender Nähe zu Europa, zu Deutschland: Krieg in der Ostukraine, die Annexion der Krim, IS-Terror im Irak und in Syrien mit verstörenden Bildern, terroristische, ideologisch motivierte Anschläge in Paris und Kopenhagen, nicht zuletzt die Meldungen aus dem Finanzsektor mit dem zunehmenden Euro-Verfall und der schwebenden Drohung einer bröckelnden Eurozone.

Unabhängig von der beschriebenen gesellschaftlichen und politischen Labilität im geographischen Umfeld Deutschlands, kennen wir alle das Gefühl der Verunsicherung, einer besonderen Schutzlosigkeit. Es handelt sich um ein Grundgefühl zu einer Umgebung, in Situationen, die als bedrohlich empfunden werden und sich als Besorgnis und unbestimmte Anspannung äußert – man könnte dieses Gefühl als eine Form von Angst bezeichnen. Auslöser können auch schon allein in der Vorstellung wirksam werden, wenn erwartete Bedrohungen etwa der körperlichen Unversehrtheit, der Autonomie, der Selbstachtung oder der Zukunftsgestaltung imaginiert werden. Wer kennt sie nicht, Befürchtun-

gen vor dem Alleinsein, dem Alt- und Abhängigwerden, vor Abschieden, dem Sterben, aber auch ganz konkret vor geschäftlichem Misserfolg, Armut im Alter, um nur einige Beispiele zu nennen.

Im vergangenen Jahr wurde eine Untersuchung im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ veröffentlicht, die erneut zeigte, dass etwa 28 Prozent der Bevölkerung von mindestens einer psychischen Störung betroffen sind. An erster Stelle liegen Angststörungen – etwa jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann haben eine entsprechende behandlungsbedürftige Diagnose erhalten.

„German Angst“ ist in den vergangenen Jahrzehnten international zu einem „stehenden“ Begriff geworden. Wir Deutsche gelten im Vergleich zu den europäischen Nachbarn als ein Volk von Bedenkenträgern, die Veränderungen generell ablehnen und kaum einen Tag durchleben, ohne Existenzangst zu verspüren.

Eine aktuelle Umfrage zur nationalen, finanziellen, Internet- und persönlichen Sicherheit (Unisys Security Index Report) zeigt für Deutschland einen Wert von 146 von möglichen 300 Punkten. Im Vergleich: die USA erreichten auf der Angst-Skala einen Wert von 123, Spanien 118, Großbritannien 103, und die Niederlande sogar nur 66 Punkte.

In der Zeitung „Die Welt“ konnte man vor Kurzem lesen „German Angst“ stecke tief in unseren Genen, die Deutschen seien von einem Gefühl der permanenten Bedrohung getrieben. Um dem entgegenzuwirken, sei in Deutschland der Sozialstaat basierend auf dem System der Sozialversicherungen entstanden, würden Situationen wie ein langanhaltender Reformstau billiger in Kauf genommen und nicht zuletzt in der Bevölkerung Milliarden Euros für Versicherungen ausgegeben, um sich real gegen jedes nahezu nur vorstellbare Risiko abzusichern, das das Leben theoretisch mit sich bringen kann.

Internationale Forschungsgruppen haben gezeigt, dass Stress, Traumata, auch die Ernährung Einfluss auf unser genetisches Material nehmen und epigenetische, d.h. strukturelle Veränderungen bewirken können. Epigenetische Modifikationen spielen eine essentielle Rolle für die Steuerung von Entwicklungsprozessen auf zellulärer Ebene und beeinflussen dadurch den gesamten Organismus, seine Psyche eingeschlossen, und können möglicherweise auf die Nachkommen weitergegeben werden. Sind damit Belastungen und Traumata unauslöschbar in das genetische Material einer Gesellschaft oder auch einer Berufsgruppe eingeschrieben? Geben wir, die „alten“ Mediziner, unsere zum Teil ja berechtigten Befürchtungen und Ängste also erfolgreich an unseren Nachwuchs und möglicher Weise auch an unsere Patientinnen und Patienten weiter?

Es erschreckt mich sehr, wenn bei einer anderen aktuellen Umfrage 94 Prozent der Deutschen angeben, dass sie in der Zukunft Angst vor einer medizinischen Unterversorgung haben – 2007 waren es „nur“ 65 Prozent. Auch Ärzte haben eine soziale Verantwortung. Ich möchte an dieser Stelle den altbekannte Ausspruch von Rudolph Virchow wieder ins Bewusstsein holen: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“.

Speziell in der ärztlichen Berufsausübung sind Befürchtungen und Ängste verbreitet – beispielsweise vor den Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes, des Anti-Korruptionsgesetzes, vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen, vor Regressen und nicht zuletzt auch vor den Ansprüchen von Patienten, insbesondere verstärkt seit der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes vor genau zwei Jahren. Wer kennt sie nicht aus Gesprächen unter Kollegen, die Angst vor der Niederlassung, vor dem damit verbundenen wirtschaftlichen Risiko. In den Kliniken haben sich die Arbeitsbedingungen verändert, insbesondere durch den zunehmenden Zeitdruck, der Verknappung finanzieller und

personeller Ressourcen bei gleichzeitig ansteigenden Qualitätsanforderungen. Dies mag ganz individuelle Befürchtungen, wie die Angst, all dem nicht gewachsen zu sein, anstoßen.

Marcus Schiltenwolf hat einen sehr lesenswerten Beitrag zur „Angst des Arztes“ für das Deutsche Ärzteblatt verfasst. Entsprechend der psychosomatischen Lehre unterscheidet er hier berufsbezogene Ängste von Ärzten von den neurotischen oder existenziellen Ängsten oder phobischen Befürchtungen, die der Situation unangemessen sind. Er spricht von der Angst vor Fehlern, vor dem Versagen, vor ethischem Vergehen, vor Entwertung und der Angst vor der eigenen Erkrankung, aber vor allem auch von der Angst vor der eigenen Ohnmacht als Ärztin als Arzt. Ein für mich zentraler Satz in diesem Beitrag lautet: „Einem Arzt, der nie an den eigenen Fähigkeiten zweifelt und keine Angst kennt, in Ausübung seines Berufs zu versagen, sollte man sich besser nicht anvertrauen.“

Der „Ärztemonitor 2014“ dagegen zeichnet ein recht positives Bild bezüglich der Berufszufriedenheit von Medizinern: Bei der Befragung von mehr als 10.000 Niedergelassenen stimmten 95 Prozent der Fachärzte der Aussage zu „Meine Arbeit macht mir Spaß“.

„Es geht uns gut!“ Johannes Flechtenmacher hat mit diesen Worten den letztjährigen DKOU eröffnet und damit auf viele positive Rahmenbedingungen in unserem gesellschaftlichen Umfeld hingewiesen, aber gleichzeitig auch auf viele Bedrohungen des Berufsbildes, des Berufsstandes und der Entwertung unserer Arbeit.

Wir werden in der Zukunft gebraucht: Die Untersuchung zur „Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland“ im Rahmen des WHO Global Burden of Disease-Projektes zeigt eindeutig, dass bereits heute die muskuloskelettalen Erkrankungen bei den Morbiditätseffekten (YLD=Years lived with Disability) bei weitem führend sind und auch die

Krankheitslast (DALYs) zumindest im Bereich der Frauen dominiert. Erstaunlicherweise wird in der Öffentlichkeit und der Politik weiterhin wesentlich mehr über die psychischen Probleme und deren Anstieg gesprochen, die tatsächliche Bedrohung der älter werdenden Gesellschaft liegt aber sicherlich insbesondere im Bereich der eingeschränkten Mobilität und Schmerzen – der Domäne der Orthopäden und Unfallchirurgen. Hier sind wir gefragt, von anderen zu lernen und die Angst zu verlieren, die drohenden Probleme der Gesellschaft zu adressieren und unsere Kompetenzen zu betonen. Und in diesem Kontext sollten wir darauf hinweisen, dass kompetente Leistung einen Preis hat.

Es stehen sicherlich viele Herausforderungen und gegebenenfalls Veränderungen auch in diesem Jahr für uns alle an – wollen wir uns gegen die Strömung stellen? Ich wünsche es mir.

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer,
BVOU-Vizepräsident

Rivero Extragriff Femurkopffentferner

Zum Entfernen des Femurkopfes bei Implantation einer TEP oder bei der Frakturversorgung

ARTIKELNR.:

3707
Gesamtlänge: 22,2 cm

HERGESTELLT IN DEN USA



Modifizierte von Dennis Rivero, MD

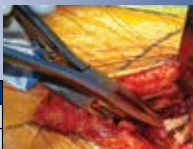
Hannum-Greifer

Greifbackenzahnung für festen Griff an Knochen und Gewebe

Entwickelt von Scott Hannum, MD

EXKLUSIV
FÜR INNOMED
IN DEUTSCHLAND
HERGESTELLT

In drei Backengrößen erhältlich: kurz für den Knochenhalt, mittel für kleine Knochen und lang für Gewebe.



PRODUCT NO'S:

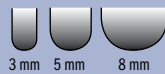
Gesamtlänge: 23,5 cm

1775-01 [Short Jaw]
8 mm Backenbreite

1775-02 [Medium Jaw]
5 mm Backenbreite

1775-03 [Long Jaw]
3 mm Backenbreite

Tatsächliche Backenbreiten



Rockowitz Femurkanal-Zugangsraspel mit T-Griff

Entwickelt von Neal L. Rockowitz, MD

ARTIKELNR.:

4990

Stellt den ersten Zugang zum Femurkanal vor der Schaftpräparation her; besonders hilfreich zur Herstellung des Pfades für die Raspel beim direkt anterioren Zugang.

HERGESTELLT
IN DEN USA



O'Reilly Doppelgriff-Hebel für den direkt anterioren Zugang

Entwickelt von Michael P. O'Reilly, MD

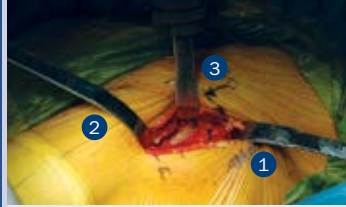
Wird bei der direkt anterioren endoprothetischen Versorgung zur Darstellung des Azetabulums über den vorderen Beckenrand gesetzt. Der duale Griff ermöglicht den Gebrauch des Instruments an der rechten wie linken Hüfte und eine einfache Übergabe des Instruments zwischen den Assistenten.

Geeignet für minimalinvasiv/direkt anterior/posterior/anterolateral implantierte Hüft-TEPs und Hemiprothesen.

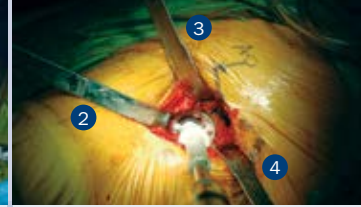
ARTIKELNR.:

3011
Gesamtlänge: 33,7 cm
Hebeltiefe: 10,8 cm
Hebelbreite: 2,5 cm

HERGESTELLT
IN DEN USA



Darstellung des Hüftgelenks & Entfernen des Femurkopfes



Darstellung und Präparation des Azetabulums, Implantation der Pfanne

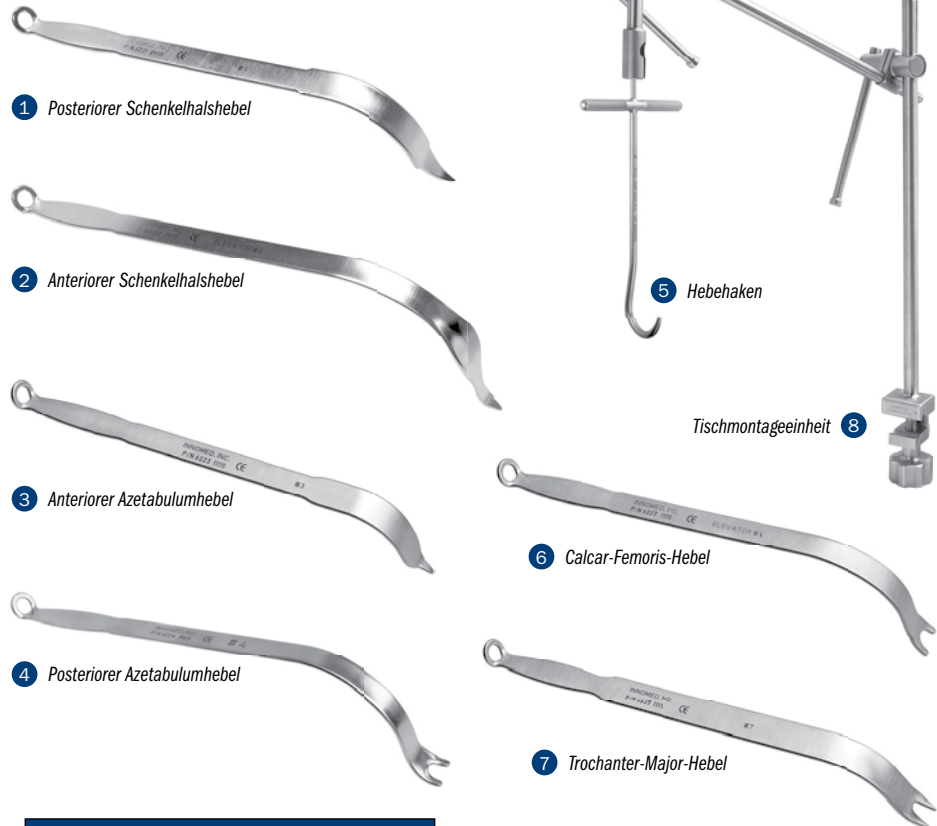


Tischmontageeinheit mit Hebehaken für den femoralen Zugang

Das/Seng Instrumente für den direkt anterioren Hüftzugang

Entwickelt von Amal Das, MD und Brian Seng, DO

Hebel-Haken-Set mit tischbefestigtem Hebesystem mit kontrolliertem Ratschen-Lösemechanismus, speziell zur Erleichterung des anterioren Zugangs beim Hüftgelenkersatz.



1 Posteriorer Schenkelhalshebel

2 Anteriorer Schenkelhalshebel

3 Anteriorer Azetabulumhebel

4 Posteriorer Azetabulumhebel

5 Hebehaken

Tischmontageeinheit 8

6 Calcar-Femoris-Hebel

7 Trochanter-Major-Hebel

ARTIKELNR.:

6221 [#1 - Posteriorer Schenkelhalshebel]

1 Hebelbreite: 2,5 cm
Hebeltiefe: 7,6 cm
Gesamtlänge: 35,6 cm

6222 [#2 - Anteriorer Schenkelhalshebel]

2 Hebelbreite: 3,2 cm, 1 cm an der Spitze
Hebeltiefe: 11,4 cm
Gesamtlänge: 38,1 cm

6223 [#3 - Anteriorer Azetabulumhebel]

3 Hebelbreite: 25 mm
Hebeltiefe: 5,7 cm
Gesamtlänge: 33,7 cm

6224 [#4 - Posteriorer Azetabulumhebel]

4 Hebelbreite: 2,5 cm
Hebeltiefe: 7 cm
Gesamtlänge: 35,6 cm

HERGESTELLT
IN DEN USA

6226-RH [#5A - Runder Hebehaken]

5 Hakenbreite: 1 cm
Hakentiefe ab T-Griff: 14,6 cm
Gesamtlänge: 23,5 cm

6227 [#6 - Calcar-Femoris-Hebel]

6 Hebelbreite: 2,5 cm
Hebeltiefe: 9,2 cm
Gesamtlänge: 35,6 cm

6225 [#7 - Trochanter-Major-Hebel]

7 Hebelbreite: 2,5 cm
Hebeltiefe: 6,4 cm
Gesamtlänge: 36,2 cm

6226-TA [#8 - Tischmontageeinheit]

8 In dieser Artikelnummer ist ein 6226-RH Hebehaken enthalten.
Zusammenklappbar auf etwa: 53,3 cm x 12,7 cm x 12,7 cm

Innomed-Europe Alte Steinhauserstrasse 19 CH-6330 Cham Schweiz www.innomed-europe.com
Warenlager und Vertriebsbüro in Deutschland für unsere EU-Kunden



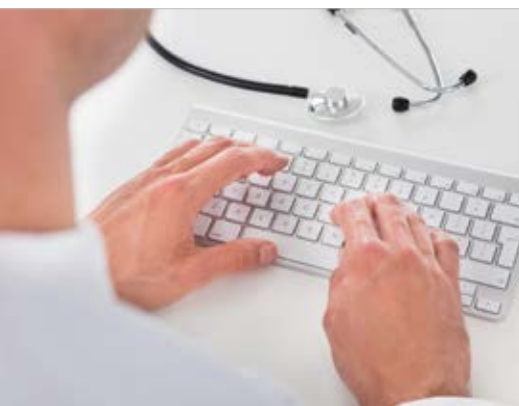
Tel. +41 41 740 67 74
Fax +41 41 740 67 71

Einscannen um zu unserer Website zu gelangen

INNOMED



34 Fusion der BG-Kliniken: Die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken werden ab 2016 als ein Unternehmen geführt. Sie erwarten sich davon eine bessere Vernetzung und Versorgung der Patienten.



36 Klarstellungen im Begriffsdschungel: Honorararzt, Konsiliar-, Wahl- oder Belegarzt – oder Kooperationsarzt. Das Thema hat sich im vergangenen Jahr bei Ärzten in Klinik und Praxis zu einem Dauerbrenner entwickelt, nun sorgt der BGH für teilweise Klarheit.



20 Das Endoprothesenregister als Erfolgsmodell: Das EPRD wächst dynamisch und hat im ersten Jahr seines „Echtbetriebes“ die Erwartungen deutlich übertroffen. Bis Ende 2014 waren mehr als 59.000 OPs dokumentiert, mehr als ein Drittel aller Kliniken nehmen teil.

Editorial

xxx

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig 10

Daten für die Versorgungsforschung 10

Mindestmenge für Knie-TEP wieder in Kraft 11

Hilfsfristen für Notarzteinsätze 11

Chancen erkennen und nutzen 12

SpiFa gibt den Weg frei 12

Schwangere Ärztinnen dürfen operieren 13

Aus unserem Fach

DKOU 2015
DGOU hat eine neue Doppelspitze 14

NEUER PRÄSIDENT DES BVOU
In Gemeinschaft stark 15

EUROPA
Herbsttreffen der Sektion Orthopädie und Traumatologie der UEMS in Luxemburg 18

WEITERBILDUNG IN EUROPA
Kommentar zu UEMS:
Wer nicht normt, wird genormt 19

IMPLANTATeregister
Das Endoprothesenregister
Deutschland als Erfolgsmodell 20

DIE INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE (SICOT)
SICOT Weltkongress
in Rio de Janeiro 22

63. JAHRESTAGUNG DER VEREINIGUNG SÜDDEUTSCHER ORTHOPÄDEN UND UNFALLCHIRURGEN IN BADEN-BADEN
Wer Sport treibt, lebt gesund – oder gefährlich? 24

INTERVIEW MIT DEN KONGRESSPRÄSIDENTEN DER 63. JAHRESTAGUNG DER VSOU
Ist Sport Mord? 26

GENERALSEKRETÄR
Zwölf Jahre Generalsekretär – Was bleibt... 28

INTERVIEW MIT DEM SCHEIDENDEN GENERALSEKRETÄR PROF. FRITZ UWE NIETHARD
Unter dem Motto der letzten zwölf Jahre: Alle in ein Boot 30

NEUER GENERALSEKRETÄR IM AMT
Bernd Kladny – Gott sei Dank, er ist ein Frank! 32

FUSION DER BG KLINIKEN
Die besten Köpfe, die besten Hände 34

Recht

KLARSTELLUNGEN IM BEGRIFFSDSCHUNGEL
Honorararzt – Konsiliararzt – Wahlarzt – Belegarzt – Kooperationsarzt 36

KPMG UNTERSUCHUNG
Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus 39

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF)
Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ 41

Unterwegs

COA-KONGRESS
Was tut sich in China? 44

SÜDAFRIKASTIPENDIUM
Reisebericht Südafrika 2014 45

KINDER- ORTHOPÄDIE

SYMPOSIUM
19./20. JUNI 2015

THEMEN:

Älter werden mit Kinderkrankheiten,
Der besondere Fall

LEITUNG:

Prof. Dr. B.-D. Katthagen

ALLE INFOS:

www.ot-bufa.de
m.kirmse@ot-bufa.de



COPA Consulting Partner Unternehmensberatung GmbH

*Medizin am Menschen – Führungsposition in der
Rehabilitationsmedizin*

In unserer Rehabilitationsklinik nördlich von Berlin stehen die medizinisch hochwertige Behandlung und dauerhafte Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten an erster Stelle. Unpersönliche „Durchlauf-Medizin“ passt daher nicht in unser Bild von einer Medizin, die dem Menschen dient und alle sinnvollen Maßnahmen und Behandlungsspektren beinhaltet, die die Fachgesellschaften vorsehen. In unserer Klinik mit ca. 190 Betten haben wir im Jahr 2012 ca. 3.000 Patientinnen und Patienten erfolgreich behandelt. Davon kamen ca. 70 % mit orthopädischen Erkrankungen zu uns. Der Schwerpunkt liegt dabei im Bereich chronischer Rückenschmerzen, Erkrankungen der Gelenke und der Traumatologie.

Zur weiteren qualitativen Entwicklung unseres orthopädischen Rehabilitationsbereiches suchen wir Sie zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

Oberarzt Orthopädie/Unfallchirurg (m/w)

Als erfahrene/-r Vertreter/-in der orthopädischen/unfallchirurgischen Fachdisziplin stehen Sie bei uns ganz zentral an der Schnittstelle zwischen medizinischer Patientenbetreuung und aktivem Management einer modernen Rehabilitationseinrichtung. Sie sind verantwortlich für die oberärztliche Leitung der orthopädischen Abteilung. Dazu zählen u. a. die Funktionsdiagnostik, die Sonografie, Röntgen und die Überprüfung und Kontrolle der Reha-Programme. Darüber hinaus stehen Sie mit Ihrer fachlichen Expertise für die Weiterentwicklung unserer Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel einer vollständigen Integration unserer Patientinnen und Patienten in den beruflichen und sozialen Alltag.

Unsere Philosophie steht in deutlicher Abgrenzung zu einem von rein wirtschaftlichen Erwägungen und Personalknappheit geprägten ärztlichen Arbeitsalltag. Wir wollen, dass Sie Zeit für Ihre Patientinnen und Patienten haben und Ihr umfangreiches medizinisches Fachwissen in die vollständige Gesundheit unserer Gäste investieren. Gemeinsam mit dem ärztlichen Direktor der Klinik, der gleichzeitig Chefarzt der Orthopädie ist, stehen Sie für die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Angebots und der Ihnen unterstellten 4 Stationsärzte/-ärztinnen.

Sie passen dann am besten zu uns, wenn Sie zusätzlich zu Ihrer medizinischen Ausbildung und Ihrer Approbation als Arzt über die Facharztanerkennung für Orthopädie (und Unfallchirurgie) verfügen. Sehr gute Kenntnisse aus dem Bereich der Rehabilitationsmedizin runden Ihr Profil ab. Idealerweise verfügen Sie darüber hinaus über Kenntnisse aus dem Bereich der Schmerztherapie. Neben sehr guter Kommunikationsfähigkeit und Führungsstärke müssen wir auch auf exzellente Kenntnisse der deutschen Sprache Wert legen. Haben wir Sie begeistern können?

Mit der Steuerung des Bewerbungsverfahrens haben wir unsere Personalberatung COPA Consulting Partner Unternehmensberatung GmbH beauftragt. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Frau Britta Burth (040 – 41 32 35 31). Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte – bevorzugt per E-Mail an britta.burth@amrop.de (keine komprimierten Dateien und maximal 5 MB) – unter Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins, Ihrer Gehaltsvorstellung sowie etwaiger Sperrvermerke an die nachfolgend aufgeführten Kontaktdaten. Bitte beziehen Sie sich auf die **Referenznummer 391317**.

**COPA Consulting Partner Unternehmensberatung GmbH,
Kleiner Burstah 12, 20457 Hamburg**



**Nosokomiale
Infektionen**
Kappstein
69,95 € [D]

**Ein wirksamer Leitfaden für klinische
Präventions- und Therapieoptionen
bei nosokomialen Infektionen.**



Einfach bestellen auf www.thieme.de



BVOU	
BVOU – wozu?	53
Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung	55
Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern	56
Brandenburger Orthopädentreffen	58
Neue Mitglieder	60
Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken	60
Wechsel in der ALKOU-Spitze	60
Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder	60

DGOU	
Aufruf zur Benennung von Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGOU (Wahlperiode 2016 bis 2018)	62
WICHTIGE Beitrags- und Mitgliederinformation für 2015	62
Formular: Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag	63
Formular: Änderungsmitteilung	64
AG 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen	65
Die Mannschaft!	67
Neue Mitglieder	69
31. AGA-Kongress von 18.-20.9.2014 in Innsbruck	70

DGOOC	
Bericht der Leitlinienkommission der DGOOC	72
Zum Hundertsten nachträglich	73
Prof. Dr. Lutz Jani zum 80. Geburtstag	75
Prof. Dr. Achim Reichelt zum 80. Geburtstag	76
Neue Mitglieder	76

DGU	
Aktuelles zum Thema ärztliche Qualifikation „Interdisziplinäre Notaufnahme“	77
Deutschlandweite Serum- und Wundflüssigkeitsbank	79
Ein neuer Prognose-Score im TraumaRegister DGU® (RISC II)	80
Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2016-2018 gesucht!	81

VLOU	
Ein unseriöser Versuch der Patientenakquise	83
Zulassungsverfahren zum Schwerstverletzungsarten (SAV) und Schwerstverletzungsartenverfahren Hand (SAV Hand)	84

Namen

Personalia	48
Wir gratulieren ...	49
NACHRUF	
Dr. Jürgen Eltze, 1931-2014	50

Für Sie gelesen 85

Für unsere Mitglieder

Kursangebote	87
Service/Preise	96
OU Medizin und Markt	98

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK:



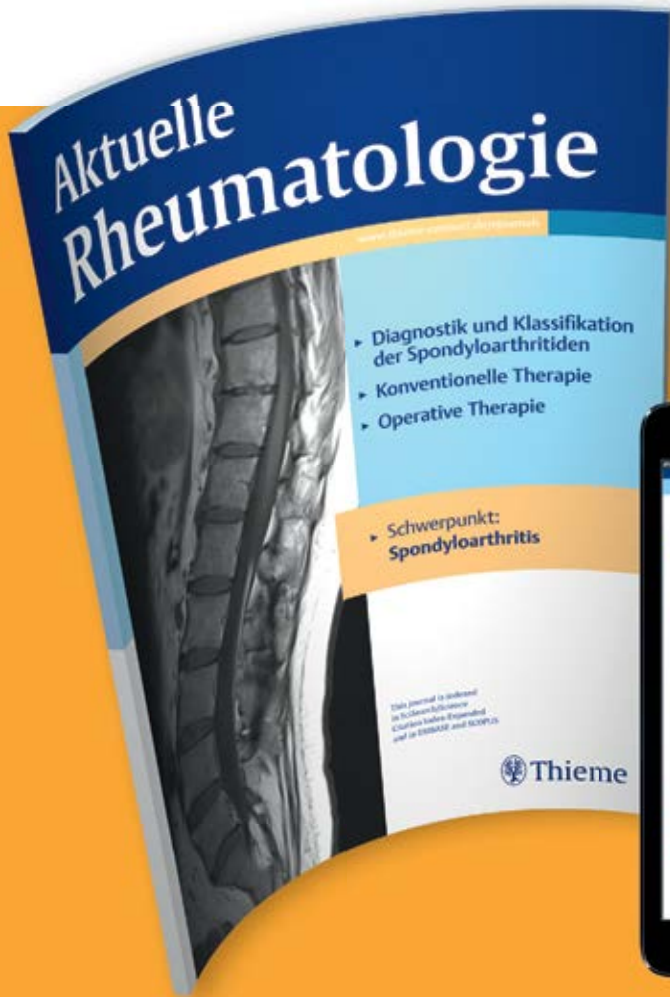
www.facebook.de/dgou.ev

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Produktionsbedingt kam es bei dieser Ausgabe der OUMN zu einer etwas späteren Auslieferung als sonst. Wir bitten dies zu entschuldigen. Viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr OUMN-Team

Hohe Präsenz im Fachgebiet!



Jetzt Manuskript
einreichen!



Immer auf dem aktuellsten Stand – die Fachzeitschrift „Aktuelle Rheumatologie“ bietet einer breiten Leserschaft praxisorientierte, klinisch relevante Wissenschaft und neueste Entwicklungen aus dem gesamten Spektrum der Rheumatologie.

Es gibt viele gute Gründe in der Fachzeitschrift „Aktuelle Rheumatologie“ zu publizieren:

- **Internationale Sichtbarkeit:** Gelistet in allen wichtigen Datenbanken (Scopus SciSearch/Science Citation Index-Expanded and EMBASE/EXCERPTA Medica)
- **Impact Factor:** Ihre Arbeiten werden zitiert
- **E-First:** Ihre Arbeit ist schon vor dem Druck der Zeitschrift online
- **ScholarOne Manuscripts:** Die Aktuelle Rheumatologie arbeitet mit dem international führenden System für webbasierte Manuskripteinreichung und –begutachtung. Mehr Informationen unter: <http://mc.manuscriptcentral.com/aktrheumatol>
- **Erstklassiger peer-review:** Ihr Manuskript profitiert von der Begutachtung durch die TOP-Experten der Rheumatologie
- Publikation auch auf Englisch möglich
- Publikation von Videos: Sie können gerne Ihre Videos zum Artikel mit einreichen
- Gerne publizieren wir auch Case Reports und Interessante Fälle
- Persönlicher Ansprechpartner im Verlag: Bei Rückfragen stehen wir gerne für Sie zur Verfügung

Weitere Informationen für Autoren:



www.thieme.de/rheuma

@ eo.rheuma@thieme.de

 Thieme



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. Bernd Kladny
Für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

Schriftleitung DGOOC

Prof. Dr. med. Bernd Kladny (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: bernd.kladny@fachklinik-herzogenaurach.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. med. 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@vlou.de

Redaktion

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

Verlag

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia
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

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. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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. Michael Nerlich, Regensburg

Erster Vizepräsident

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt/Main

Generalsekretär

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

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schriftführer

Prof. Dr. med. 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 DGU)**

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Stellv. Präsident (und Präsident der DGOOC)

Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)

Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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. med. Richard Stange, Münster

Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit

Dr. med. Daniel Frank, Düsseldorf

Leiterin des Ausschusses Bildung und Nachwuchs

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

Leiter des Ausschusses Wissenschaft und Forschung

Prof. Dr. med. 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. med. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums der DGOU

Dr. med. 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. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

2. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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 DGOOC

Straße des 17. Juni 106-108

(Eingang Bachstraße)

10623 Berlin

Tel.: (030) 340 60 36 30

Fax: (030) 340 60 36 31

E-Mail: info@dgooc.de

www.dgooc.de



Österreichische Gesellschaft für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie

**Vorstand
Präsident**

Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

1. Vizepräsident

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

2. Vizepräsident

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

Generalsekretär

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

Kassierer

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

Schriftführer

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

Fachgruppenobermann

Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

Sekretariat der ÖGO

c/o Medizinische Akademie

Alserstraße 4

A-1090 Wien

Kontakt: Dagmar Serfezi

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

Fax: +43-1-407 13 82 74

E-Mail: ds@medacad.org



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

Reformpaket für Krankenhäuser vorgestellt

Sechs Monate lang diskutierte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe über die Reform des Krankenhaussystems. Jetzt wurden die Eckpunkte bekannt. Ein zentrales Vorhaben ist die Bildung eines Strukturfonds, der den Abbau von Krankenhauskapazitäten und ihre Umwandlung in Pflegeeinrichtungen fördern soll. Dafür sind insgesamt eine Milliarde Euro vorgesehen. Weiterhin sieht das Eckpunktepapier vor, Kliniken mit schlechter Behandlungsqualität mit Abschlägen zu bestrafen. Im Gegenzug können Kassen und Krankenhäuser „für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität“ Zuschläge vereinbaren. Hinzu kommen Bonuszahlungen für spezialisierte Zentren, in denen beispielsweise seltene Erkrankungen behandelt werden. Auch für Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen soll es Zuschläge geben. Zu dem Reformpaket gehört auch ein „Pflegestellenförderprogramm“ im Umfang von 660 Millionen Euro. Bis Ende 2017 sollen Experten prüfen, ob das DRG-System den Pflegebedarf richtig abbildet, oder eine Änderung des Finanzierungssystems notwendig ist. Die Reform könnte 2016 in Kraft treten. (bäk ground Dezember 2014)

Wartezeiten in Deutschland im Vergleich kürzer

Das Problem zu langer Wartezeiten auf einen Arzttermin ist offenbar weit weniger groß, als bislang angenommen. Nach einer internationalen Vergleichsstudie, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf seiner Internetseite veröffentlicht hat, kommen deutsche Patienten zügig zum Arzt – verglichen mit Kranken in anderen Industriestaaten. Vier von fünf Patienten sahen ihren Hausarzt binnen zwei Tagen, sechzig Prozent hätten angegeben, nicht länger als vier Wochen auf die Konsultation eines Facharztes gewartet zu haben, heißt es im „International Health Policy Survey 2014“. Die Studie vergleicht die Versorgung von Patienten in Amerika, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, der Schweiz, Schweden, Norwegen und Australien, die älter als 65 Jahre sind. Demnach bekommt man nur in Frankreich und Neuseeland ähnlich zügig wie hierzulande, nämlich binnen 48 Stunden, einen Hausarzttermin. In Norwegen, Schweden, Kanada und Amerika gelang das nur jedem zweiten Patienten. (red)

Gesetzliche Krankenkassen rutschen ins Minus

Die Gesetzlichen Krankenkassen mussten nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums in den ersten drei Quartalen des Jahres 2014 Verluste von 763 Millionen Euro verbuchen. Angesichts von Rücklagen von 16 Milliarden Euro sei die finanzielle Lage der Kassen „unverändert stabil“, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dazu. Zudem hätten die Krankenkassen 197 Millionen Euro für freiwillige Leistungen ausgegeben und 553 Millionen Euro an ihre Mitglieder ausgeschüttet. Ohne diese Faktoren sei das Finanzergebnis bei Ausgaben von 153,5 Milliarden Euro nahezu ausgeglichen. Die Reserven sind zwischen den Krankenkassen allerdings sehr ungleichmäßig verteilt. Während einige über Reserven in Milliardenhöhe verfügen, kommen andere gerade so mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus. Die Ausgaben der Kassen wuchsen um etwa fünf Prozent und damit stärker als die Zuweisungen. (red)



Foto: Fotolia_xixinxing

Daten für die Versorgungsforschung

Im Dezember 2014 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein Gutachten „Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten“ veröffentlicht, das die Möglichkeiten aufzeigt, pseudonymisierte Daten für die Versorgungsforschung in Deutschland zu nutzen. „Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie unterstützt dieses Gutachten“, sagte Generalsekretär Prof. Fritz Uwe Niethard. „Ohne den Zugang zu derartigen Daten sind weder fundierte Aussagen über Qualität der Versorgung noch zur Bedarfsanalyse möglich, die in Anbetracht der demografischen Herausforderung besonders wichtig ist.“ Die DGOU habe mit dem TraumaRegister und dem Endoprothesenregister gezeigt, dass derartige Daten zum Vorteil des Patienten eingesetzt werden können.

Im Gesundheitswesen werden verschiedene Daten routinemäßig dokumentiert, zum Beispiel solche zur Abrechnung zwischen Ärzten und Krankenversicherungen. Da diese Daten unter anderem Angaben zu Diagnosen, Therapien und Kosten enthalten, liefern sie – mit geeigneten Methoden analysiert – wichtige Informationen zur Gesundheitsplanung und -berichterstattung sowie zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Das Gutachten beschreibt, wie die Gesundheitsforschung heute Routedaten nutzt. Dabei zeigen die Autoren Anwendungsfelder und Problembereiche auf und stellen dar, welche Daten wo vorliegen. Als Datenquellen werden neben dem Informationssystem Versorgungsdaten des DIMDI zahlreiche weitere Einrichtungen wie Sozialversicherungsträger, amtliche Statistiken, Forschungsdatenzentren oder private Krankenversicherung aufgeführt und deren jeweilige Daten beschrieben. Darüber hinaus thematisieren die Autoren datenschutzrechtliche Regelungen und geben Hinweise zur Analyse und zum Management von Daten. Das Gutachten wurde im Auftrag des DIMDI von der PMV-Forschungsgruppe erstellt. (mba)

WEITERE INFOS

<https://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/wissenswertes/datengutachten/dimdi-sekundaerdaten-expertise.pdf>

Mindestmenge für Knie-TEP wieder in Kraft

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 gilt für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Kniegelenk Totalendoprothese/ Knie-TEP) wieder die jährliche Mindestmenge von 50. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Krankenhäuser dürfen diese Leistung demnach nur noch dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie voraussichtlich mindestens 50 Knie-TEP-Operationen im Jahr durchführen.

Der aktuelle Beschluss, der die Aussetzung der ursprünglich seit 2006 geltenden Mindestmenge beendet, ist Folge von Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) in Kassel. Dieses hat – nachdem bereits mit Urteil vom 12. September 2012 bestätigt wurde, dass Knie-TEP planbare Leistungen sind, deren Ergebnisqualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt – durch die Urteile vom 14. Oktober und 27. November 2014 auch die Bestimmung der Menge 50 für rechtmäßig erklärt.

„Das Bundessozialgericht hat letzte Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Mindestmengen-Regelungen ausgeräumt. Außerdem hat es bestätigt, dass der G-BA seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten hat, indem er eine jährliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP pro Krankenhaus festsetzte, auch wenn weder aus den vorhandenen Studien noch aus den auf der Grundlage der BQS-Daten durchgeführten Berechnungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen explizite Schwellenwerte für Mindestmengen abzuleiten sind“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. „Eine jährliche Fallzahl von 50 Knie-TEP stellt grundsätzlich sicher,



dass durchschnittlich jede Woche eine Knie-TEP-Operation erfolgt. Auch aus Sicht des Bundessozialgerichts trägt dies maßgeblich dazu bei, eine hinreichende Behandlungsroutine für diesen komplexen Eingriff zu gewährleisten.“



G_BA Dezember 2014

Hilfsfristen für Notarzteinsätze

Die DGOU kritisiert die aktuellen Planungen zu einer Gesetzesänderung im Land Baden-Württemberg, die Hilfsfristen bei einem Notfalleinsatz aufgrund von Personal- und Ressourcenknappheit von zehn auf zwölf Minuten zu verlängern. „Diese Entwicklungen sind rückwärtsgewandt. Wir müssen Überlebenschancen verbessern, nicht minimieren. Die Wahrscheinlichkeit, einen Herz-Kreislauf-Stillstand unbeschadet zu überleben, nimmt ohne Therapie pro Minute um etwa zehn Prozent ab. Im Interesse der Patienten sollte die Hilfsfrist statt verlängert eher auf acht Minuten reduziert werden“, sagt Reinhard Hoffmann, stellvertretender Generalsekretär der DGOU und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft Unfallchirurgie e.V. (DGU).

Unter „Hilfsfrist“ versteht man den Zeitraum zwischen Eingang des Notrufes und Eintreffen der Rettungskräfte am Einsatzort. Die Festlegung dieser Hilfsfrist ist Ländersache und damit in 16 unterschiedlichen Rettungsdienstzeitgesetzen geregelt. Tatsächlich reicht sie von acht Minuten in dicht besiedelten Gebieten Nordrhein-Westfalens bis hin zu maximal 17 Minuten in ländlichen Gebieten Thüringens. In Baden-Württemberg gab es immer wieder Kritik, weil Retter und Notärzte nicht innerhalb der vorgesehenen zehn Minuten am Einsatzort waren.

Seit mehreren Jahren leidet der Rettungsdienst an Geldmangel und verfügbarer Kompetenz – insbesondere in ländlichen Regionen. Unter anderem diese Problematik führte nach langen Diskussionen 2013 zur Einführung des neuen Berufsbildes Notfallsanitäter. Er löst den bisherigen Rettungsassistenten ab und soll eigenverantwortlich Tätigkeiten auch im invasiven Bereich übernehmen – das schließt beispielsweise auch die intravenöse Medikamentengabe ein. Der Notarzt soll in Baden-Württemberg daher zukünftig bis zu 18 Minuten Zeit bis zum Eintreffen am Einsatzort haben. Die Zwischenzeit soll durch qualifizierte Notfallsanitäter überbrückt werden.

DGOU und DGU begrüßen diese Qualifikationsmaßnahmen für ehemalige Rettungsassistenten, sehen aber die Gefahr, dass es durch eine Verlängerung von Hilfsfristen und einen zeitlichen Aufschub des Notarzteinsatzes letztlich zu einer schleichenden Substitution des bewährten Notarztsystems in Deutschland durch ein nicht arztgestütztes System (Paramedic-System) kommen könnte, wie es beispielsweise in den USA der Fall ist. (www.dgu-online.de)

(sh)

Chancen erkennen und nutzen

Die Beratungsbörse im Rahmen des DKOU gehört mittlerweile zum festen Bestandteil des Kongressgeschehens. Interessierten bot sich auch in diesem Jahr wieder die Möglichkeit, mit erfahrenen Experten aus den Bereichen Personal- und Karriereberatung sowie Organisationsentwicklung Gespräche zur eigenen beruflichen Situation zu führen.

Eine klassische Klinikkarriere anstreben? Oder doch lieber frühzeitig den Einstieg in eine Praxis vorbereiten? Es sind sowohl frisch gebackene Fachärzte und Fachärztinnen, als auch solche, die bereits eine Oberarztposition innehaben, die mit diesen Fragen in die Beratung kommen. Die Beratungsbörse nutzten wie in den Jahren zuvor aber auch Ärztinnen und Ärzte, die entweder ganz am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn stehen oder sich noch in Weiterbildung befinden. Auch diese sind häufig schon recht gut informiert und wissen über die beruflichen Möglichkeiten ihres Fachgebietes „im Prinzip“ gut Bescheid. Unklar ist ihnen aber des öfteren, wie sie dieses Wissen für die eigene, ganz individuelle Berufsplanung nutzen können.

Praxis oder Klinik?

Praxis oder Klinik? Manch einer empfindet diese Alternative schon allein deswegen als Zwickmühle, weil er zwar aus dem Klinikbetrieb mit seiner enormen Arbeitsverdichtung aussteigen, sich aber nicht gänzlich aus dem OP verabschieden möchte. In der Beratung hat sich auch dieses Jahr wieder gezeigt, dass viele interessierte Ärztinnen und Ärzte immer noch viel zu wenig über die Möglichkeiten wissen, die sich ihnen in vernetzten Strukturen bieten. Hier finden sich mittlerweile ja ganz unterschiedliche Modelle jenseits der „klassischen“ Verbindung Praxisniederlassung und belegärztliche Tätigkeit. Nicht nur, dass eine Praxistätigkeit heutzutage in ganz unterschiedlicher Form möglich ist (als Inhaber/Teilhaber oder im Angestelltenverhältnis); inzwischen nimmt bei den Krankenhäusern, insbesondere denen der mittleren Größenordnung, die Zahl derer zu, die spezialisierten Fachärztinnen / Fachärzten eine leitende Funktion in Teilzeit anbieten.

Solche Positionen können dann in unterschiedlicher Weise mit einer (angestellten oder selbstständigen) Tätigkeit in einer Praxis oder in einem MVZ verknüpft sein: Eine „win-win-Situation“ für beide Seiten. Das Krankenhaus erweitert und schärft auf diese Weise sein fachliches Leistungsprofil (beispielsweise im Bereich der Schulter- oder Handchirurgie), der betreffende Facharzt wiederum hat für sich insgesamt mehr Gestaltungsmöglichkeiten. „Das bringt mich ja tatsächlich auf eine Idee, wie ich mich künftig beruflich aufstellen könnte. Und ich muss-

SpiFa gibt den Weg frei

Weichen in eine gemeinsame Zukunft mit der GFB gestellt: Die Mitgliedsverbände des SpiFa haben die Inhalte der angekündigten Satzungsänderung des Verbandes einstimmig beschlossen, die eine Aufnahme der in der GFB organisierten Verbände ermöglichen (Stand: 12.12.2014). „Beide Verbände und deren Mitglieder eint das Ziel, zu Beginn des Jahres 2015 einen ein-

te dabei fachlich gar nicht so viele Abstriche machen, wie ich immer befürchtet habe“, fasste einer der Teilnehmer sein Beratungsgespräch zusammen. Bei denjenigen, die für sich die Entscheidung für eine Praxistätigkeit bereits getroffen hatten, tauchte ein anderes Thema auf, nämlich die nicht immer reibungsfreie Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Partnern. Auch hierzu gab es Ideen für die nächsten Schritte.

Karriereziel Chefarzt

„Keine Lust mehr auf Karriere? Von den Schwierigkeiten, Chefarzt/Chefärztin zu werden und es zu bleiben“: so hieß eine die Beratungsbörse begleitende Veranstaltung. Im Rahmen der angebotenen Einzelberatung bot sich Interessierten dann die Möglichkeit, das Thema zu vertiefen und sich von neutraler Seite ein Feedback für die eigene Bewerbung als Chefarzt einzuholen.

Ganz offensichtlich drängt es inzwischen aber auch im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie deutlich weniger Oberärzte/-ärztinnen in Chefpositionen, als dies noch vor ein paar Jahren der Fall war. Auch wenn viele eine Karriere im Krankenhaus nicht grundsätzlich ausschließen, steht diese Generation dem Karriereziel Chefarzt doch relativ kritisch gegenüber. „Ist es tatsächlich eine Verbesserung gegenüber meiner jetzigen Position?“ Diese Frage ist in der Regel nicht ausschließlich finanziell gemeint. Die sie stellen, haben oftmals Chefarzte vor Augen, welche über eine mangelnde Unterstützung der Geschäftsleitung, die Verknappung der Ressourcen und chronischen Personalmangel klagen und entsprechend frustriert sind. „Wie kann ich sicher sein, dass es mir nicht genauso geht?“, oder „Was kann man dagegen tun?“ lautete hier das Beratungsanliegen.

Beruf und Lebensqualität

Eine „klassische“ Beratungsfrage war auch in diesem Jahr die nach der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Mehrheitlich wurde sie von Frauen gestellt; doch auch einzelne männliche Kollegen, Oberärzte und Chefarzte, beschäftigten sich mit diesem Thema. Evident war hier dann der Zusammenhang mit der Furcht vor einem Burnout oder sogar mit der Erfahrung eines solchen. Natürlich waren Patentrezepte waren in den Beratungsgesprächen nicht zu bekommen, wohl aber Impulse für die Reflexion der jeweiligen persönlichen Berufssituation und Anregungen für Veränderungsmöglichkeiten, wie die positiven Rückmeldungen bestätigten.

Ingrid Rebmann / Dr. Ulrike Schlein

heitlichen fachärztlichen Spitzenverband auf Bundesebene zu erreichen. Dafür wurde der Weg geebnet“, so SpiFa Hauptgeschäftsführer Lars F. Lindemann zum Ergebnis der Mitgliederversammlung.

(red)

Schwangere Ärztinnen dürfen operieren

Ärztinnen in der Schwangerschaft dürfen unter individuell abgesicherten Bedingungen operieren. Bisher endete der Einsatz von jungen Chirurginnen im Operationsaal nach Bekanntgabe der Schwangerschaft und bremste sie aufgrund der heute unzeitgemäßen Auslegung des Mutterschutzgesetzes von 1952 in ihrer beruflichen Entwicklung aus.

Unter welchen Bedingungen schwangere Chirurginnen das Skalpell in der Hand behalten dürfen, informiert das Projekt „Operieren in der Schwangerschaft“ (OPidS) des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) in Zusammenarbeit mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie¹. Das Projekt ging am 15.01.15 mit der neuen Website www.OPidS.de an den Start. Im Zentrum der Website steht das Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“. Es bietet Schwangeren, ihren Vorgesetzten und Akteuren des Gesundheitswesens alle notwendigen Informationen, auf deren Grundlage jede Klinik in Rücksprache mit der zuständigen Aufsichtsbehörde für eine schwangere Chirurgin die Fortführung der operativen Tätigkeit ermöglichen kann.

Die Bedingungen im OP haben sich insbesondere für Schwangere durch die enormen Fortschritte in der Medizin stark geändert. Durch eine individuelle Gefährdungsbeurteilung kann das Risiko für zahlreiche Gefahrenquellen im OP heute weitestgehend minimiert werden – intravenöse und regionale Anästhesieverfahren stellen eine gute Alternative zu Narkosegasen dar, beim Röntgen können die Schwangeren den OP-Saal verlassen und es gibt heutzutage bezüglich der Infektionskrankheiten Hepatitis C und HIV schnell verfügbare Tests zum Patientenscreening sowie stichsichere Instrumente. Die Angleichung der Mutterschutzrichtlinien an die modernen Erkenntnisse blieb bisher jedoch aus.

Wir waren schwanger

„Chirurgischer Mut war gefragt. Wir hatten keine Zeit, auf die längst angekündigte Reform des Mutterschutzgesetzes zu warten. Wir waren schwanger und wollten operieren! Mit unserer Erfahrung wollen wir anderen Schwangeren den Weg ebnen. Der Andrang ist sehr groß“, erklären unisono Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner, die die Sektion Familie und Beruf des Jungen Forums der DGOU leiten. Niethard (auf Foto li.) war 2013 und Donner 2014 schwanger und beide arbeiteten bis zum sechsten bzw. neunten Monat im OP. Für diese Möglichkeit haben die jungen Fachärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie sehr kämpfen müssen. Ihr Hauptansatz: Weder das Mutterschutzgesetz noch die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz schließen den Umgang mit schneidenden und stechenden Instrumenten und somit einen Einsatz im Operationsaal explizit aus. Problematisch ist die jeweils eigenständige Auslegung durch die Landesaufsichtsbehörden, da eine bundesweite Regelung fehlt. Aus ihren persönlichen Erfahrungen entstand das Projekt OPidS, das sie nun gemeinsam mit Kolle-



Foto: Susanne Herda

ginnen und Kollegen aus anderen chirurgischen Fachbereichen vorantreiben.

„Wir merkten schnell, dass das Thema ein Brennpunkt in der Chirurgie ist“, sagen Niethard und Donner. Allein 2014 führten die beiden Fachärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie rund 20 individuelle Beratungsgespräche. „Die Ärztin muss jedoch frei entscheiden können, ob sie während ihrer Schwangerschaft ihrer operativen Tätigkeit weiter nachgehen möchte. Es darf im Umkehrschluss nicht zu einem zwangsweisen Einsatz im OP-Saal kommen“, betont Niethard.

Schwangere Ärztinnen wollen operieren

Immerhin zeigt eine im Oktober 2014 veröffentlichte deutschlandweite Erhebung unter Frauenärztinnen und Chirurginnen, dass 88 Prozent der befragten Schwangeren aus eigener Motivation ihre operative Tätigkeit bis zur Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft fortsetzten. „Mit Bekanntgabe der Schwangerschaft wollen Chirurginnen nicht automatisch auf die Fortsetzung ihrer Weiterbildung zur Fachärztin oder auf die operative Tätigkeit als Oberärztinnen verzichten. Das ist heute auch gar nicht mehr nötig!“, so Donner. Was für schwangere Chirurginnen möglich ist und was nicht, kann jedes Krankenhaus mit der Erstellung einer individuellen Gefährdungsbeurteilung analysieren. Um das Wissen strukturiert nutzbar zu machen, trugen Niethard und Donner alle Informationen zusammen. In Zusammenarbeit mit der DGOU entstand das Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“. Zum ersten Mal finden schwangere Chirurginnen, ihre Vorgesetzten und andere beteiligte Klinikakteure umfassende und notwendige Informationen und Handlungsempfehlungen zu den Aspekten Recht, Röntgen, Strahlenschutz, Infektionsrisiko und Narkose. Zudem werden alle Texte und Informationen auf der neuen Website (www.OPidS.de) zur Verfügung gestellt. Zum Download gibt es hilfreiche Tools wie eine Checkliste zum strukturierten Vorgehen oder ein Musterbeispiel für eine individuelle Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung.

Susanne Herda
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU

¹ Das Perspektivforum Junge Chirurgie ist eine Gruppierung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



DGOU hat eine neue Doppelspitze: Prof. Dr. Michael Nerlich (DGU) und Prof. Dr. Rüdiger Krauspe (DGOOC).

DKOU 2015

DGOU hat eine neue Doppelspitze

Professor Dr. Michael Nerlich (61) aus Regensburg ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU). Er ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg. Die stellvertretende Präsidenschaft der DGOU übernimmt Professor Dr. Rüdiger Krauspe (61). Er ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Die DGOU-Mitgliederversammlung wählte Nerlich und Krauspe im Oktober 2014 für die Amtszeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2015 an die Spitze der DGOU. Beide übernehmen zudem die Präsidenschaft bei ihren Muttergesellschaften – Nerlich ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) und Krauspe ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC).

Mit dem Antritt ihrer Präsidenschaften werden Nerlich und Krauspe auch die Kongresspräsidenten des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), der vom 20. bis 23. Oktober 2015 unter dem Motto „Hinterm Horizont“ in Berlin stattfindet. Der Kongresstitel ist Ausdruck eines Programmes, das neben Themen zur operativen Versorgung orthopädisch-unfallchirurgischer Erkrankungen auch Themen wie beispielsweise Prävention von Verletzungen bzw. von Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems als Schwerpunkt anbietet. „Wichtig für uns Orthopäden und Unfallchirurgen ist die ganzheitliche Versorgung unserer Patienten. Die Versorgung beginnt mit der Prävention und endet mit der Reintegration in das gewohnte soziale Umfeld“, sagt Nerlich. Drei der Schwerpunktthemen heißen daher „Prävention: Von O(ben) bis U(nten)“, „Regeneration vor Reparatur und Ersatz“ und „Mobilität und Selbstständigkeit im Alter“. Weitere Schwerpunktthemen sind „Orthopädie und Unfallchirurgie im

Wachstumsalter“, „Endoprothetik und Revisionsendoprothetik“ sowie „Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen“.

„Hinterm Horizont“

„Hinterm Horizont“ bedeutet aber auch internationale Vernetzung, um zu erfahren: Über welches Wissen verfügen unsere europäischen Kollegen? „Wir wollen eigene gute Ideen weitergeben, aber auch von anderen lernen. In einer Zeit, in der die Halbwertszeit des Wissens in der Medizin fünf Jahre beträgt, ist es heute wichtiger denn je, sich international zu vernetzen, um beste wissenschaftliche Erkenntnisse so schnell wie möglich in die Praxis umzusetzen“, sagt Krauspe. Als Gastland haben die Kongresspräsidenten dieses Jahr die Türkei eingeladen.

Nerlich studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Nach Approbation (1978) und Promotion (1979) folgte die Facharztweiterbildung für Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover mit einem Zwischenaufenthalt in Davis, USA, an der University of California. 1987 folgten Habilitation und Venia Legendi für Unfallchirurgie. 1992 erhielt Nerlich die Professur für Unfallchirurgie an der Universität Regensburg. Er leitete ab 1992 die Abteilung für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Regensburg und wurde später Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg. Daneben ist Professor Ner-

lich seit Juli 2012 Direktor der Klinik für Unfallmedizin am Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg.

Krauspe studierte an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel. Nach Approbation (1980) und Promotion (1983) folgte die Weiterbildung in Pathologie und Chirurgie sowie die Facharztweiterbildung für Orthopädie in Stuttgart. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und hat ergänzend die Zusatzbezeichnungen Spezielle Orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie und Sportmedizin erworben. 1993 erfolgten Habilitation und 1994 Venia Legendi für das Fach Orthopädie. 1996 erhielt Krauspe die C-3-Professur an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. Er ist seit 1999 Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und C-4 Professor an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

TERMINHINWEIS:

20. bis 23. Oktober 2015: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.dgou.de
www.dkou.de

Susanne Herda
 Presse- und Öffentlichkeit DGOU



Dr. Johannes Flechtenmacher ist Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

NEUER PRÄSIDENT DES BVOU

In Gemeinschaft stark

Dr. Johannes Flechtenmacher ist seit dem DKOU 2014 Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU). Die Modernisierung des Verbandes, die Einbindung von aktiven Mitgliedern in die Verbandsarbeit und ein umfassendes Verständnis des Servicegedankens des BVOU für seine Mitglieder sind elementare Bausteine seiner Präsidentschaft. Der in Karlsruhe niedergelassene Orthopäde und Unfallchirurg spricht im OUMN-Interview über die Situation des Faches und seine Ziele.

Die Honorarfrage, wie sehen Sie die gegenwärtige Situation der Praxen?

Dr. Johannes Flechtenmacher: Die Honorarsituation, die sich aus dem Kollektivvertrag ergibt, ist unbefriedigend. Das spüren wir täglich in unseren Praxen. Das Hamsterrad dreht sich immer schneller, sinkende RLVs und Fallwerte bei Zunahme der Fallzahlen sind klare Indikatoren. Ein Beispiel: In Nordbaden, das ist die Region, in der ich arbeite, haben wir einen Scheinwert, der so hoch ist wie 1985. De facto hat sich der Wert unserer Arbeit, wenn man u.a. die Inflation berücksichtigt, in der ambulanten Orthopädie und Unfallchirurgie halbiert. Deshalb sind wir bei Honorarverhandlungen an vorderster Front dabei. Dies ist ein Baustein, die Situation in unserem Fachgebiet zu verbessern. Es darf nicht vergessen werden: Die Vorgabe des EBM war immer, dass ein Oberarztgehalt durch die Tätigkeit im Kassenbereich nach Abzug der Nebenkosten möglich sein sollte. Das ist leider nicht mehr der Fall.

Ein ergänzender Aspekt zur Honorarfrage ist die Chance, die in der Vertragsgestaltung außerhalb des Kollektivvertrages liegt. Wir glauben, dass neuartige Vertragsformen – Stichwort Selektivverträge – geeignet sind, die Arbeit in unserem Fach darzustellen und ein entsprechendes Honorar für unsere Arbeit zu generieren. Mir ist wichtig, Probleme

nicht nur zu benennen, sondern Lösungen und Gestaltungsräume dafür zu entwickeln.

Dieses Jahr gehört in Sachen Honorar der Entwicklung des fachärztlichen Teils des EBM – einem Kernpunkt der Arbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Welche Punkte sind Ihnen bei der Weiterentwicklung wichtig?

Flechtenmacher: Wir widmen dem EBM ein eigenes Referat innerhalb des BVOU – daran erkennt man, wie wichtig wir das Thema nehmen. Das Referat ist Teil einer neuen Arbeitsstruktur im BVOU; Können ist bekanntlich abhängig von Verantwortlichkeit und Fachwissen. Das EBM-Referat wird von Dr. Matthias Graf, dem bayerischen Landesvorsitzenden, geleitet. Wir haben konkrete Vorstellungen, wie eine tragfähige Honorarsystematik für unser großes Fach aussehen sollte. Real muss mehr Honorar in den Praxen ankommen. Es darf sich nicht nur – wie so oft in der Vergangenheit – um eine Umverteilung von der einen zu einer anderen Gruppe gehen. Dies führt zu Frustration, zu Ungerechtigkeiten und letztendlich zu Verunsicherung. Wir meinen, dass es mehr Honorar am besten durch eine Kombination aus Pauschalierungen und Einzelleistungen geben soll.

Aber wir brauchen auch Sicherheit bei der Verordnung von Medikamenten so-

wie Heil- und Hilfsmitteln. Die Budgets müssen so ausgestaltet sein, dass der Arzt sinnvoll behandeln kann, ohne direkt von Regressen bedroht zu werden. Die Regressgefahr muss auf politischer Ebene weiter zurückgefahren werden. In Baden-Württemberg haben wir dies in Teilen geschafft – dies muss auch bundesweit gelingen. Es darf nicht sein, dass Ärzte, die für ihre Patienten das Beste tun, in Haftung genommen werden.

Ein moderner Berufsverband – was muss er leisten?

Flechtenmacher: Ein Chirurg, Prof. Witte, der auch einen chirurgischen Berufsverband geleitet hat, hat einmal gesagt: Die Fachgesellschaft ist für das Fach und der Berufsverband für den/die Arzt/in zuständig. Ich kann mich dieser Meinung absolut anschließen. Das heißt, das Ziel des BVOU ist, die Arbeitsbedingungen für seine Mitglieder zu verbessern – sowohl für den niedergelassenen wie auch für den klinisch tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen. Im Mittelpunkt steht dabei der Service, den der BVOU für seine Mitglieder leistet und in Zukunft vermehrt leisten wird. Service kann die Arbeitsbedingungen auf vielfältige Weise verbessern – auch für unsere klinisch tätigen Kollegen. Service hat zum einen ganz praktische wirtschaftliche Aspekte, etwa beim Einkauf von Praxisutensilien, Geräten, Computersystemen oder

Aus unserem Fach

beim Abschluss von Rahmenverträgen von Versicherungen zu günstigen Konditionen. Zum Service zählt ebenfalls, Vorschläge und Hilfestellungen bei Arbeits-, Praxisübernahme- und Chefarztverträgen anzubieten. Service kann aber auch sein, die Bedingungen unter denen wir täglich arbeiten, zu verbessern: Etwa durch Mustervorlagen für Selektivverträge, die in den Ländern genutzt und auf die regionalen Besonderheiten hin abgestimmt werden können. Denn es ist wichtig, dass sich unser Fach in Vertragsverhandlungen möglichst einheitlich darstellt –, dass wir uns nicht auseinander dividieren lassen. Service ist auch bei der Förderung und Strukturverbesserung in der Fort- und Weiterbildung wichtig. Service hat zudem eine bundesberufspolitische Komponente. Wir müssen dafür sorgen, dass wir weder beim Honorar, noch in den Möglichkeiten der freien Berufsausübung weiter gebremst werden.

Sie haben beste Erfahrungen im Abschluss von Selektivverträgen – Beispiel Baden-Württemberg. Ein einheitliches Bild des Faches gegenüber den Kassen ist dabei sicherlich wichtig.

Flechtenmacher: Beim Abschluss von Selektivverträgen ist darauf zu achten, dass man Abhängigkeiten von den Vertragspartnern vermeidet – also meist von den Krankenkassen –, um nicht gegeneinander ausgespielt zu werden. Diese Gefahren sind bekannt und müssen mit Hilfe des BVOU möglichst ausgeschaltet werden. Deshalb haben wir in unsere Referatsstruktur auch ein Referat Selektivverträge integriert, das von Dr. Burkhard Lembeck geleitet wird. In diesem Referat werden alle möglichen Informationen, welche für Selektivverträge wichtig sind, zusammenfließen. Dazu zählen u.a. Informationen, welche Selektivverträge es regional und überregional gibt und welche Rahmenbedingungen in bereits bestehenden Verträgen gesetzt wurden. Ein Ziel könnte sein, dass wir Mindestbedingungen oder Mindeststandards formulieren, die unabhängig von regionalen Besonderheiten in solchen Verträgen zu finden sein sollten. Wir werden nach Möglichkeit versuchen, diese Vertragsformen umzusetzen. Auf die Kassen zuzugehen, ist eine weitere Aufgabe dieses Referates. Auch hier gilt: Mir ist wichtig, Probleme nicht nur zu benennen, sondern Lösungen und Gestaltungsräume zu entwickeln.

Die Länder sind im BVOU traditionell stark. Gibt es Überlegungen, diese weiter zu fördern?

Flechtenmacher: Die Stärkung der föderalen Strukturen im Berufsverband gehört mit zu unseren zentralen Projekten. Im Gegensatz zur Fachgesellschaft und zu anderen Verbänden hat der BVOU eine gut ausgebildete und gut funktionierende Struktur auf Landes- und Bezirksebene. Das ist eine große Stärke unseres Verbandes, die wir vermehrt nutzen müssen; dieses gerne auch in Absprache mit der Fachgesellschaft. Diese weiter auszubauen und die Kollegen vor Ort zu unterstützen, ist sicherlich ein Ziel des BVOU.

Welche fünf Meilensteine für Ihre Verbandsarbeit würden Sie benennen?

Flechtenmacher: Meilensteine in einem demokratischen Verband zu benennen ist die Aufgabe des Vorstandes. Nach sehr vielen Gesprächen mit Kollegen würde ich als Meilensteine bezeichnen:

1. Die weitere Professionalisierung der Verbandsführung und der Geschäftsstelle.
2. Der Ausbau des Services für die Mitglieder, dazu gehört auch die Weiterentwicklung der ADO.
3. Implementierung einer modernen Kommunikationsstruktur. Derzeit sind wir dabei, die Homepage des BVOU grundlegend zu überarbeiten und hoffen zum DKOU in diesem Jahr, das neue Internetportal vorstellen zu können.
4. Stärkung der föderalen Strukturen.
5. Einbindung der klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen nicht nur auf der Bundes-, sondern auch auf der Landes- und Bezirksebene, um so die Zusammenarbeit zwischen OU in der Klinik und Praxis zu verbessern.

Wie will der BVOU Medizinstudierende für das Fach gewinnen?

Flechtenmacher: In dem wir unsere Begeisterung bei der täglichen Arbeit als Orthopäden und Unfallchirurgen deutlicher nach außen zeigen. Das ist sicherlich die beste Werbung für unser Fach. Denn unser Fach bietet die Möglichkeit, sowohl konservativ als auch operativ tätig zu sein. Empathie ist dabei keine Möglichkeit, sondern eine Voraussetzung. Es ist aus meiner Sicht eines der attraktivsten Fächer im Bereich der Medizin.

Wir sind als Verband aktiv bei der Rekrutierung des Nachwuchses – und zwar sowohl während des Studiums als auch danach. Die Hauptaufgabe des BVOU ist es aber, das Fach selbst attraktiver zu machen. Viele Studierende kennen eher die Risiken des Praxisbetriebs als die in der Summe überwiegenden Chancen. Das müssen wir ändern. Wenn wir das schaffen, werden wir kaum Probleme haben, junge Ärzte für unser Fach zu begeistern.

Das Fach hat eine konservative und eine operative Seite. Wie stellt sich dies für die Patienten aus Ihren Erfahrungen dar?

Flechtenmacher: Patienten haben ein klares Bild von der Aufstellung unseres Faches. Sie wollen so viel konservative Behandlung wie möglich und akzeptieren dann aber auch den operativen Eingriff, wenn dieser nötig ist. Denn eine Operation ist bei bestimmten Erkrankungen oder Verletzungen eine schnellere und hilfreichere Methode, um zu besseren Ergebnissen zu kommen. Die zwei Therapieformen trennt kein „oder“, sondern verknüpft ein „und“. Das ist dem Patienten bewusst.

Was wir bei jüngeren Kollegen feststellen, die eine Ausbildung insbesondere in der Klinik absolvieren oder absolviert haben, ist, dass sie sehr auf operative Therapieverfahren fokussiert sind. Trotzdem ist es wichtig, dass auch der junge noch in der Klinik tätige Kollege weiß, wie man eine Fraktur konservativ behandelt, wie man Osteoporose diagnostiziert und therapiert, wie man kinderorthopädische Erkrankungen behandelt und wie man Rheuma diagnostiziert und therapiert. Die konservativen Inhalte sind integraler Bestandteil des Faches OU.

BVOU und die Wissenschaftsgesellschaften haben die räumliche Trennung überwunden. Wie wird sich die organisatorische und inhaltliche Verzahnung weiter entwickeln?

Flechtenmacher: Es besteht eine exzellente Zusammenarbeit der Mandatsträger zwischen Berufsverband und den Fachgesellschaften. Dies gilt sowohl für die Kooperation mit der DGOOC als auch mit der DGOU und DGU. Es hat „Potsdam III“ gegeben, in dem sich die Gesellschaften und der Berufsverband der

Frage stellen, wie sich das Fach entwickeln wird. Wir glauben zusammen mit den Fachgesellschaften, dass sich Orthopäden und Unfallchirurgen noch weiter aufeinander zubewegen werden, so dass es in absehbarer Zeit nur noch dieses eine Fach, und zwar auch de facto, geben wird. Der BVOU vertritt dieses Fach berufsständisch. Insofern glauben wir, dass wir sehr gut positioniert sind, um OU sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in der Klinik sinnvoll vertreten zu können.

Es wurde jetzt bereits oft das Zusammenwirken von Praxis und Klinik – auch in der Verbandsarbeit – angesprochen. Noch stehen einem wirklichen Zusammenwirken aber die Sektorengrenzen entgegen.

Flechtenmacher: Die Trennung der stationären und ambulanten Versorgung ist sowohl für Niedergelassene als auch für Kliniker ein Problem. Viele glauben, dass diese inhaltlich nicht mehr gerechtfertigt ist. Allerdings müssen wir uns schon heute fragen, wie der BVOU in einem Konglomerat von Interessenvertretungen den Spagat zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Kollegen sinnvoll schaffen kann. Hier muss sicher mit gutem Augenmaß gehandelt werden, um die OU auf beiden Ebenen mitzunehmen. Wir haben neben einem Referat „Niedergelassene Ärzte im BVOU“ auch ein Referat „Leitende Ärzte im BVOU“ eingerichtet – das erste wird von Dr. Christian Hauschild, das zweite von Prof. Dr. Karl-Dieter Heller geleitet. Ich kann nur hoffen, dass sich auch die angestellten und die leitenden Ärzte in den BVOU einbringen werden, um gemeinsam



Konzepte zu entwickeln, und zwar nicht nur auf der Ebene der Vorsitzenden, sondern auch an der Basis selbst. Letztendlich muss der BVOU Konzepte entwickeln, die sowohl dem niedergelassenen als auch dem stationär tätigen Kollegen gerecht werden.

Die Orthopäden und Unfallchirurgen sind nicht nur vom Fach, sie gehören auch der fachübergreifenden Gruppe ‚der Fachärzte‘ an. Welche Erwartungen haben Sie an eine gemeinsame, fachübergreifende Interessenvertretung?

Flechtenmacher: Es gibt eine Vereinigung von Fachärzten, die fachübergreifend erfolgreich agiert – der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (Spifa) und der Deutsche Facharztverband (DFV). Es ist wichtig, bundesweit fachübergreifende Definitionen der Fachärz-

te zu treffen, die sich auch auf das Honorar auswirken, die auch austarieren, wie der haus- und der fachärztliche Bereich bestimmte Leistungen zu erbringen hat, und wie diese Leistungen zu bewerten sind. In Baden-Württemberg haben wir eine solche Definition durchgeführt: Wir haben im Selektivvertrag zwischen Haus- und den OU als Fachärzten festgelegt, wer welche Leistungen zu erbringen und wer welche Leistungen nicht zu erbringen hat, und wie die Kommunikation darüber zu funktionieren hat. Für manchen, vor allem im hausärztlichen Bereich, ist aber noch ein Umdenken notwendig.

Herr Dr. Flechtenmacher, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Joachim Stier, oben links im Bild, freier Journalist, Berlin.

Herbsttreffen der Sektion Orthopädie und Traumatologie der UEMS in Luxemburg

Am 26. und 27. September 2014 trafen sich die Mitglieder der Sektion Orthopädie und Traumatologie der „Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)“ in Luxemburg. Wichtigster Diskussionspunkt waren wiederum das auf freiwilliger Basis jährlich stattfindende EBOT-Examen und das in Zusammenarbeit mit der „European Federation of National Associations of Orthopedics and Traumatology (EFORT)“ und der UEMS zu entwickelnde Europäische Curriculum.

Die vorgesehene Abstimmung der orthopädisch-traumatologischen Sektion in der UEMS zur Annahme des EEP-Entwurfs (European Educational Platform) zur europäisch harmonisierten Weiterbildung zum orthopädisch-traumatologischen Facharzt ist aufgrund der sehr kurzfristigen Bekanntgabe und der Bedenken vieler Delegierter verschoben worden. Eine endgültige Entscheidung hierüber kann erst nach Beschlussfassung der nationalen Gesellschaften und der Weiterbildungskommissionen auf der Tagung der Sektion im Mai 2015 getroffen werden. Hier sollen dann Punkt für Punkt die Bedenken der einzelnen Länder und ihrer Berufsverbände ausführlich diskutiert und konsentiert werden.

Nationale Weiterbildung abgelöst?

In der Diskussion führend war die Sorge, dass aufgrund der Forderungen der Europäischen Kommission zur Harmonisierung der orthopädisch-traumatologischen Weiterbildung die bei dem vorliegenden Papier zu erwartenden Entwicklungsschritte letztendlich in Richtung eines verbindlichen europäischen Gesetzgebungsverfahrens münden sollen, welche etablierte nationale Weiterbildungsverfahren verbindlich ablösen würden.

Unter anderem wurden übergreifend die verpflichtend in englischer Sprache abzuhaltenden Prüfungen sowie die regelmäßig (jährlich) zu erfolgenden Überprüfungen der hohen Anforderungen für

Ausbildungsstätten und der Ausbilder kritisch hinterfragt. Dies würde auch zu einer Reduktion der Ausbildungsstätten führen. Nach englischem Vorbild soll es explizit Weiterbildungsplätze geben. Die Ausrichtung wird operativ sein, während konservative Inhalte von anderen Berufsgruppen übernommen werden.

Für die Sektion steht außer Frage, dass ein gemeinsamer minimaler Weiterbildungsstandard für das Fach Orthopädie und Traumatologie in Kooperation von EFORT und UEMS für die Zukunft definiert werden muss. Es sollte hierzu jedoch ein Rahmen entstehen, der es den nationalen Vereinigungen weiterhin ermöglicht, eigene und den nationalen Möglichkeiten angepasste Weiterbildungswege fortzuführen und zu entwickeln. Dieses gibt der vorliegende Entwurf, der sich stark an dem bestehenden englischen Weiterbildungssystem orientiert, derzeit nicht her.

Alternative Österreich?

Das auf dem Meeting vorgestellte ab 2015 gültige österreichische Weiterbildungssystem könnte für die Entwicklung einen Weg weisen, indem es sich an die Weiterbildungsinhalte des EEP anlehnt und dieses mit einem Modulsystem erweitert. Die Module sind dann auch einzeln zu absolvieren.

Den Abschluss des Treffens bildete eine Rede des Mitglieds des Europäischen Parlaments, der ehemaligen Vize-Präsi-

dentin der EU-Kommission, Viviane Reding zu dem Thema „Ein neuer Start für Europa“. Hierin legte sie die Hintergründe für die zum Teil überraschende Nominierung der zukünftigen EU-Kommissare und der sieben Vize-Präsidenten dar. Auch sei das europäische Parlament durch die Neustrukturierung mächtiger denn je geworden. Mittlerweile seien 80 Prozent der nationalen Gesetze im EU-Parlament vorbereitet worden, um dann auf Länderebene umgesetzt zu werden. Die Hoheit der Bundesländer Deutschlands in einzelnen Bereichen ist ihr ein Dorn im Auge. Für Europa sei es wichtig, gemeinsame, verbindliche Standards zu haben, nicht lediglich gemeinsame Regeln.



Prof. Dr. Dr. h. c.
Joachim Grifka



Dietrich Bornemann

Kommentar zu UEMS: Wer nicht normt, wird genormt

Die Einflussnahme Europas auf nationale Versorgungskonzepte und die Gesundheitsberufe wird immer stärker. Die Aktivitäten des CEN (Comité Européen de Normalisation) in Brüssel sind so weit vorangeschritten, dass nun eine Norm für die ästhetische Chirurgie auf den Weg gebracht wurde. Die grundsätzlichen Bedenken, die aus vielerlei deutschen Institutionen vorgebracht wurden und die zuletzt das DIN (Deutscher Normenausschuss) veranlasst hatten, die Norm zu einer technischen Spezifikationen herabzustufen, wurden vom CEN allerdings abgelehnt.

Inwieweit diese Norm nun in Deutschland greift, bleibt abzuwarten. Sie besitzt zunächst keine gesetzliche Grundlage, solange sich nicht die europäische Kommission der Norm angenommen und diese zu einer europäischen Direktive umgewandelt hat. Andererseits aber kann eine solche Norm zu juristischen Auseinandersetzungen führen, bei der EU-Recht deutsches Recht schlägt. Die Anfrage des Generalsekretärs der DGOU im Bundeswirtschaftsministerium gab eine deutliche Antwort: „Wer nicht normt, wird genormt!...“

Weiterbildung bisher Ländersache

Nun beschäftigt sich die DGOU mit einer weiteren europäischen Initiative, die sie sehr direkt betrifft. Dieses Mal geht es um einen Vorschlag der EFORT zu einem Curriculum für die Weiterbildung für Orthopädie und Traumatologie (Unfallchirurgie) in Europa. In einem 48-Seiten umfassenden Papier hat die EFORT im Juni 2014 den Gesellschaften erstmals ein „European Educational Platform Draft Curriculum“ (EEP-Draft) zugeleitet und um eine Kommentierung gebeten. DGOOC, DGU und BVOU, die ja einzelne Mitglieder der EFORT sind, haben dem Präsidenten Casiano Neves eine Stellungnahme zukommen lassen, in der grundsätzlich begrüßt wird, dass sich die EFORT einer Harmonisierung der Weiterbildungsinhalte in Europa annimmt. Hintergrund ist ja auch die von der EFORT betonte Migrationsfreiheit, die es möglich machen muss, dass Standards für die Weiterbildung geschaffen werden müssen. Dafür aber bedarf es eines längeren Weges. In Deutschland ist die ärztliche Weiterbildung bei den Ärztekammern der Länder angesiedelt. Selbst die Bundesärztekammer hat nur eine koordinierende Funktion und kann allen-

falls eine Musterweiterbildungsordnung vorgeben, an die sich die Länder wiederum nicht halten müssen. In den meisten Ländern Europas allerdings ist die Weiterbildungsangelegenheit bei den Fachgesellschaften angesiedelt. Wie man diese unterschiedlichen Systeme mit einem einzigen Ansatz zu einem einzigen Facharzt, nämlich dem für Orthopädie und Unfallchirurgie (Traumatologie) beseitigen will, muss zunächst dahingestellt bleiben.

EFORT-Curriculum

Inhaltlich ist mit dem von der EFORT vorgeschlagenen Curriculum ein erheblicher Aufwand verbunden. Sowohl eine persönliche Zuordnung in Form eines Tutors für den Weiterzubildenden, als auch regelmäßig stattfindende Zwischenprüfungen und begleitende Kurssysteme dürften sehr personalintensiv sein und viel Geld kosten. Die Finanzierung von Weiterbildung wird seit mehreren Jahren in der Bundesrepublik diskutiert und derzeit ist nicht absehbar, ob man hierfür einen Weg finden kann. Mit Sicherheit wird es keine solitäre Lösung für einen einzigen Facharzt geben können. In einigen Ländern ist die Weiterbildung grundsätzlich anders organisiert. In den Niederlanden zum Beispiel erhalten die Weiterbildungsstätten für einen weiterzubildenden Arzt etwa 100.000 Euro pro Jahr. Das wäre in der Bundesrepublik allein schon wegen der großen Zahl der Ärzte kaum zu realisieren.

Das EFORT-Curriculum orientiert sich stark an der angloamerikanischen Vorgabe des „Orthopaedic surgeon“. Dies aber ist nicht Inhalt der Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen in Deutschland. Das Polytrauma wird im Curriculum „als nicht im Fokus ste-

hend“ bezeichnet, was für die Versorgungsstruktur in Deutschland und damit die Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen nicht vereinbar ist. Auch konservative Inhalte, die den gesamten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ausmachen, sind unterrepräsentiert. Wichtig sind daher auch Informationen über eventuelle Curricula anderer Fächer. Sollte etwa ein traumatologischer Teil in der Allgemein Chirurgie (General surgery) verpackt werden? Sollte etwa ein Teil der konservativen Orthopädie bei der Rheumatologie landen? Alles das ist nicht bekannt. Es bedarf also einer sehr intensiven Diskussion auf europäischer Ebene, um die spezifisch deutschen Belange auch vertreten zu können.

DGU hat kein Stimmrecht

Deutschland vertritt die größte Anzahl von (orthopädisch-unfallchirurgisch) traumatologischen Ärzten in Europa. Es ist bisher nur durch zwei stimmberechtigte Vertreter in der General Assembly der EFORT repräsentiert (die DGU hat bisher kein Stimmrecht!). Damit hat Deutschland ein gleiches Gewicht wie Litauen, Luxemburg und andere kleinere Länder, aber auch wie die skandinavischen Länder, die im großen Umfang dem angloamerikanischen System zuneigen. Hier zeigen sich auch im Bereich der europäischen Dachgesellschaften gleichartige Probleme, wie sie bei der Gründung der Europäischen Union zu Stande kamen. Ohne eine repräsentative Vertretung der Länder in den entsprechenden Gremien wird eine europäische Regelung nicht zu Stande kommen können.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, ehemaliger Generalsekretär DGOU



IMPLANTATEREGISTER

Das Endoprothesenregister Deutschland als Erfolgsmodell

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) wächst dynamisch und hat im ersten Jahr seines „Echtbetriebes“ die Erwartungen deutlich übertroffen. Bis Jahresende 2014 waren schon mehr als 59.000 Operationen dokumentiert. Mehr als ein Drittel aller dafür infrage kommenden Krankenhäuser haben sich zur Teilnahme am Register gemeldet.

Nur wenige Projekte können eine solche erfolgreiche Bilanz bereits in den ersten beiden Jahren vorweisen. Erste Ergebnisse zur Produkt-, Ergebnis- und Versorgungsqualität sind für das Jahr 2016 zu erwarten. Als weiterer Meilenstein ist der Beschluss der Bund-Länder-Kommission vom 5. Dezember 2014 zu werten. Nach einer Aufbauphase des EPRD von gerade einmal vier Jahren wurde in den Eckpunkten der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 die verbindliche Einführung eines Implantatregisters beschlossen: „Es wird ein verbindliches Implantatregister gesetzlich eingeführt. Das Jahr 2015 wird genutzt, Erfahrungen und Erkenntnisse zu sammeln. Im 1. Quartal 2016 werden die in einem Erfahrungsbericht gesammelten Ergebnisse von einer (kleinen) Bund-Länder-AG „Implantatregister“ dahingehend ausge-

wertet, wie aus dem bisher „freiwilligen“ EPRD zur Sicherstellung der Datenlieferung der Ausbau zu einem verbindlichen Register erfolgen kann, welche Schritte dafür sinnvoll und zweckmäßig sind und welche weitere Implantate in diesem oder in anderen Registern erfasst werden sollen. Die gesetzliche Umsetzung erfolgt in dieser Legislaturperiode.“

Ausländisches Interesse

Auch im Ausland erfährt das Register großes Interesse. Das liegt vor allem am erheblichen Reifegrad des EPRD, das damit auch als Beispiel für weitere Register im Bereich der Medizinprodukte dienen kann. Schließlich verfügt das EPRD über eine Datenfülle und eine Detailtiefe, die weltweit einzigartig ist. Das ist einer der Gründe, weswegen das EPRD immer wie-

der aus dem Ausland angesprochen wird. Stellt man die in Deutschland erfassbaren Daten den Registern aus Australien, Dänemark, England, Finnland, Norwegen und Schweden gegenüber, wird klar, dass im deutschen Register sehr viel mehr Hüftprothesen und Knieprothesen abgebildet werden können als in den anderen Ländern zusammen. Das EPRD wird damit in wenigen Jahren das weltweit wohl umfassendste Register werden.

Vor diesem Hintergrund ist die sich anbahnende Zusammenarbeit mit dem englischen Endoprothesenregister, das als z.T. umfassendstes Register kumulativ über fast 1,5 Millionen dokumentierte Fälle verfügt, besonders bedeutsam. Ein weiterer Grund für die internationale Aufmerksamkeit liegt in der Organisation des EPRD als Kooperation verschiedener

Stakeholder, deren Kompetenz für das Gelingen eines Registers unerlässlich ist. Im EPRD werden Partner unterschiedlicher Ausrichtungen zusammengebracht und erreichen mit geringem Aufwand je Fall für die Kliniken ein hohes Maß an Patientensicherheit.

Leuchtturm

Das EPRD ist ein „Leuchtturmprojekt“, das innerhalb und außerhalb der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) von vielen maßgeblichen Institutionen und Personen als solches wahrgenommen wird. Für den Aufbau der Struktur und der Inhalte des Projekts sind in den vergangenen Jahren erhebliche finanzielle Zuwendungen von den Krankenkassen, der medizintechnischen Industrie und im vergangenen Jahr ganz besonders von den beteiligten Kliniken geleistet worden. Maßgebliche Unterstützung erhält das Register auch vom Bundesgesundheitsministerium (BMG), das bis Ende 2014 nochmals rund 250.000 Euro zur Verfügung gestellt hat. Schon den Probebetrieb hatte das BMG mit rund 330.000 Euro unterstützt.

Das erreichte Ausmaß an öffentlicher Aufmerksamkeit und Förderung sowie die hohe Teilnahmequote auf freiwilliger Basis gebieten besondere Umsicht beim weiteren Verfolgen der Ziele des Endoprothesenregisters. Entscheidend für die langfristige Akzeptanz des EPRD sind dessen Neutralität und Unabhängigkeit sowie die anhaltende Einbindung der beteiligten Partner. Die internen Prozesse und Entscheidungswege müssen ausreichend transparent offengelegt werden, die institutionelle und strukturelle Einbindung muss langfristige Stabilität gewährleisten. Schließlich muss ein Register Zeiträume etlicher Jahre umfassen, um eine langfristige Produktqualität bewerten zu können. Das setzt auch voraus, dass alle beteiligten Partner, deren Interessen durchaus nicht immer deckungsgleich sein müssen, sich dem Gesamtziel unterordnen. Funktionsabläufe und personelle Besetzungen müssen unabhängig von Eigeninteressen gewährleistet sein.

Zentrale Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische

Chirurgie (DGOOC) ist es dabei, als Garant für Neutralität die Interessen der Partner ausgewogen zu balancieren, die wissenschaftliche Auswertung in gemeinsamer Zusammenarbeit der Partner zu gewährleisten, die Ergebnisse zu bewerten und ein Feedback an die Leistungserbringer in den Kliniken zu geben.

Große Detailtiefe

Das EPRD hat zum Ziel, alle rund 400.000 Eingriffe pro Jahr im Bereich der Endoprothetik in Deutschland zu erfassen. Dafür führt es zum einen Datenstränge von Krankenhäusern und Krankenkassen zusammen. Die bisherigen Erfolge wären dabei ohne die großen Erfahrungen und die Professionalität des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit nicht möglich gewesen. Zum anderen greift die Registerstelle auf die gemeinsam mit der Industrie erarbeitete Implantat-Datenbank zurück, in der fast alle auf dem deutschen Markt verwendeten Knie- und Hüftendoprothesen erfasst sind. Bis hin zu einzelnen Bestandteilen der Implantate kann das EPRD über die Standzeit und den Verlauf die Qualität der Eingriffe verfolgen. Eine solche Detailtiefe wird zunehmend auch in anderen Ländern als wünschenswert angesehen. Zugleich werden beim deutschen Register durch eine zwischengeschaltete Vertrauensstelle die zu beachtenden hohen Datenschutz-Anforderungen voll erfüllt.

Seit Anfang 2014 können sich bundesweit alle interessierten Krankenhäuser am EPRD beteiligen, nachdem es seine Praxistauglichkeit schon im Probebetrieb gezeigt hatte. Wichtiges Merkmal des Registers ist die Zusammenarbeit ganz unterschiedlicher Interessengruppen: Ärzte, Wissenschaftler, Krankenkassen und Industrie sind beteiligt.

Das EPRD nimmt die Daten der registrierten Implantate über deren gesamte Lebensdauer auf. So erfahren Kliniken auch von Revisionen und Wechseloperationen ihrer Patienten, die dafür ein anderes Krankenhaus aufgesucht haben. Kliniken erhalten einmal jährlich eine Auswertung des EPRD mit Angaben darüber, welche Prothesen in ihrem Haus wie häufig eingebaut wurden, wie sich die Zahl der Wechseloperationen ent-

wickelt hat und warum es zu Revisionen gekommen ist. Ferner werden Informationen über Grunderkrankungen der Patienten und relevante Nebendiagnosen erfasst. Die Berichte können die Krankenhäuser nutzen, um fehlerhafte Verfahren und Produkte zu erkennen und zu verbessern. Die Patienten, die in den teilnehmenden Kliniken operiert werden, erhalten einen Implantatpass des EPRD, der auch nach einem Verlust jederzeit neu erstellt werden kann und der die neuesten gesetzlichen Anforderungen erfüllt.

Breite Unterstützung

Das EPRD wird vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vom AOK-Bundesverband und vom Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) finanziell, organisatorisch und mit Know-how unterstützt, beim Aufbau des Registers engagierte sich auch die Deutsche Arthrose-Hilfe. Als gemeinnützige GmbH und 100-prozentige Tochter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) ist das EPRD ausschließlich wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet. Transparente Prozesse sowie die Unabhängigkeit und Neutralität der Auswertungen sind wesentliche Rahmenbedingungen des EPRD. Das Register ist für weitere Partner offen. Jetzt gilt es insbesondere, die Finanzierung des EPRD langfristig zu sichern, die Entwicklungsarbeiten mit Nachdruck weiterzuführen und das EPRD für seine zukünftige Situation im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen auf lange Sicht vorzubereiten. Hierzu zählt der Ausbau der Geschäftsstelle und die Einbindung in die formalen Strukturen des Gesundheitswesens, so dass es im Rahmen neuer gesetzlicher Grundlagen einen hervorragenden Beitrag für die Patientensicherheit leisten kann, dank der hervorragenden Kooperation aller Beteiligten.



Prof. Dr. Joachim Hassenpflug, Geschäftsführer EPRD



1 Christus-Statue auf dem Corcovado
2 Copacabana
3 Blick auf die Stadt und die Christus-Statue im Hintergrund vom Zuckerhut

4 Anmeldungsschlangen am Kongressmorgen
5 Exhibition
6 SICOT Diploma, 24 Plätze für Prüflinge, pass rate 77%

DIE INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE (SICOT)

SICOT Weltkongress in Rio de Janeiro

Die Internationale Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (SICOT) feierte 2014 ihren 85. Geburtstag. Und ihr Weltkongress, der Triennial World Congress der SICOT in Verbindung mit der CBOT, Congresso Brasileiro de Ortopedia, vom 19.-22. November 2014, war wieder mal ein voller Erfolg.

7



9



- 7 Warteschlange vor dem Rio Scenarium um Mitternacht
 8 Prof. Reiner Schnettler in einer Churrascaria
 9 Seniorentaining unter freiem Himmel auf einem Spielplatz

Aus unserem Fach

4500 Brasilianische Teilnehmer und 1580 internationale Gäste. 657 Oral Presentations, 202 Short Oral Communications, 679 E-Posters, 54 Internationale Symposia mit 384 Lectures und 10 Instructional Courses mit 60 Lectures - das waren die Zahlen zum Kongress. Lokaler Ausrichter war Prof. Sergio Franco, der alle Teilnehmer herzlich willkommen geheißen und für eine angenehme und sichere Atmosphäre in Rio gesorgt hat. Natürlich waren neben den wissenschaftlichen Aktivitäten auch die sozialen Kontakte und Sehenswürdigkeiten von Bedeutung. Und davon gibt es ja in Rio durchaus einige: die Christus-Statue, den Zuckerhut, die Copacabana, der Strand vom Ipanema mit seinem berühmten Wellenmuster der Strandpromenade. Nicht umsonst nennen die Einwohner Rios ihre Stadt Cidade Maravilhosa, die wundervolle Stadt. Brasilianisches Essen hat man in den Churrascarias hervorragend bekommen können, wo es eine Art Flatrate für Fleisch am Spieß gibt. Im Künstlerviertel Lapa haben wir einen wunderbaren Gesellschaftsabend im berühmten Rio Scenarium mit Sambamusik und guten Gesprächen verbracht.

Unterstützung junger Kollegen

Wie immer hat die Deutsche Sektion der SICOT zur Unterstützung von jungen Kolleginnen und Kollegen Reise-Stipendien ausgegeben, die von acht Deutschen erhalten wurden. Dies wird auch für den nächsten Weltkongress in China, Guangzhou vom 17.-19. September der Fall sein. Guangzhou liegt vier Stunden entfernt von Hongkong und ist eine der ersten Städte in China gewesen, die die ökonomische Reform mitgemacht haben. Eine aufregende Stadt mit 8,5 Mio. Einwohnern. Vor Ort werden die Professoren Gx Qiu und Dadi Jin ein interessantes Programm gestalten und für Einblicke in eine Welt sorgen, die wir sonst kaum erlangen können.

Seien Sie herzlich eingeladen, die Welt der SICOT zu teilen.



Prof. Dr. Maximilian Rudert,
Nationaldelegierter der SICOT

Wer Sport treibt, lebt gesund – oder gefährlich?

Als eines der Hauptthemen auf der 63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen vom 30.04. bis 02.05.2015 in Baden-Baden hat Prof. Dr. Thomas Horstmann, der sich mit Prof. Dr. Volker Bühnen die Kongressleitung teilt, „Sport“ ausgewählt. In zahlreichen Vorträgen und Symposien sollen nicht nur neue Trends in den Therapieverfahren, sondern auch Grundlagen, z.B. in der Faszienforschung, sowie Ursachen im Rahmen der Überlastungssyndrome dargestellt und herausgearbeitet werden.

Nach der erfolgreichen Fußball-Weltmeisterschaft ist das Thema aktueller denn je, denn die Verletzungen der dort eingesetzten Spieler sind außergewöhnlich zahlreich. Wann haben wir mit akuten Verletzungen zu rechnen, woraus entwickeln sich auch langfristige Schäden, z.B. Arthrosen? Wie lassen sich diese präventiv vermeiden? Welchen Nutzen haben der Sport und die damit verbundene Bewegung andererseits für die Bevölkerung? Altgediente Sportarten wie Turnen und Leichtathletik sind im Jugendbereich zunehmend weniger attraktiv und werden durch Trendsportarten ersetzt. Einerseits scheint die Jugend einen immer größeren Kick zu benötigen, andererseits sind die Zahlen der schon in der Jugend adipösen Menschen ein Warnhinweis von zu wenig Bewegung. Diese Fragen und die daraus resultierenden präventiven und rehabilitativen Maßnahmen sollen bei der Podiumsdiskussion am 30.04.2015 von 10.30 bis 12.30 Uhr im Auditorium des Kongresshauses zusammen mit Sportlern, Medizinern und Teamärzten ausführlich beantwortet und herausgearbeitet werden. Diese Veranstaltung findet in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention statt.

Faszien – Wiederentdeckung eines Gewebes

Die Faszien wurden in den letzten zwei Jahren wieder entdeckt und quasi als neues „Organsystem“ etabliert. Welche Rolle spielen die Faszien und deren Veränderungen in der Entstehung von Überlastungsschäden und Verletzungen? Wie können wir sie in neue Therapieverfahren einbeziehen und was ist zu tun, um präventiv Veränderungen entgegenzuwirken? Beantwortet werden diese Fra-

gen am 30.04.2015 von 08.00 bis 10.00 Uhr im Auditorium.

Sportmedizinische Vereinsbetreuung

Werden Sportler im Profibereich anders behandelt? Werden sie wirklich schneller wieder fit – gibt es noch unbekannte Tricks? Welche Rolle spielt der Arzt im Zusammenspiel der Kräfte zwischen Trainer, Verein, Profit und letztendlich der Gesundheit des Athleten? Anhand bildgebender Verfahren werden interessante Fälle dargestellt. Am 30.04.2015 werden von 14.00 bis 16.00 Uhr erfahrene DFB-Vereinsärzte (u.a. vom mehrfachen Deutschen Meister, von Champions League-Teilnehmern bis hin zu möglichen Abstiegskandidaten) im Auditorium ihre Erfahrungen weitergeben und Rede und Antwort stehen.

Belastungssyndrome – welche Faktoren spielen eine Rolle?

Wer kennt nicht die vielen Verletzungen vor allem an der unteren Extremität, z.B. an der Achillessehne oder den Kniegelenk-Bändern? In interessanten Referaten wird erörtert, welche Kausalitäten zwischen Faktoren wie Muskelkraft oder aber Trainingsdauer, Kilometerleistung, Untergrund und vielen anderen Risikofaktoren bestehen. Darüber hinaus werden Testmöglichkeiten zur Analyse komplexer Entstehungsmuster dargestellt, um sie in die Klinik einzuführen.

Der Themenbereich „Stressfaktoren an Fuß und Sprunggelenk“ wird mit neuestem Datenmaterial dargestellt. Vorgestellt wird das in Deutschland noch relativ junge Therapieverfahren „Spiraldynamik“.

Kongresssaal I: 01.05.2015 zwischen 10.30 und 12.00 Uhr

Bandverletzungen der oberen Extremitäten

Im Fokus steht die obere Extremität. Auch hier werden von der konservativen bis zur chirurgischen Intervention mit den Themen „AC-Gelenks-Instabilität, Rotatorenmanschetten-Sehnenverletzungen, Ellenbogen-Instabilität oder Bandverletzung bei Schulter-Instabilitäten“ allernueste Daten und OP-Techniken dargestellt. Kann die Sehnenheilung biomechanisch und biologisch bei Rotatorenmanschetten-Verletzungen verbessert werden? Welche akuten und chronischen Verletzungen sind zu behandeln? Welche Rolle spielt der knöcherne Defekt an Glenoid und Humerus bei den Bandverletzungen und Schulter-Instabilitäten?

Auditorium: 01.05.2015 zwischen 15.30 und 17.00 Uhr

Muskelverletzungen konservativ oder operativ behandeln?

Dieser Themenblock vermittelt einen spannenden und anwendungsorientierten Überblick der biomechanischen Aspekte. Die radiologische Differenzialdiagnose der Muskelverletzungen wird ausführlich dargestellt. Wann müssen Muskelverletzungen operativ und wenn ja, wie versorgt werden? Welche konservativen Therapieoptionen in welchem zeitlichen Rahmen sind sinnvoll? Wann ist der Muskel wieder belastbar? Im Hochleistungssport tätige Experten beantworten all diese Fragen.

Auditorium: 01.05.2015 zwischen 13.30 und 15.00 Uhr

Inge Kölle
www.vsou.de

eRef

Chirurgie
& Orthopädie

Wissen heißt wissen,
wo es geschrieben steht.*



141695

**14 Tage
kostenlos und
unverbindlich
testen**

* Was Albert Einstein vor 60 Jahren auf den Punkt brachte, gilt heute mehr denn je. Die eRef übersetzt diesen Anspruch und liefert Lösungen für das 21. Jahrhundert. Überzeugen Sie sich selbst und testen Sie eRef Chirurgie & Orthopädie 14 Tage kostenlos und unverbindlich.

eRef. Für Sie gemacht.



eRef.thieme.de

 **Thieme**

INTERVIEW MIT DEN KONGRESSPRÄSIDENTEN DER 63. JAHRESTAGUNG DER VSOU

Ist Sport Mord?

Mit Prof. Dr. Volker Bühren und Prof. Dr. Thomas Horstmann sprach Inge Kölle über die Inhalte der 63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen, die vom 30.04. bis 02.05.2015 in Baden-Baden stattfindet.



Prof. Dr. Thomas Horstmann und Prof. Dr. Volker Bühren (v.li.), Doppelspitze der VSOU



Herr Prof. Bühren, zusammen mit Herrn Prof. Horstmann bilden Sie in der VSOU-Veranstaltungshistorie die erste Doppelspitze, die für die Jahrestagung verantwortlich ist. Wie ist es dazu gekommen und welche Vorteile sehen Sie?

Bühren: Es gibt ein zunehmendes Zusammenwachsen zu einer gemeinsamen wissenschaftlichen Gesellschaft, gemeinsamen Berufsverbänden und Veranstaltungen. Auch die VSOU bemüht sich seit Jahren, zunehmend unfallchirurgische Themen in den ursprünglich orthopädisch geprägten Kongress einzubringen. Unter dieser Entwicklung war es für den Vorstand der VSOU angezeigt, über eine angemessene Vertretung der unfallchirurgischen Anteile auch hinsichtlich der Kongresspräsidenten nachzudenken. Neben einer Lösung mit alternierenden Präsidenten wurde jetzt (und wohl auch für die absehbare Zukunft) eine Doppelspitze gewählt, was mit Blick auf die große Vielfalt der Themen in Orthopädie und Unfallchirurgie auch Sinn macht.

Welche wissenschaftlichen Schwerpunkte haben Sie beide ausgewählt und welches ist Ihr ganz persönliches Lieblingsthema?

Bühren: Mein Lieblingsthema ist das Management des Schwerverletzten im Team-Ansatz und über alle Disziplinen hinweg mit dem Behandlungsziel, neben dem reinen Überleben eine möglichst gute Lebensqualität wiederherzustellen. Dieser Ansatz beinhaltet die Beschäftigung mit Themen wie der Polytraumaversorgung, der Versorgung von Verletzungen und Frakturen des Rumpfes an Wirbelsäule und Becken sowie aus meiner ursprünglichen Ausbildung als Viszeralchirurg heraus die Beschäftigung mit den Organverletzungen. Darüber hinaus haben mich immer biomechanische Fragestellungen und insbesondere die Weiterentwicklung der Marknagelosteosynthese interessiert. Neben diesen speziellen und gewissermaßen persönlichen Themen muss ein mehrzügiger Kongress natürlich auch alle großen Themen des Fachgebietes in ihrer Dynamik umfassen und dabei sowohl die operativen wie auch die konservativ tätigen Kolleginnen und Kollegen mitnehmen.

Horstmann: Die Biomechanik der menschlichen Bewegung und des Gan-

ges, insbesondere hinsichtlich Verletzungen und Belastungsproblemen, ist seit langem eines meiner Forschungsfelder. Hieraus ergibt sich direkt eine weitere Fragestellung, die nach der Dosis-Wirkung. In der Rehabilitation verletzter, frisch operierter oder älterer Patienten, gibt es hier derzeit aber noch mehr Fragen als Antworten. In diesem Zusammenhang ist auch ein weiteres Thema von Interesse: geht es ambulant oder wo haben wir stationär bessere Erfolge in der Therapie? Ein zentraler übergeordneter Themenkomplex, der alle Unfallchirurgen, operative und konservative Orthopäden zusammenführt ist sicherlich die Bewegung. Einerseits verursacht Bewegung Verletzungen und Überlastungsschäden, andererseits lassen sich durch gezielte Bewegung Erkrankungen und Therapien vermeiden. Diesem Themenkomplex soll in der Podiumsdiskussion „Sport ist Mord – Zwischen Kosten und Nutzen“ Rechnung getragen werden.

Welche Neuerungen und Innovationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie werden bei der 63. Jahrestagung im Fokus stehen?

Bühren: Die rasante Entwicklung der Datentechnologie beschert eine Fülle von revolutionären Verbesserungen in den bildgebenden Verfahren, deren Anwendung und Interpretation dem behandelnden Chirurgen und Orthopäden geläufig sein muss. In aller Munde ist die translationale Forschung, die die Lücke zwischen mehr experimentellen Ansätzen und einer klinischen Umsetzung schließen möchte. Ein gutes Beispiel für einen solchen Ansatz ist die Infektionsforschung, bei der experimentelles Wissen zum Verhalten der Bakterien für die Therapie der Besiedlung und Infektion bei großen einliegenden Implantaten nutzbar gemacht wird. Nicht zu vergessen sind auch die immensen Fortschritte in der technischen Orthopädie mit den

intelligenten Steuerungsmöglichkeiten von Exoprothesen.

Horstmann: Dem sehr aktuellen Thema der Faszien wird diesmal ein größerer Rahmen eingeräumt werden.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung und die wachsende Zahl übergewichtiger Menschen stellen neue Herausforderungen an Orthopädie und Unfallchirurgie. Wie werden Sie denen zukünftig begegnen?

Bühren: Die zunehmende Alterung der Bevölkerung ist natürlich nicht nur eine Negativentwicklung, sondern bedeutet auch eine Verlängerung der aktiven Lebenszeit mit hoher Lebensqualität. Der Bewegungsapparat des älteren Menschen ist hinsichtlich Ausdauer und Belastbarkeit anderen Grenzen unterworfen, als dies der Einzelne aus seiner Jugend kennt. Eine sinnvolle Anpassung unter einer entsprechenden medizinischen Beratung ist notwendig, um das Aktivitätsniveau verletzungsfrei ausüben zu können. Aktivität ist naturgemäß auch der Schlüssel gegen Übergewichtigkeit. Die Adipositas selbst ist eine der vielen Faktoren, die für die Alterstraumatologie eine Rolle spielen. Die zukünftig verstärkte Zusammenarbeit mit geriatrisch spezialisierten Kolleginnen und Kollegen wird eine berufspolitische Herausforderung für die nächsten Jahre bilden.

Herr Prof. Horstmann, Sie waren viele Jahre Mannschaftsarzt des VfB Stuttgart. In den Medien ist immer häufiger von Verletzungen der Profisportler zu lesen. Worauf sind Ihrer Meinung nach zurück zu führen? Trifft das Sprichwort „Sport ist Mord“ auch auf den Breitensport zu?

Horstmann: Nicht nur in der Arbeitswelt, sondern auch im Profisport findet eine zunehmende Verdichtung und Beschleunigung der zu leistenden Aktivitäten statt. Darüber hinaus ist auch in der Freizeit durch die wachsenden Medien und sozialen Netzwerke eine ständige Präsenz, vor allem der jüngeren Generation, gewollt und gefordert. Dies zusammen erschwert die unbedingt nötige Regeneration von Körper und Geist. Dazu kommt auch die, vor allem im Fußball, deutlich dynamischere Spielweise mit Schaffung von Überzahl in Ballnähe, ständigem Verschieben und schnellem Umschalten. Diesem erhöhten Anspruch wird versucht, durch Athletiktraining und Verbreiterung des Kaders auf hohem Niveau gerecht zu werden, die Belastbarkeit der einzelnen Gewebestrukturen kann jedoch nur begrenzt verschoben werden. Hier liegt auch das Problem im Breitensport. Letztendlich werden auch dort die vernünftigen Grenzen sowohl im Training als auch im Wettkampf gelegentlich gewollt, oft aber unbewusst, überschritten. Auf die „richtige Dosis“

wird leider nicht immer Acht gegeben. Und auf die kommt es ja bekanntermaßen an.

45 Prozent der Mediziner sind weiblich, bei den Studienanfängern sogar 70 Prozent – in der Orthopädie und Unfallchirurgie sind Frauen jedoch selten vertreten. Sind Sie um den Nachwuchs in Ihrem Fachgebiet besorgt?

Bühren: Besorgt bin ich nicht und der Anteil weiblicher Berufsanfänger steigt stetig. Die Orthopädie und Unfallchirurgie zählt zu den attraktiven Fächern, nicht zuletzt auch durch die enorme fachliche Breite und das große Spektrum möglicher Berufsausübungen vom Vollklinikler bis zur ausschließlich konservativen Tätigkeit. Viele angehende Ärzte und Ärztinnen sind von den Möglichkeiten der akuten ärztlichen Hilfeleistung in der Unfallchirurgie fasziniert, andere spezialisieren sich auf eine der vielen Facetten des Fachgebietes. Gerade die große Flexibilität der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der Tätigkeitsfelder macht das Fach für den weiblichen Nachwuchs attraktiv, was im Gegenzug auch für den zunehmend familienorientierten männlichen Nachwuchs gilt.

Herr Prof. Dr. Volker Bühren, Herr Prof. Dr. Thomas Horstmann, vielen Dank für das Gespräch.

INNOVATION

LIVING HINGE:
Gelenk garantiert optimalen Bewegungsausgleich

Orthesenrahmen individuell anformbar

QR-Code direkt am Produkt:
Direkter Zugang zu Therapie-Übungen und wichtigen Patienteninformationen

Inkongruente Gelenke unterstützen physiologische Bewegungen des Knies – Ausgleich der Rahmenbewegungen durch Living Hinge

Klickverschlüsse zum Schnellanlegen von voreingestellten Gurten

Einmaliges, dauerhaftes Einstellen der Gurte durch einzigartiges Verschlusssystem

Ventraler Rahmen – Anlegen ohne Durchsteigen

NEU. GENUUDYN®
Knieorthese zur Führung und dynamischen Stabilisierung

BESSER IN BEWEGUNG



Besuchen Sie uns auf facebook

www.sporlastic.de | info@sporlastic.de

SPORLASTIC®
ORTHOPAEDICS



Foto: Starface

Es bleibt die Ehrenmitgliedschaft und die Hoffnung, dass er sich weiterhin einmischt: FUN.

GENERALSEKRETÄR

Zwölf Jahre Generalsekretär – Was bleibt...

Er war es 12 Jahre und das erfolgreich und unumstritten: Generalsekretär von DGOOC und DGOU, dort ein paar Jahre weniger. Jetzt geht er, nicht ohne Bilanz zu ziehen: Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard.

...es bleibt die Faszination des Berufes

Aus einer Großfamilie von Orthopädietechnikern stammend, war es nahe liegend, den Beruf des Arztes für Orthopädie zu ergreifen. Aber es gab Verlockungen: Während des Studiums war dies die Verlockung durch die Wissenschaft. Bei der Promotionsarbeit und als wissenschaftlicher Assistent im Physiologischen Institut der Freien Universität Berlin wurde mir die Notwendigkeit eines wissenschaftlichen Ansatzes von Medizin, Medizin als Naturwissenschaft, klar. Beinahe wäre ich da hängen geblieben. Aber da fehlt nun einmal der Patient mit allem, was man von der karitativen Medizin erwartet.

Menschen wiederum gab es reichlich in meiner dreijährigen unfallchirurgischen Tätigkeit. Sie war vollgepackt mit außergewöhnlichen Persönlichkeiten, Begegnungen und extremen Lebenssituationen. Sie hat „süchtig“ gemacht nach den Erlebnissen im unfallchirurgischen Team. Wenn es darum ging, jemanden in einer akut bedrohlichen Situation zu versorgen, ein Polytrauma zu behandeln, und alles wie am Schnürchen klappte, wenn der Adrenalinspiegel stieg und man zu

guter Letzt auch helfen konnte, dann macht sich ein Erfolgsgefühl breit, dass man mit dieser Durchdringung nur in der Unfallchirurgie gewinnen kann. Das war eine weitere Versuchung.

Dass nun orthopädische und unfallchirurgische und wissenschaftliche Inhalte und vieles mehr in einem Fach vereint sind, macht für mich die Faszination dieses Berufes aus. 12 Jahre Generalsekretariat waren von dem gemeinsamen Willen geprägt, Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenzuführen. Die Orthopädie und Unfallchirurgie ist mit ihrem großen und breiten Spektrum einmalig: Von jung bis alt, von Kopf bis Fuß, von Praxis bis Klinik, von Hausarzt bis Universitätschef, von konservativ bis operativ, von Psychosomatik bis Polytrauma, von Prävention bis Rehabilitation umfasst das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie praktisch alles, was das Arztsein begeisterungsfähig macht. Es gibt kein schöneres Fach. Und dies gilt es zu bewahren.

...es bleibt eine andere Medizin

Für jemanden, der über vierzig Jahre lang im Berufsleben gestanden hat, sind die

Veränderungen in der Medizin und damit natürlich auch die der Orthopädie und Unfallchirurgie unverkennbar. Spätestens seit den neunziger Jahren hat sich abgezeichnet, dass man eine Medizin betreiben sollte, die man so nicht gelernt hat. Der „Horror oeconomicus“ hat um sich gegriffen und mit der Einführung des DRG-Systems hat sich nicht nur die Kliniklandschaft, sondern das Denken in der Medizin und damit die „medizinische Kultur“ verändert. Das DRG-System ist gerade einmal 10 Jahre alt und hat auch Orthopädie und Unfallchirurgie nachhaltig beeinflusst: warum wohl gibt es keinen Platz mehr für Umstellungsosteotomien an Hüft- und Kniegelenk? Warum wohl werden Wirbelbrüche kaum noch konservativ behandelt? – Die Ökonomisierung verändert das Fach aber auch die Ärzte. Bertil Bouillon hat es treffend ausgedrückt: „Wenn ein Assistent besser über die untere Grenzverweildauer Bescheid weiß als über die Behandlungsziele, dann läuft etwas falsch.“

Ärzte werden derzeit zu mehr als vierzig Prozent mit bürokratischen Aufgaben beschäftigt. Sie sind die Hauptursache für das Missbehagen im Beruf. Denn der Arzt

kommt ursprünglich mit einem karitativen Ansatz in den Beruf, wird aber durch die Versorgungsstruktur „umgeschult“. Wer aber Ärzte zu Bürokraten ausbildet, bekommt sie auch... So gesehen ist das andere Denken der nachwachsenden Ärzte nicht allein der so genannten Y-Generation geschuldet, sondern auch ein spezifisches Problem des medizinischen Berufsstandes. Dem gilt es von Orthopädie und Unfallchirurgie entgegenzuwirken und Konzepte für eine Neuorientierung zu entwickeln. Das Junge Forum hat diese Probleme erkannt und für sich die Gestaltung der eigenen Zukunft auf die Fahnen geschrieben.

... es bleibt Zuversicht

Die Themen der Ökonomisierung, der Umgestaltung des medizinischen Systems und des Denkens sind nicht neu. DGOOC und DGU waren für sich allein nicht stark genug, um sich mit ihrer Systemkritik bemerkbar zu machen. Das hat sich geändert; denn Einigkeit macht stark! Schon das Zusammengehen von Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem neuen Fach war in dieser Form einmalig. Die Gründung der DGOU hat schließlich gezeigt, dass man den zentrifugalen Kräften in der Versorgungslandschaft entgegenwirken und als starke Gemeinschaft auftreten will. Als starkes Kollektiv ist Orthopädie und Unfallchirurgie nun auch von politischem Gewicht: Als größte chirurgische Fachgesellschaft, als Fachgesellschaft, die zahlreiche Sektionen mit den unterschiedlichsten Spezialisierungen in sich vereinigt, kann die Verantwortung für eine behutsame Um- und Neugestaltung des Systems geschultert werden. Die Überzeugung über die Notwendigkeit dieses Weges der Gemeinsamkeit wird immer stärker, die Zuversicht steigt!

...es bleiben Freunde

In einer zwölfjährigen Tätigkeit als Generalsekretär begegnet man vielen Menschen. Man begegnet Menschen, die ursprünglich mit anderen Zielvorstellungen und Denkweisen auf einen zukommen. Bei dem Zusammengehen von Orthopädie und Unfallchirurgie, anfänglich in der gemeinsamen Union, wurde immer wieder von den „kulturellen“ Unterschieden zwischen Orthopädie und Unfallchirurgie gesprochen. Solche Unterschiede gibt es natürlich. Reischauer hat den

Chirurgen (Unfallchirurgen) als Militär unter den Chirurgen, den Orthopäden als Diplomaten bezeichnet – eine treffende Kennzeichnung ihrer Hauptschwerpunkte. Hauptschwerpunkte, die aber nicht unvereinbar miteinander sind. Das Kennenlernen gegenseitiger Standpunkte, das Kennenlernen aber auch der Personen, die davor oder dahinter stehen, beseitigt viele Probleme. Nähe schafft Vertrauen. Durch Nähe entstehen Freunde und Freunde fürs Leben: in 12 Jahren als Generalsekretär habe ich viele davon getroffen. Es hat Spaß gemacht, mit diesen Freunden an einem Strang zu ziehen.

...es bleibt Dank zu sagen

Dank an meine Familie, die mir bei der Entscheidung für den Generalsekretärs-Posten den Rücken gestärkt hat, Dank insbesondere an meine Frau, die mir bei vielen kniffligen Fragen wertvolle Schützenhilfe geleistet hat.

Dank an das gesamte Team der Geschäftsstelle in Berlin, das in den Jahren 2002 bis 2014 stetig gewachsen ist. Von ursprünglich drei auf nunmehr vierzehn Mitarbeiter/-innen angewachsen, hat es sich zu dem egoistischen Kollektiv entwickelt, das Orthopädie und Unfallchirurgie im alltäglichen lebt. Dank für die klaglose Bewältigung vieler Sonderaufgaben, die auch Sondertätigkeiten und Sonderschichten erfordert haben. Dank für die heimische Atmosphäre; denn manchmal war die Geschäftsstelle in der Tat zweite Heimat.

Dank auch an die ganz engen Mitstreiter, die über Jahre hinweg gemeinsam am Strang für Orthopädie und Unfallchirurgie gezogen haben. Dank insbesondere an Hartmut Siebert und Reinhard Hoffmann, die an den Konzepten für ein zukunftsfähiges Fach Orthopädie und Unfallchirurgie gestrickt haben, so dass kein Blatt Papier mehr zwischen O+U passt. Dank an Bernd Kladny, der schon als Präsident Begeisterung für das geschäftige Tun des Generalsekretärs gezeigt hat und nun mit Verve die kommenden Aufgaben aufgreift.

Dank an die vielen Präsidenten in den zwölf Jahren, die unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt haben, aber immer das Ziel der Gemeinsamkeit von Orthopädie und Unfallchirurgie im Auge hatten.

Dank an die Vorstände mit allen Gruppierungen, insbesondere den Sektionen, Ausschüssen, Arbeitsgemeinschaften und dem wichtigen Nachwuchsbereich im Jungen Forum. Es ist beruhigend zu sehen, dass aus Orthopädie und Unfallchirurgie zahlreiche Mitarbeiter zur freiwilligen Tätigkeit bereit sind. Welcher Stab hinter allen Aktivitäten steht, konnte bei der Verabschiedung der Präsidenten anlässlich des Kongresses 2014 gezeigt werden. Ein zumindest ebenso großer Stab aber steht hinter der alltäglichen Arbeit für eine zukunftsorientierte Orthopädie und Unfallchirurgie. Kaum vorstellbar, dass das in weniger als einem Dutzend Jahre gewachsen ist.

...es gibt noch viel zu tun...

Orthopädie und Unfallchirurgie ist das größte chirurgische Fach. Es wird beneidet um wachsende Mitgliederzahlen, um den größten Kongress seiner Art in Europa und einen der größten in der Welt. Es wird beneidet, um die sektorenübergreifenden Versorgungsmöglichkeiten, um seine politische Bedeutung (Trauma, Endoprothetik etc.) und seine Aktivitäten hinsichtlich Qualitätssicherung. Der demographische Wandel der nächsten drei bis vier Jahrzehnte wird zu einer zusätzlichen Herausforderung für die Orthopädie und Unfallchirurgie. Nach Zahlen der Bundes-KV werden etwa vierzig Prozent der Versorgungslast allein für dieses Fach entfallen. Da ist es verständlich, dass sich viele durch zusätzliche Spezialisierung im Fach oder durch Auslagerung von Inhalten aus dem Fach zu profilieren versuchen. Dieser Gefahr der Aufsplitterung und der Ausfransung des Faches muss dringlich entgegengewirkt werden. Die Weiterbildungsordnung ist die Grundfeste einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung: Nur wer etwas richtig gelernt hat, kann es nicht falsch machen. Orthopädie und Unfallchirurgie müssen diesen Gefahren begegnen durch Geschlossenheit des Faches, von der studentischen Ausbildung bis zum Facharzt mit seinen diversen Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen. Aber auch durch eine Geschlossenheit der Fachgesellschaften und der Berufsverbände. Dass dies auf einem guten Weg ist, hat Potsdam III gezeigt. Die Zuversicht steigt.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Foto: Starface

Die drei von der Tankstelle, drei Väter der DGOU

INTERVIEW MIT DEM SCHEIDENDEN GENERALSEKRETÄR PROF. FRITZ UWE NIETHARD

Unter dem Motto der letzten zwölf Jahre: Alle in ein Boot

Das Boot ist noch nicht voll: das Zusammengehen von Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem neuen Fach war in dieser Form einmalig. Die Gründung der DGOU hat schließlich gezeigt, dass man den zentrifugalen Kräften in der Versorgungslandschaft entgegenwirken und als starke Gemeinschaft auftreten will. Ohne Fritz Uwe Niethard wäre die DGOU nicht so weit, wie sie ist. Seinen Visionen und dem Gespür fürs Machbare ist es verdanken, dass das gemeinsame Fach seine jetzige Verfassung erhalten hat.

Sie gelten als Vater der Vereinigung von Orthopädie und Unfallchirurgie, wer war der Geburtshelfer?

Niethard: Ein Geburtshelfer war die Novellierung der Weiterbildungsordnung, es gab so etwas wie eine objektive Notwendigkeit, einen gemeinsamen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus der Taufe zu heben. Eine Handvoll Ordinarien trieben dieses Projekt voran. 2003 war dann der Start in eine neue Gemeinsamkeit, die durch die Weiterbildungsordnung vorgegeben bzw. initiiert wurde.

Wieviel Wind blies Ihnen ins Gesicht – aus den eigenen Reihen?

Niethard: Die Hauptbefürchtung einiger Kollegen war, dass das gemeinsame Fach

„chirurgisiert“ würde. Diese Einwände konnten aber schnell ausgeräumt werden, da es in der Weiterbildungsordnung gelungen war, sowohl die Unfallchirurgie als auch die Orthopädie in ihrer Gänze abzubilden, ohne dass konservative Inhalte verloren gegangen sind. Das, was tatsächlich später dazu führte, dass das gemeinsame Fach „chirurgisiert“ wurde, lag nicht an der Weiterbildungsordnung, sondern am DRG-System.

Das menschliche Beharrungsvermögen führt ja dazu, dass nicht alle mit Begeisterung zu etwas Neuem überlaufen.

Natürlich gab es bei den Unfallchirurgen genauso wie bei den Orthopäden Traditionalisten, die sich nicht vorstellen konnten, dass ein Zusammengehen gelingt. Auf der anderen Seite gab es diese Zwän-

ge. Wir wollten aber vermeiden, dass uns die Politik diesen gemeinsamen Facharzt überstülpt, wir wollten agieren und nicht reagieren. Es war einfach gut, dass wir den Vereinigungsprozess in die eigenen Hände genommen haben, wir kannten unsere Synergien am besten. Diese Erfahrung trägt uns übrigens heute noch.

Ein solcher Prozess gestaltet sich nicht von allein. Was war Ihrer Meinung nach wichtig, um alle mit ins Boot zu bekommen?

Als ich im Jahr 2000 Kongresspräsident wurde, stand mir ein mögliches Zusammengehen bereits vor Augen und das Kongressmotto lautete denn auch „Alle in einem Boot“. Mir war klar, wenn wir diese Fusion umsetzen wollen, müssen wir alle mitnehmen. Umso wichtiger

war ein eher diplomatisches Vorgehen. Wir mussten die unterschiedlichen Strukturen der einzelnen Gesellschaften und des Berufsverbandes beachten, die Funktionsträger und die Untergruppierungen der beiden Fachgesellschaften einbinden. Diplomatie war das Gebot der Stunde und als wir alle in ein Boot bekommen hatten, war die Sache schon viel einfacher. Eine logische Folge, aus einer gemeinsamen Weiterbildungsordnung einen gemeinsamen Facharzt zu machen, war, vorher eine gemeinsame Gesellschaft zu gründen. Das erinnert an die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten. Hätte es, wie es seinerzeit Lafontaine vorgeschlagen hat, weiterhin zwei Staaten gegeben, dann wäre der Vereinigungsprozess wahrscheinlich zum Erliegen gekommen.

Es gab zuerst die Union aus Orthopädie und Unfallchirurgie. Wer waren die treibenden Kräfte?

Wie immer sind viele Entwicklungen von Personen getrieben. Es gab viele Gespräche und Sitzungen, auf denen sich die Protagonisten besser kennengelernt haben. Es entwickelte sich schnell eine persönliche Freundschaft zwischen Prof. Hartmut Siebert und mir. Wir hatten zwar mitunter unterschiedliche Ansichten, aber wir vertrauten uns. Wir wussten gegenseitig, der andere legt mich nicht aufs Kreuz. Wir beide suchten nach einer Möglichkeit, die neue Union zu verstetigen, eine gemeinsame Satzung war nötig. Potsdam I gab dazu die Möglichkeit.

Wie sind Sie auf Potsdam gekommen, ein bedeutungsvoller Ort?

Das war 2007 ein Zufall. Aber der Ort war von der Begrifflichkeit und vom Ambiente her sehr geeignet. Im Schloss Cecilienhof wurde ja die Nachkriegsordnung besiegelt. Wir waren 35 Leute in Klausur. Und im Gegensatz zum Potsdamer Abkommen, das die deutsche Teilung fixierte, kamen wir mit der Fusion unseres Faches ein großes Stück weiter. Potsdam I hinterließ die Empfehlung, einen Weg vorzubereiten, der im Jahre 2010 zur einer gemeinsamen Gesellschaft führen sollte. Sie ist tatsächlich schon 2008 gegründet worden. Potsdam I gab einen ziemlichen Drive und die Einsicht, dass wir keine Gegner sind, sondern wir nur gemeinsam etwas gewinnen können.

2005 gab es den ersten gemeinsamen Kongress von Orthopäden und Unfallchirurgen. Sicher ging auch von dort eine gewisse Dynamik aus?

Es gab auch dafür gewisse äußere Zwänge. Die medizintechnische Industrie, die auf zwei Jahreskongressen fast die identische Zuhörerschaft hatte, wollte ihre Aktivitäten auf einen gemeinsamen Kongress konzentrieren. Ein typisches Beispiel für Synergien. Der gemeinsame Kongress hatte eine ziemliche Strahlkraft und hat viele Leute überzeugt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Deshalb kam die gemeinsame Gesellschaft schon früher als gedacht.

Alle in ein Boot zu setzen, heißt ja auch, jetzt viele Funktionen doppelt besetzt zu haben in einer neuen Gesellschaft. Da fühlten sich bestimmt viele Kollegen überflüssig?

Ja, wir waren ein Riesenkonstrukt, der Gesamtvorstand hatte 150 Mitglieder, der geschäftsführende 24. Wir wollten aber niemanden vor den Kopf stoßen. Das Vertrauen wuchs und deshalb zeichnete sich Potsdam II ab. Es war klar, wir mussten uns konzentrieren und den nächsten Schritt machen. Wir brauchten einen engeren Zusammenschluss zur DGOU als Mitgliedergesellschaft für alle. Seitdem haben wir mehr Beitritte direkt in die DGOU, inzwischen sind das zehntausend Mitglieder. Anlässlich von Potsdam II gab es eine Satzungsänderung und der geschäftsführende Vorstand wurde auf die Hälfte begrenzt und der Gesamtvorstand hatte nun nur noch ein Drittel der ursprünglichen Zahl an Kollegen. Die „übrigen“ Leitungsmitglieder sind gut eingebunden worden in andere Strukturen, in Sektionen zum Beispiel.

Erst im November 2014 „tagte“ Potsdam III. Der Ausgangspunkt war, dass sich die Versorgungsstrukturen in den letzten Jahren geändert haben und die DGOU gut dafür aufgestellt ist. Doch es gibt noch Baustellen, welche?

Es stand wieder eine Novellierung der Weiterbildungsordnung an, allerdings mit einer anderen Systematik als vorher. Dies hätte zur Folge, dass die gemeinsame Klammer von Orthopädie und Unfallchirurgie (common und special trunk) verloren ginge. Auch in der studentischen Ausbildung wird die Unfallchirurgie

größtenteils mit der Chirurgie abgehandelt, die Orthopädie blieb nach wie vor eigenständig. Das bringt aber unseren gemeinsamen Facharzt nicht gut voran. Wichtig ist auch, dass die DGOU noch enger mit unserem Berufsverband kooperiert. Es geht darum, neue Konzepte für die Mitglieder und den Nachwuchs zu entwickeln, um den Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ganz zuzuschütten. Der künftige Bedarf an O&U nimmt zu, diesen Umstand hat auch der GBA berücksichtigt und uns aus dem Gebiet Chirurgie herausgelöst und eine eigene Berechnungseinheit für unser Fach geschaffen. Nun müssen wir die Einheit vollenden.

Wo steht also das Fach O&U nach zwölf Jahren unter Ihrer „Mitwirkung“?

Unbescheiden kann ich sagen, die DGOU ist inzwischen die größte chirurgische Vereinigung und sie bringt den größten Kongress für muskuloskeletale Erkrankungen und Verletzungen auf die Beine. Was bleibt zu tun? Die Besonderheiten des deutschen Modells von O&U müssen wir verstetigen und unseren Partnern und den am Rande stehenden Gesellschaften vermitteln, dass das für die Versorgung unserer Patienten in der Zukunft alternativlos ist. Und hieß es noch vor 12 Jahren: „Alle in ein Boot“, heißt es jetzt: es gibt nur noch ein Boot.

Welche Botschaft haben Sie an Ihre Nachfolger?

Ich wünsche ihnen erst einmal viel Glück, das braucht man auch. Und das Wichtigste für mich war immer die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Wie oft hat sich in den zurückliegenden Jahren während der unterschiedlichen Präsidentschaften eine Freundschaft entwickelt, weil wir ursprünglich gesagt haben, wir ziehen an einem Strang. Und das haben wir dann wirklich getan, dadurch mit einer gewissen Leichtigkeit. Geduld und diplomatisches Geschick wünsche ich meinen Nachfolgern auch und Einfühlungsvermögen in die Belange des anderen.

Lieber Prof. Niethard, Sie werden fehlen, und Sie werden Maßstab sein. Ich bedanke mich für das Gespräch.

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

NEUER GENERALSEKRETÄR IM AMT

Bernd Kladny – Gott sei Dank, er ist ein Franke’

Bernd Kladny hat am 1.1.2015 sowohl den Posten des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie als auch zugleich den des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie übernommen. Sein Vorgänger, Prof. Fritz Uwe Niethard, ist froh, dass es wieder ein Franke ist.



Bernd Kladny wurde in Ansbach geboren. Er ist Franke. Der Franke ist kein Bayer! Mit den Bayern haben die Franken immer wieder einmal Probleme, insbesondere wenn es um Fußball geht – aber sonst ist der Franke ein freundlicher und friedlicher Zeitgenosse. Wer das Frankenland kennt, weiß, dass der Franke zu den glücklichsten Menschen in Deutschland gehört: guter Wein und süffiges Bier, leckere Lebkuchen, Bratwurst und die knusprigen Schäufele mit Kartoffelklößen sprechen von Lebensart. Das Prägende des fränkischen Charakters aber sind das Wendige, das Witzige und das Widersprüchliche. Diese Eigenheiten werden sogar von politischer Seite gepflegt, indem alljährlich der so genannte „Frankenwürfel“ verliehen wird. Um nämlich allen Lagen gewachsen zu sein, „muss man, wie der Würfel, viele Seiten haben, muss wechselnde Standpunkte vertreten, muss – durch abgeschliffene Ecken und Kanten – rollen und stehen können, muss einmal Kugel spielen und ein anderes Mal Kubus.“ So heißt es in der damit verliehenen Urkunde, dass der „gewürfelte Franke dank seiner in den Wechselfällen des Lebens erworbenen Abgeschliffenheit und

Umgänglichkeit die größten Kontraste zu verwinden vermag. Er ist beweglich und standfest zugleich, ist wendig und allfränkisch beharrlich nebeneinander: sich wenden, sich drehen, im Leben bestehen – so ist der gewürfelte Franke zu sehen!“

Fränkische Wendigkeit

Vieles davon trifft auch auf Bernd Kladny zu. Denn Bernd Kladny wurde nicht nur in Franken geboren, er hat dort auch seine Kindheit, seine Schulzeit, seine Studienzeit und seine ersten Jahre als wissenschaftlicher Assistent an der orthopädischen Uniklinik in Erlangen verbracht. Für seine fränkische Wendigkeit spricht, dass er zwischenzeitlich den Bratwurstäquator überquerte und zwei Jahre als Assistentenarzt an der unfallchirurgischen Klinik und der Klinik für plastische Hand- und Wiederherstellungschirurgie der medizinischen Hochschule Hannover tätig war. Dort ist er auch dem schon designierten Generalsekretär der DGU, Reinhard Hoffmann, über den Weg gelaufen und fränkische Freundschaft ist beständig ...

Seit 1995 ist er Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Von 2004 bis 2013 hat er die Sektion Physikalische Therapie und Rehabilitation der DGOOC und parallel dazu von 2009 bis 2013 die Sektion Rehabilitation – physikalische Therapie der DGOU sehr erfolgreich geleitet. Der Franke ist bescheiden. Mehr Sein als Schein. Mit Erfolgen hat Bernd Kladny nie geprahlt, sondern sein Licht eher unter den Scheffel gestellt. Aber seine außerordentlichen Fähigkeiten als Organisator und Repräsentant des Faches sind spätestens bei der Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e.V. (VSO) 2009 in Baden-Baden aufgefallen. Ein herausragender Kongress, inhaltlich überzeugend und

in einen wundervollen Rahmen gepackt. Dank Kladny war es gelungen, zum ersten Mal eine große Beteiligung aus originär unfallchirurgischen Kreisen zu diesem Kongress zu erlangen. Da kommt wieder das Traditionsbewusstsein und die dauernde Freundschaft des Franken durch. Alle seine Mitspieler aus der ehemaligen „Tscherne-Klinik“ (und das sind viele) sind dem Ruf Bernd Kladnys gefolgt.

Seit 1996 ist Bernd Kladny Chefarzt der orthopädischen Abteilung der Fachklinik Herzogenaurach, was ihn natürlich für seinen Schwerpunkt in der physikalischen und Reha-Medizin prädestinierte und ihn zugleich auf diesem Sektor wissenschaftlich vertieft tätig werden ließ. Bernd Kladny war daher Repräsentant der DGOOC bei der Erarbeitung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. Er leitet jetzt die Initiative Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, inklusive der orthopädischen Rheumatologie.

Höhere Weihen

Auch als bescheidener Franke darf es einen nicht verwundern, wenn man dann schon zu höheren Weihen berufen ist. Der überragende Eindruck vom Kongress in Baden-Baden hat nachgewirkt und schon 2011 wurde Bernd Kladny zum dritten Vizepräsidenten der DGOOC gewählt. Und da ist sie schon wieder – die Traditionsverbundenheit und Freundschaft des Franken. Mit-Präsident von Seiten der DGU war nämlich Reinhard Hoffmann, mit dem er in Hannover seine unfallchirurgischen Weihen empfangen hatte. Mit-Präsident war auch Karl-Dieter Heller – ein Trio, dass durch die Geschlossenheit der Außendarstellung und ihre programmatischen Aussagen das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie weit vorangebracht hat. Ihr gemeinsa-

Doch ein Gewürfelter?

Der Franke Bernd Kladny hat bei diesem Kongress das Wendige, das Witzige und das Widersprüchliche seines Volksstammes in bester Manier miteinander vereint. Damit wurde Bernd Kladny als „Gewürfelter“ erkannt. Was liegt näher, als ihn für Orthopädie und Unfallchirurgie dauerhaft zu gewinnen?

Bernd Kladny wird nun am 1.1.2015 sowohl den Posten des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie als auch zugleich den des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie übernehmen. Und schon wieder ist da das Traditionsbewusstsein und die Freundschaft des Franken im Spiel. Bernd Kladny wird nämlich dieses Amt gemeinsam mit Reinhard Hoffmann für O+U ausfüllen, dem Freund aus Hannoveraner Zeiten. Und wenn es noch eines besonderen Hinweises zur Kontinuität bedarf: Auch der Vorgänger von Bernd Kladny war gebürtiger Franke. Die Geburtsorte lagen nur ca. 40 km voneinander entfernt...



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Foto: starface

mes Kongressmotto war „Menschen bewegen – Erfolge erleben“. Ein Motto, das die patientenbezogenen Ziele des Faches aufgegriffen hat: „Bewegung ist Leben“. Ein Motto, das aber auch die Mitglieder von Orthopädie und Unfallchirurgie angesprochen hat, denn von allen drei Präsidenten wurde nachdrücklich unterstrichen, dass man sich auch von O+U weiter aufeinander zu bewegen müsse.

Dass es da immer noch „kulturelle Unterschiede“ zwischen O+U geben mag, hat Bernd Kladny in der unvergesslichen Gesamtvorstandssitzung in Bamberg durch „die Alt-Neihauser-Feierwehrruppel'n“ in fränkischer Mundart darbiegen lassen und seinen manchmal versteckten Witz spielen lassen:

„Der Orthopäde lebt – wie auch zuhause – von der Hoffnung auf die Pause. Lange Pausen sind auch wichtig, in der Reha sind's da tüchtig, denn da hat ja der Orthopäde Zeit, weil seine Kundschaft nicht so schreit wie in der Unfallchirurgie-Abteilung, in der Reha bringt die Zeit die Heilung. Die Unfall-Orthopäden müssen aber ihre Schäden in der Regel selbst beheben, weshalb sie nicht vom Warten leben. Daher ist auch das Unfall-Lager für gewöhnlich dürr und hager und die orthopädische ruhige Gilde entspricht mehr dem barocken Bilde!...“

**AB JETZT VON
GRÜNTHAL**

ARCOXIA®



Bessere Vernetzung und Versorgung erwarten die BG-Kliniken durch ihren Zusammenschluss.

FUSION DER BG KLINIKEN

Die besten Köpfe, die besten Hände

Die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken (BG Kliniken) werden ab 2016 als ein Unternehmen geführt. Mit der Fusion sollen die BG Kliniken fit für zukünftige Herausforderungen gemacht werden. Dazu gehört auch der zunehmende Wettbewerb um medizinisches Fachpersonal. Reinhard Nieper, Geschäftsführer der neuen Dachgesellschaft, über Aufgaben und Ziele der BG Kliniken als Arbeitgeber.

2015 ist für die BG Kliniken in jeder Hinsicht ein historisches Jahr. Auf der einen Seite feiern sie mit dem 125jährigen Jubiläum des BG Universitätsklinikums Bergmannsheil Bochum ihr Bestehen als medizinische Versorgungseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung. 1890 als erste Unfallklinik der Welt gegründet, zählt das Bergmannsheil heute zu den modernsten und leistungsfähigsten Akutkliniken der Maximalversorgung im Ruhrgebiet. Auf der anderen Seite erfolgt 2015 mit dem schrittweisen Zusammenschluss der BG Kliniken unter einer Holdingsstruktur nun auch formal die Gründung eines Gesundheitsunternehmens, das mit einem Gesamtumsatz von 1,2 Milliarden Euro, fast 12.000 Mitarbeitern und über 500.000 Patienten pro Jahr zu den größten Klinikgruppen in Deutschland gehören wird.

Fusion ist kein Selbstzweck

Diese Fusion ist kein Selbstzweck: nachdem sich die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren neu aufgestellt haben, haben sie diese Strukturreform

jetzt folgerichtig auch auf die eigenen medizinischen Versorgungseinrichtungen ausgeweitet.

Qualität, Wirtschaftlichkeit, Vernetzung

Die Vorteile für Versicherte und Patienten liegen auf der Hand: schlanke Strukturen, systematische Steuerung und bessere Vernetzung sorgen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, höhere Innovationskraft, optimierten Wissenstransfer und damit letztlich ideale Behandlungsergebnisse in allen Fachbereichen. Das wichtigste Kapital der BG Kliniken bildet dabei das eigene Personal. Ohne hochgradig motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst, der Pflege und Rehabilitation wäre nicht nur ein Großprojekt wie die Fusion der BG Kliniken, sondern auch die tägliche Arbeit an den einzelnen Standorten im ganzen Bundesgebiet schnell zum Scheitern verurteilt.

Gutes Geld für gute Leistung

Dass dieses Wissen nicht nur eine bloße Absichtserklärung darstellt, haben die BG Kliniken mit ihrem ersten gemeinsam verhandelten Tarifvertrag für Ärzte

bereits nachdrücklich bewiesen. 2013 wurde mit dem Marburger Bund vereinbart, dass die fast 1.000 Ärztinnen und Ärzte an den neun Akutkliniken, zwei Kliniken für Berufskrankheiten und zwei Unfallbehandlungsstellen insgesamt 5,2 Prozent mehr Gehalt erhalten. Hinzu kommen eine umfassende betriebliche Altersvorsorge, angemessene Zuschläge für Bereitschafts- und Nachtdienste und mehr Urlaubstage als in den meisten anderen Krankenhäusern. Die BG Kliniken verfügen damit über einen der attraktivsten Arzttarifverträge in Deutschland überhaupt.

Flexible Strukturen und flache Hierarchien

Aber Geld ist nicht alles – um heutzutage auch unter hochqualifizierten Fachkräften als attraktiver Arbeitgeber zu gelten, müssen insbesondere die Krankenhäuser in Deutschland mit ihren häufig starren Strukturen und steilen Hierarchien noch einiges verbessern. Dass die Medizin weiblich wird oder eine sogenannte Generation Y mehr Wert auf Work-Life-Balance statt Bonuszahlungen legt, ist in den Klinikgeschäftsführungen zwar

mittlerweile hinreichend bekannt. Geeignete, sinnvolle Antworten auf diese veränderten Ansprüche einer jungen und sehr mobilen Ärztegeneration bleiben in der deutschen Kliniklandschaft aber eher selten.

Konkrete Lösungen für abstrakte Probleme

Die BG Kliniken haben sich auf die Fahne geschrieben, auch hier ein Vorreiter zu sein. Der legitimen, aber erst einmal abstrakten Forderung nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden wir mit konkreten Maßnahmenkatalogen begegnen: betriebseigene Kindertagesstätten mit schichtdienstauglichen Öffnungszeiten, flexible Arbeitszeitmodelle und objektive Zeiterfassung sind schon jetzt Alltag in vielen unserer Häuser und werden mit der Fusion verbundweit und systematisch erweitert.

Am eigenen Anspruch messen

Besonderes Engagement im betrieblichen Gesundheitsmanagement sollte für jedes Unternehmen der Gesundheitswirtschaft allein schon aus Gründen der Glaubwürdigkeit Priorität haben. Dass wir daher nach Kräften auch die Gesundheit unserer eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern, liegt also auf der Hand. Neben gezielten Präventionsmaßnahmen gegen körperliche und psychische Belastungen gehören dazu bald vor allem

auch sehr vielfältige und kostengünstige Sport- und Freizeitangebote für das gesamte Klinikpersonal.

Last but not least darf die Nachwuchsförderung nicht vernachlässigt werden. Die BG Kliniken sind zu Recht stolz darauf, nach dem Leitsatz der gesetzlichen Unfallversicherung täglich Gesundheit und Leistungsfähigkeit „mit allen geeigneten Mitteln“ wiederherstellen zu können. Und an diesem Anspruch müssen sie sich messen lassen, wenn es um die Aus-, Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht.

Nachwuchs, der kommt und bleibt

Durch die Aufgabenvielfalt in den chirurgischen Fachdisziplinen, die bereichsübergreifenden Versorgungskonzepte, die hochmoderne technische Ausstattung und eine gute Personaldecke können die BG Kliniken schon heute unter PJlern und Assistenzärztinnen und Assistenzärzten erfolgreich punkten. Konzernweite Fort- und Weiterbildungskonzepte, gezielte Führungskräfteentwicklung, Jobrotation zwischen den Kliniken, die Förderung von Auslandsaufenthalten und Mentorenprogramme werden in Zukunft dazu beitragen, dass diese wertvollen Nachwuchskräfte auch bleiben wollen. Auch systematische Unfall- und Versorgungsforschung und universitäre Lehre sind seit jeher in den BG Kliniken zuhause. Fast alle der Einrichtungen fungieren als

akademische Lehrkrankenhäuser in ihrer Region und das Bergmannsheil ist als Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum ohnehin auch international ein wissenschaftliches Aushängeschild der BG Kliniken.

In den vergangenen Jahren wurde viel über die Gefahren eines sich abzeichnenden massiven Fachkräftemangels im Gesundheitswesen diskutiert. Zahlreiche Schreckenszahlen sind im Umlauf. Die einen sehen schon heute jede dritte Arztstelle unbesetzt, anderen Quellen zufolge verlieren Kliniken jährlich bis zu zehn Prozent hochqualifiziertes Personal durch Headhunter. Ganz zu schweigen von der Pflege: über 100.000 Fachkräfte fehlen durchaus seriösen Prognose zufolge bereits im Jahr 2025. Der demografische Wandel unserer Gesellschaft wird diesen Trend noch verschärfen, darin herrscht unter Experten weitgehend Einigkeit.

Die richtigen Lösungen finden

Hauptziel der Fusion der BG Kliniken ist ein dauerhafter Ausbau der Versorgungsqualität in allen medizinischen Leistungsbereichen der gesetzlichen Unfallversicherung. Die BG Kliniken arbeiten selbstverwaltet, gemeinnützig und sektorübergreifend. Akut- und Rehamedizin greifen nahtlos ineinander. Für diese Aufgabe brauchen sie die besten Köpfe und Hände. Die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Eigentümer haben das erkannt und ihre Kliniken werden dafür die richtigen Lösungen entwickeln.

INFORMATIONEN:

Kooperationen mit den chirurgischen Fachverbänden

Systematische Vernetzung ist nicht nur im Rahmen der Fusion ein Schlüsselbegriff für die BG Kliniken: Die neun Akutkliniken sind schon seit Jahren als überregionale Traumazentren in die DGU-Traumanetzwerke eingebunden und übernehmen hier Führungsaufgaben. Diese produktive Kooperation soll mit dem Zusammenschluss weiter systematisiert werden: seit vergangem Jahr nehmen die BG Kliniken außerdem am Endoprothesenregister des Fachverbands teil. Als Spezialisten für Schwerst- und Mehrfachverletzungen können die BG Kliniken maßgeblich dazu beitragen, den internationalen Vorsprung Deutschlands in der systematischen Schwerverletztenversorgung nachhaltig zu zementieren. Aber auch bei der Vermeidung von Unfallgefahren gibt es viele Schnittstellen: so wird zum Beispiel aktuell eine Erweiterung des an der BG Unfallklinik Frankfurt und am BG Unfallkrankenhaus Berlin bereits sehr erfolgreichen angelaufenen Unfallpräventionsprogramms P.A.R.T.Y. für Jugendliche geprüft.



Reinhard Nieper,
Geschäftsführer,
Klinikverbund der
gesetzlichen Unfall-
versicherung e.V.



KLARSTELLUNGEN IM BEGRIFFSDSCHUNDEL

Honorararzt – Konsiliararzt – Wahlarzt – Belegarzt – Kooperationsarzt

Das Thema Honorarärzte hat sich in den vergangenen Jahren bei Ärzten in Klinik und Praxis, aber auch in der Gesetzgebung und Rechtsprechung zu einem Dauerbrenner entwickelt, viele rechtliche Fragen waren jedoch bislang ungeklärt. Nun hat der Bundesgerichtshof (BGH) jedenfalls teilweise für Klarheit gesorgt.

I. Rechtsprechung und Gesetzgebung im Überblick

1. Bundesgerichtshof: Honorarärzte sind keine Wahlärzte

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit seinem viel beachteten Urteil vom 16.10.2014 – III ZR 85/14 – klargestellt, dass die Durchführung und Liquidation wahlärztlicher, also stationärer privatärztlicher Leistungen nach den eindeutigen Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz ausschließlich den am Krankenhaus angestellten oder beamteten Krankenhausärzten vorbehalten ist. Voraussetzung ist, dass diese Wahlärzte zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind. Dies soll ihre besondere

Kompetenz, die sich der Patient hinzukaufen möchte, verdeutlichen. Solche wahlärztlichen Leistungen dürfen demnach insbesondere nicht von sogenannten Honorarärzten durchgeführt und abgerechnet werden, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, sondern freiberuflich aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Krankenhausträger tätig werden. Unter einem Honorararzt sei ein Facharzt zu verstehen, der im stationären und/oder ambulanten Bereich des Krankenhauses ärztliche Leistungen für den Krankenhausträger erbringe, ohne bei diesem angestellt oder als Belegarzt oder als Konsiliararzt tätig zu sein. Er werde zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig, wobei das Honorar mit dem Krankenhausträger frei und unabhängig von den Vorgaben der GOÄ vereinbart werde

und mangels Anstellung des Honorararztes keinen tarifvertraglichen Bindungen unterliege. Solche Honorarärzte seien vom Krankenhausentgeltgesetz ausdrücklich nicht erfasst und könnten daher keine wahlärztlichen Leistungen durchführen und abrechnen.

2. LSG Baden-Württemberg: Keine stationären Leistungen durch Honorarärzte

Das o.g. Urteil des BGH bezog sich nur auf stationäre privatärztliche Leistungen. Noch weiter war bereits das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit seinem Urteil vom 17.04.2013 – L 5 R 3755/11 – gegangen: Es hatte auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen nämlich auch die Durchführung von stationären Regelleistungen, also insbesondere bei GKV-Patienten im Krankenhaus, durch freiberuflich tätige

Honorarärzte generell für unzulässig erklärt. Der Gesetzgeber hatte zwar zuvor ausdrücklich in § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) die Ergänzung aufgenommen, dass Krankenhausleistungen generell auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden können, wenn gewährleistet sei, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärzte gelten. Die dahinter stehende Intention des Gesetzgebers nach einer größeren Flexibilisierung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern hat das LSG jedoch durchkreuzt: Es sah in der gesetzlichen Neuregelung nicht die eigentliche Absicht verwirklicht, auch freiberuflich für das Krankenhaus tätige niedergelassene Ärzte in die Durchführung von Krankenhausleistungen einzubinden. Vielmehr war das LSG der Auffassung, dass auch nicht fest angestellte Ärzte nach wie vor angestellte Ärzte seien und gerade nicht selbst über die Häufigkeit und den Zeitpunkt des Arbeitseinsatzes entscheiden könnten. Die eigentlich beabsichtigte Beschäftigung freiberuflich tätiger Ärzte am Krankenhaus zur Durchführung z.B. operativer Leistungen ist aufgrund dieses rechtskräftigen Urteils des LSG daher nach wie vor nicht zulässig. Dies gilt jedenfalls solange, wie der Gesetzgeber nicht entsprechend nachgebessert hat bzw. der BGH zu dieser Frage keine klare Entscheidung getroffen hat. In seinem o.g. Urteil hat der BGH bisher ohne eine rechtliche Auseinandersetzung mit dem Urteil des LSG Baden-Württemberg nur angedeutet, dass mit der gesetzlichen Änderung in § 2 KHEntgG Honorarärzte wohl stationäre Regelleistungen durchführen und abrechnen dürfen, aber die Durchführung und Abrechnung stationärer privatärztlicher Leistungen unzulässig ist.

3. Gesetzgeber: Ambulante Operationen durch Honorarärzte sind zulässig

Auch für den Bereich ambulanter Operationen hat der Gesetzgeber auf eine zuvor ergangene Entscheidung des Bundessozialgericht (BSG) vom 23.03.2011 – B 6 KA 11/10 R – reagiert: Das BSG hatte den Einsatz niedergelassener Ärzte als freiberufliche Honorarärzte bei der Durchführung ambulanter Operationen in Krankenhäusern für unzulässig erklärt, da der Vertrag zum ambulanten Operieren die Durchführung ambulanter Operationen

ausschließlich durch angestellte Ärzte bzw. Belegärzte des Krankenhauses vorgesehen hatte. Daraufhin hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich reagiert und in § 115b SGB V die Ergänzung aufgenommen, dass ambulante Operationen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit eines Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht und abgerechnet werden dürfen.

II. Konsequenzen für die Praxis

Aus den derzeit bestehenden gesetzlichen Grundlagen und der hierzu ergangenen aktuellen Rechtsprechung ergeben sich damit folgende Handlungsoptionen:

1. Stationäre und wahlärztliche Leistungen

Vollstationäre Krankenhausbehandlungen bei gesetzlich und privat versicherten Patienten dürfen nur von angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses und von zugelassenen Belegärzten durchgeführt und abgerechnet werden. Wahlärztliche, d.h. stationäre privatärztliche Leistungen können nur durch diejenigen angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses erbracht und abgerechnet werden, denen vertraglich ausdrücklich das Privatliquidationsrecht eingeräumt worden ist oder denen jedenfalls eine Beteiligung an solchen Einnahmen vertraglich zugesichert ist. Die Abrechnung kann dabei auch externen Abrechnungsstellen oder auch unmittelbar dem Krankenhaus selbst überlassen werden, welches das Honorar nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und etwaiger weiterer Personal- und Sachkosten dem jeweiligen Arzt intern auskehrt (sogenannte Beteiligungsvergütung).

2. Belegärztliche Leistungen

Belegärzte rechnen ihre Gebühren bei gesetzlich krankenversicherten Patienten gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, bei Privatpatienten unmittelbar diesen gegenüber ab. Soll gegenüber GKV-Patienten mit einer privaten Zusatzversicherung für den stationären Bereich privat abgerechnet werden, ist dafür vor Durchführung der stationären Leistungen eine schriftliche Vereinbarung mit den Patienten zu treffen, aus der hervorgeht, dass ausdrücklich die privatärztliche Behandlung und Rechnungsstellung gewünscht wird. Grund

dafür ist, dass solche Patienten in der Regel es nicht gewohnt sind, selbst privatärztliche Rechnungen zu bezahlen. Es besteht daher ein erhöhtes wirtschaftliches Schutzbedürfnis, welches durch die formalen Anforderungen an den Abschluss entsprechender Vereinbarungen gewahrt wird. Neu ist seit dem Jahr 2009 der sogenannte Honorarbelegarzt, der seine stationären Leistungen nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern nach individueller Vereinbarung im Innenverhältnis mit dem jeweiligen Krankenhaus abrechnet.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus

Ambulant operative Leistungen im Krankenhaus können sowohl von den im Krankenhaus angestellten und beamteten Ärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten auf der Grundlage einer entsprechenden vertraglichen Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus erbracht werden. Diese ambulant operativen Leistungen rechnet das Krankenhaus bei Kassenpatienten unmittelbar gegenüber der jeweiligen Krankenkasse und bei Privatpatienten diesen gegenüber ab. Besteht für die ambulant operativ tätigen Krankenhausärzte ein eigenes Privatliquidationsrecht, dürfen auch solche ambulanten operativen Eingriffe bei Privatpatienten von den liquidationsberechtigten Krankenhausärzten unmittelbar selbst gegenüber dem Privatpatienten abgerechnet werden. Nach der ausdrücklichen gesetzlichen Neuregelung in § 115b SGB V dürfen darüber hinaus ambulante Operationen im Krankenhaus aufgrund entsprechender Kooperationsvereinbarungen auch durch niedergelassene Vertragsärzte erbracht werden, die ihr Honorar unmittelbar vom Krankenhaus auf Grundlage der getroffenen vertraglichen Absprache erhalten.

4. Konsiliarärztliche Leistungen

Der Begriff des Konsiliararztes wird häufig falsch verwendet und hinter mancher Konsiliararztvereinbarung verbirgt sich eigentlich ein Honorararztvertrag. Konsiliararzt ist dabei keine Qualifikation oder Tätigkeitsbezeichnung, sondern bezieht sich auf die Durchführung konsiliarischer Leistungen im Einzelfall. Externe Ärzte werden häufig zur Abklärung oder (Mit-) Behandlung spezifischer fachärztlicher Fragestellungen hinzuzogen, wenn das Krankenhaus selbst nicht über eige-

ne ärztliche Einrichtungen bzw. Fachärzte des jeweiligen Gebietes verfügt. Konsiliarische Leistungen können dabei grundsätzlich von allen externen, also insbesondere niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Auch Belegärzte können solche konsiliarärztlichen Leistungen durchführen und abrechnen, werden dabei jedoch nicht in ihrer Funktion als Belegarzt, sondern als Konsiliararzt tätig. Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nicht gegenüber dem Patienten, sondern gegenüber dem Krankenhaus, wobei – wie der BGH entschieden hat – keine Bindung an die GOÄ besteht und die Vergütung frei verhandelbar ist. Lediglich gegenüber GKV- oder Privatpatienten, die eine Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhaus abgeschlossen haben, dürfen konsiliarische Leistungen unmittelbar abgerechnet werden. Dabei wird der Konsiliararzt zwar nicht als Wahlarzt tätig, seine Leistungen werden jedoch im Sinne des § 17 Abs. 3 des KHEntgG von Wahlärzten anderer Abteilungen veranlasst (sogenannte Wahlarztkette).

5. Vor- und nachstationäre Leistungen

Vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus können entweder von angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses selbst oder nach § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V auch von hierzu ausdrücklich beauftragten niedergelassenen Vertragsärzten in den Räumen des Krankenhauses oder in der Arztpraxis erbracht

werden. Sofern solche externen niedergelassenen Vertragsärzte vor- und nachstationäre Behandlungen erbringen, rechnen diese niedergelassenen Ärzte ihre Leistungen auf Grundlage einer entsprechenden vertraglichen Vereinbarung unmittelbar mit dem Krankenhausträger ab.

III. Zusammenfassung

Durch die aktuelle Rechtsprechung wird deutlich, dass auf Grundlage der derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen die Durchführung und Abrechnung von wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus ausschließlich von dort angestellten oder beamteten Ärzten mit eigenem Liquidationsrecht bzw. Beteiligungsvergütung zulässig ist und insoweit für das Hinzuziehen freiberuflich tätiger Honorarärzte grundsätzlich kein Raum ist. Wie sich der BGH zur Frage der grundsätzlichen Möglichkeit, stationäre Regelleistungen durch Honorarärzte erbringen zu lassen, verhält, kann derzeit nicht abgeschätzt werden und bleibt abzuwarten. So lange gilt mit dem LSG Baden-Württemberg, dass der Einsatz von Honorarärzten im stationären Bereich generell nicht zulässig ist. Bis zu einer gesetzlichen oder höchstrichterlichen Klarstellung bleibt als rechtssichere Lösung nur die lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtige (Teil-)Anstellung niedergelassener Ärzte am Krankenhaus. Der Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungs-

gesetzes sieht eine solche Klarstellung allerdings nicht vor. Will der Gesetzgeber eine an sich schon mit vorangegangenen Gesetzesinitiativen verfolgte stärkere Kooperation zwischen den beiden Sektoren erzielen, muss er auch für freiberuflich tätige Honorarärzte die Möglichkeit eröffnen, stationäre, insbesondere operative Leistungen im Krankenhaus erbringen zu lassen. Bestes und traditionsreichstes Beispiel für diese Möglichkeit bildet nach wie vor das Belegarztwesen, welches in Form des klassischen Belegarztwesens oder in Form des Honorarbelegarztes nach § 121 Abs. 5 SGB V vom Gesetzgeber vorgesehen worden ist.

Generell gilt: Bei der Durchführung und Abrechnung von stationären und ambulanten Leistungen im Zusammenhang mit den darstellten Kooperationsformen müssen die beteiligten Ärzte sehr sorgfältig zwischen den einzelnen Leistungsarten differenzieren und die jeweils dazu erforderlichen formellen Voraussetzungen erfüllen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kooperationsverträge häufig gleichzeitig Elemente beleg-, konsiliar- und honorarärztlicher Tätigkeiten beinhalten und die jeweiligen Begriffe nicht sauber differenziert verwendet werden. In diesem Fall ist genau zu prüfen, ob die jeweilige Kooperationsform den rechtlichen Anforderungen entspricht. Auf diese Weise lassen sich zivil- und strafrechtliche Risiken vermeiden.



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
www.kanzlei-wbk.de

KPMG UNTERSUCHUNG

Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus

Der Wettbewerb unter den deutschen Krankenhäusern fordert seinen Preis. Jahr für Jahr tauscht mehr als jedes vierte Krankenhaus Mitglieder der Geschäftsführung aus. Das Risiko eines Krankenhausgeschäftsführers, ausgewechselt zu werden, ist heute um mehr als 50 Prozent höher als eines DAX Vorstandes. Geschäftsführerwechsel führen aber häufig nicht zu der erhofften Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Deutsche Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen. Als solche stehen sie im harten Wettbewerb um Patienten, Mitarbeiter und Geldquellen. Im Zeitraum von 2009 bis 2012 hat sich die Ertragslage der Krankenhäuser signifikant verschlechtert. Erwirtschafteten in Jahr 2009 noch über 80 Prozent ein positives Jahresergebnis, verbuchte im Jahr 2012 jedes dritte Haus Verluste. (► **Abb. 1**).

Für den Unternehmenserfolg werden vor allem die Geschäftsführungen verantwortlich gemacht. In einer aktuellen Untersuchung beleuchtet KPMG Healthcare das Personalkarussell in den Chefetagen der deutschen Krankenhäuser.¹

Und so sieht das Ergebnis der Analyse aus:

1. Führungswechsel in Krankenhäusern finden überraschend häufig statt.
2. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den Trägerschaften.
3. Ein Wechsel in der Geschäftsführung ist kein Allheilmittel für die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses.

Jahr für Jahr tauscht mehr als jedes vierte Krankenhaus Mitglieder der Geschäftsführung aus, Krankenhausmanager werden damit deutlich häufiger ausgewechselt als DAX30-Vorstände

In den untersuchten Jahren 2010 bis 2012 fanden jedes Jahr in mehr als 25

1 Quelle der erstmals durchgeführten Untersuchung ist die KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, die unter anderem öffentlich zugängliche Jahresabschlüsse und Geschäftsberichte der Krankenhäuser enthält. Die Daten für das Jahr 2012 sind die zum Untersuchungszeitpunkt aktuellsten verfügbaren Zahlen.

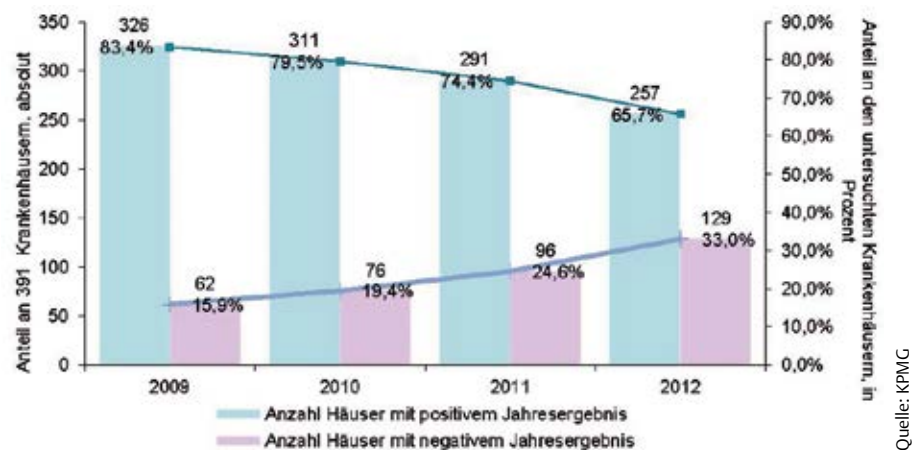


Abbildung 1: Entwicklung der Jahresergebnisse für den Zeitraum 2009 bis 2012 der untersuchten 391 Krankenhäuser. Zu 100 fehlende Prozent betreffen Häuser mit neutralem Jahresergebnis. .

Quelle: KPMG

Prozent der deutschen Krankenhäuser Veränderungen in der Geschäftsführung statt. Untersucht wurde eine repräsentative Stichprobe von 391 Krankenhäusern aus allen Bundesländern. Von diesen Krankenhäusern befinden sich 123 in öffentlicher, 121 in privater und 147 in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Das zusammengefasste Ergebnis zeigt ► **Tab. 1**.

DAX30-Unternehmen hatten im betrachteten Zeitraum durchschnittlich 6,2 Vorstandsmitglieder, Krankenhäuser hingegen nur durchschnittlich 1,6 Geschäftsführer. Setzt man die Prozentzahl der durchschnittlichen Wechsel von Geschäftsführern bzw. Vorständen ins Verhältnis zur Anzahl der Mitglieder der Geschäftsführung bzw. des Vorstandes so ergibt sich bei Krankenhäusern für jeden Geschäftsführer pro Jahr die Wahrscheinlichkeit von 15,7 Prozent, dass er

ausgewechselt wird, bei DAX30-Vorständen von 10,2 Prozent.²

Bei Krankenhäusern wird ein Geschäftsführer also durchschnittlich alle 6,4 Jahre ausgewechselt, bei DAX30-Unternehmen ein Vorstand alle 9,8 Jahre. Das Risiko für den Geschäftsführer eines Krankenhauses ausgewechselt zu werden, ist damit um mehr als 50 Prozent höher als beim Vorstand eines DAX30-Unternehmens. Oder anders gesagt: Die „Verweildauer“

2 Die Wahrscheinlichkeit ausgewechselt zu werden, errechnet sich aus dem Verhältnis von durchschnittlicher Anzahl der Krankenhäuser bzw. DAX30 Unternehmen, die einen Wechsel in der Geschäftsführung/Vorstand vorgenommen haben und der durchschnittlichen Anzahl von Mitgliedern der Geschäftsführung bzw. des Vorstandes. Bei Krankenhäusern sind das 25,1 Prozent Wechsel geteilt durch 1,6 Mitglieder der Geschäftsführung (ergibt 15,7 Prozent), bei den DAX30 Unternehmen 63,3 Prozent Wechsel geteilt durch 6,2 Mitglieder des Vorstandes (ergibt 10,2 Prozent).

des Geschäftsführers eines Krankenhauses ist durchschnittlich um mehr als 50 Prozent kürzer als beim Vorstand eines DAX30-Unternehmens.

Private Krankenhäuser wechseln ihre Geschäftsführung häufiger aus

Innerhalb des Betrachtungszeitraums der Geschäftsjahre 2010 bis 2012 lassen sich zwischen den Trägerschaften deutliche Unterschiede in der Häufigkeit des Austausches von Geschäftsführern erkennen. Im Durchschnitt finden mit 31,7 Prozent die häufigsten Wechsel in den Krankenhäusern privater Trägerschaft statt. Freigemeinnützige Einrichtungen folgen mit 24,7 Prozent und öffentliche mit 20,3 Prozent (► **Abb. 2**).

Bei Klinikkonzernen ist der Geschäftsführerwechsel häufig Teil einer langfristigen Personalentwicklungskonzeption. Geschäftsführer werden geplant in verschiedenen Konzernunternehmen eingesetzt. Das kann auch ein Grund dafür sein, dass die Veränderungshäufigkeit bei den Privaten höher ist.

Geschäftsführerwechsel führen selten zu der erhofften Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Dem Austausch von Mitgliedern der Geschäftsführung bei Krankenhäusern folgten im Jahr 2010 nur bei weniger als 50 Prozent verbesserte Jahresergebnisse, in den Jahren 2011 und 2012 nur bei etwa

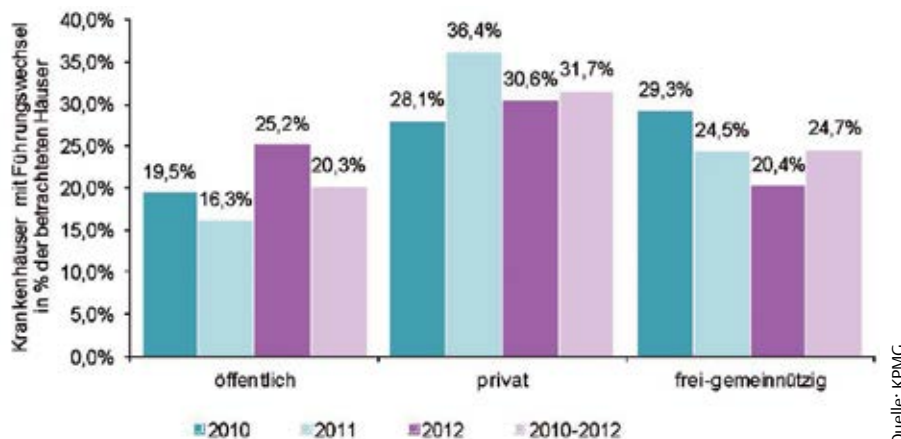


Abbildung 2: Durchschnittliche jährliche Veränderungen in der Geschäftsführung unterschieden nach Trägern, Quelle: KPMG

einem Drittel. Bei dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser, die einen Geschäftsführerwechsel vornahmen, verschlechterte sich das Jahresergebnis sogar. Man kann also sagen, dass der Austausch von Mitgliedern der Geschäftsführung oft nicht zu einer Verbesserung der Ertragslage von Krankenhäusern führt.

Prof. Dr. Volker Penter, Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft bei der KPMG AG:

„Die Untersuchung zeigt einmal mehr, in welcher schwierigen Lage die deutschen Krankenhäuser sind. Die Anzahl der Krankenhäuser mit einem negativen Jahresergebnis hat sich in den letzten 4 Jahren deutlich erhöht. Verbuchte 2009 noch etwa jedes fünfte Haus einen Verlust, so ist es im Jahr 2012 schon etwa jedes dritte.

Der konstant häufige Wechsel in den Geschäftsführungsetagen von Krankenhäusern vermag daran nichts zu ändern. Denn die deutschen Krankenhäuser leiden unter mindestens zwei strukturellen Problemen. Zum Einen gibt es zu viele Krankenhauskapazitäten. Zwischen 1992 und 2012 hat sich die Behandlungskapazität der deutschen Krankenhäuser um 35 Prozent erhöht. Auch die Einführung der Fallpauschale hat an dieser Entwicklung nichts Grundlegendes geändert. Der Anstieg hat sich nur verlangsamt.³ Zum anderen kommt die öffentliche Hand ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nach. Die Fördermittel gemäß KHG ha-

³ Penter V. et al (2014), Zukunft deutsches Krankenhaus 2020, Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach.

	2010			2011			2012			2010-2012
	Anzahl untersuchter Krankenhäuser	Anzahl GF-Wechsel	rel. In Prozent	Anzahl GF-Wechsel	rel. In Prozent	Anzahl GF-Wechsel	rel. In Prozent	im Durchschnitt		
Anzahl gesamt	391	101	25,8%	100	25,6%	98	25,1%	25,5%		
davon öffentlich	123	24	19,5%	20	16,3%	31	25,2%	20,3%		
davon privat	121	34	28,1%	44	36,4%	37	30,6%	31,7%		
davon frei-gemeinnützig	147	43	29,3%	36	24,5%	30	20,4%	24,7%		

Tabelle 1: Veränderungen in der Geschäftsführung deutscher Krankenhäuser in den Jahren 2010 bis 2012, Quelle: KPMG

	2010	2011	2012	Durchschn.	2010-2012
Anzahl Krankenhäuser mit Wechsel in den Geschäftsführungen	101	100	98	100	-3
Nach Wechsel in der Geschäftsführung verbessertes Jahresergebnis des Krankenhauses	50	36	33	40	-17
Rel. Anteil	49,5%	36,0%	33,7%	39,8%	-16%
Nach Wechsel in der Geschäftsführung verschlechtertes Jahresergebnis des Krankenhauses	49	63	64	59	15
Rel. Anteil	48,5%	63,0%	65,3%	58,9%	17%

Tabelle 2: Veränderung der Jahresergebnisse nach Wechseln in der Geschäftsführung. Zu 100 fehlende Prozent betreffen Häuser mit neutralem Jahresergebnis. Quelle: KPMG.

ben sich bundesweit in den letzten 20 Jahren inflationsbereinigt etwa halbiert.⁴ Die Veränderung dieser Rahmenbedingungen ist dringend erforderlich. Das ist Aufgabe der Politik.

Richtig ist aber auch, dass es nichts bringt, reflexartig wirtschaftliche Probleme eines Krankenhauses mit dem Auswechseln der Geschäftsführung kurieren zu wollen. Das zeigt diese Untersuchung mehr

4 Ebenda

als deutlich. Konzepte sind gefragt, die beispielsweise Antworten auf veränderte Patientenvünsche, knapper werdende Personalressourcen, höhere Transparenzanforderungen geben. Dass ein Drittel der Krankenhäuser Verluste schreibt, sagt ja auch, dass zwei Drittel Gewinne erwirtschaften. Es gibt also deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Tragfähige Konzepte zu erarbeiten, die Antworten auf die Herausforderungen der Zukunft geben, das ist die Aufgabe der Führungskräfte der Krankenhäuser selbst. Schließlich: Führungskräfte brauchen

Freiheitsgrade, um tragfähige Konzepte zu erarbeiten und umzusetzen. Hier sind Gesellschafter und Aufsichtsgremien von Krankenhäusern gefragt.“

INFORMATION

Die gesamte Studie können Sie herunterladen unter <http://www.kpmg.com/DE/de/Bibliothek/2014/Seiten/geschaeftsfuehrerwechsel-im-krankenhaus.aspx>

Professor Dr. Volker Penter, Jörg Schulze und Franziska Holler

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF)

Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“



Der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat sich auf seinen Sitzungen am 15./16.11.2013 und am 11./12.04.2014 mit den Themen Transplantationsmedizin, Hirntod und Hirntodfeststellung, Normen in der Medizin, Objektivität von Gutachtern und Gerichten befasst.

Am 15./16.11.2013 widmete sich der Arbeitskreis Ärzte und Juristen der AWMF in Bremen zuerst mit dem Themenkomplex Transplantationsmedizin, insbesondere mit Grundsatzfragen zu Regelverstößen. Nach einem vor allem auf die Folgen der bekannten Vorfälle eingehenden Referat von Dr. iur. R. Hess (Deutsche Stiftung Organtransplantation) einschließlich der Ankündigung eines für 2015 geplanten Transplantationsregisters stellte Prof. Dr. iur. T. Verrel (Kriminologisches Seminar, Universität Bonn) eine umfassende Aufarbeitung der Regelverstöße, eine Schwachstellenanalyse, die Auskunftspflichten, die verschiedenartigen Überwachungsinstitutionen sowie die Manipulationsmöglichkeiten der MELD-Daten (Leberanalyse) dar; er wies auch auf die nunmehr (seit 2013) gegebene Strafbarkeit vorsätzlicher Verbotverstöße hin. Prof. Dr. iur. H. Rosenau (Lehrstuhl Deutsches, Europäisches und internationales Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Biorecht, Universität Augsburg) erweiterte diese Betrachtungen um die Totschlagsfrage (versuchter Totschlag) und die Kausalität beim Handlungs- bzw. beim Unterlassungsdelikt; hierbei spielt

die billigende Inkaufnahme des Taterfolges eine besondere, u.a. die Gefährlichkeit des Handelns betreffende Rolle. Eine Zusammenfassung der im Referat erörterten Gesetze, Richtlinien und Strafvorschriften kann bei AWMF abgerufen werden. Der medizinischen Sichtweise widmete sich abschließend Prof. Dr. med. G. Otto, Transplantationschirurgie, Universität Mainz. Er sieht Fehlerursachen bzw. Fehlverhaltensursachen im (US-) MELD-System. Danach sind menschliche Fehler Symptome tiefer liegender Fehler im System. Fehlverhalten komme durch Falschangabe von Daten, Missachtung von Richtlinien oder deren (manipulative) Interpretation oder einfach durch Nichtberücksichtigung der Richtlinien zustande; davon zu unterscheiden seien Fehlleistungen (Indikation, Diagnostik, Therapie, Komplikationsmanagement etc.). Abhilfe erhoffe er durch das geplante Transplantationsregister.

Hirntodfeststellung

Als zweites Thema standen Hirntod und Hirntodfeststellung auf dem Programm. Prof. Dr. med. P. Marx (Neurologe, Cha-

rité Berlin) gab zu seinem Referat „Der dissoziierte Hirntod, das Konzept des dissoziierten Hirntodes“ nach einem geschichtlichen Rückblick und einer Analyse des Objektivitätsbegriffs – Relevanz der grundlegenden neurokognitiven Erkenntnisse – eine detaillierte Zusammenschau der klinischen Symptome in unabdingbarer Verbindung mit dem Erfahrungswissen der an der Feststellung des Hirntodes beteiligten zwei Ärzte (Präsentation und ergänzender Text bei AWMF). Prof. Dr. iur. W. Höfling (Institut für Staatsrecht, Universität Köln) hat in seinem Referat (vorgetragen von Prof. Dr. H. F. Kienzle, Köln) „Grundsätzliche rechtlich-ethische Aspekte der Hirntodkonzeption und -diagnostik“ „das Leben“ als grundgesetzlich geschütztes Rechtsgut herausgestellt. Juristisch handelt es sich beim Tod um einen Tatbestand, der durch die medizinische Feststellung der Todeskriterien gegenständlich gemacht wird. Der Tod selbst ist ein Phänomen, das als solches keiner fach-kompetenten Erklärung zugänglich ist. „Hirntod und Dead-Donor-Rule“ behandelte Frau Prof. Dr. med. B. Schöne-Seifert (Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medi-

zin, Universität Münster). In den Mittelpunkt stellte sie die wiederkehrend auftretenden Bedenken mit Bezug auf die Organentnahme/-spende. Letztere greife über das im Sterben befindliche Individuum (mit eigenen, nicht bereits erloschenen Rechten) hinaus auf Angehörige als Personen, aber auch als Rechteinhaber. Todesdefinition und (herkömmliches) Todesverständnis sind zu unterscheiden. Davon ausgehend sind eine duale Standard-Rechtfertigung (irreversibler Bewusstseinsverlust und irreversibler Verlust der Organismus-Selbststeuerung bzw. irreversibler Verlust des „Organismus als Ganzer“) oder eine monistische Rechtfertigung (irreversibler Bewusstseinsverlust = mentaler/personaler Tod = „normative“ Todes-Definition) möglich. Hinweise auf daraus folgende praktische Konsequenzen.

Standards für medizinische Dienstleistungen

Am 11./12.04.2014 diskutierte der AK in Würzburg „Normen in der Medizin – Fortschritt oder Fessel? Nach RA Dr. iur. A. Wienke, Köln, strebt das Europäische Komitee für Normung (CEN) an, für ärztliche Dienstleistungen Standards festzulegen (zu normieren); dies sei inzwischen in Bereichen der ästhetischen Chirurgie geschehen, aufgegriffen sei dies auch für die Behandlung von Gesichtsspalten, ebenso in nichtoperativen Gebieten (Osteopathie, Naturheilverfahren etc.). Dr. St. Weisgerber (Deutsches

Institut für Normung (DIN)) stellte klar, dass vom CEN bearbeitete Normen nach europäischem Recht auch für Deutschland verbindlich seien, es handele sich bei diesen jedoch zunächst um „private“ technische Regelungen; sie würden (nur) rechtsverbindlich, wenn ein Gesetz (oder ein höchstrichterliches Urteil) sich auf CEN- oder DIN-Normen beziehe. Nach Auffassung der Bundesärztekammer, vertreten durch Frau RAin A. Seebohm, verstoßen Standardisierungen von Berufsausübungsregelungen gegen die föderale Regelungsbefugnis. Dies bekräftigte auch Prof. Dr. R. Kreienberg (Leitlinienkommission der AWMF), der hier vielmehr den wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsempfehlungen zuweist. RA Dr. A. Wienke ging abschließend noch darüber hinaus, indem er derartigen Normierungen nicht nur nachteilige Einflüsse auf die Qualität bescheinigte, sondern auch auf die Entstehung von Rechtsunsicherheiten hinwies. Zum Thema siehe auch OUMN 1/14, Seite 28 f.

Objektivität vor Gericht

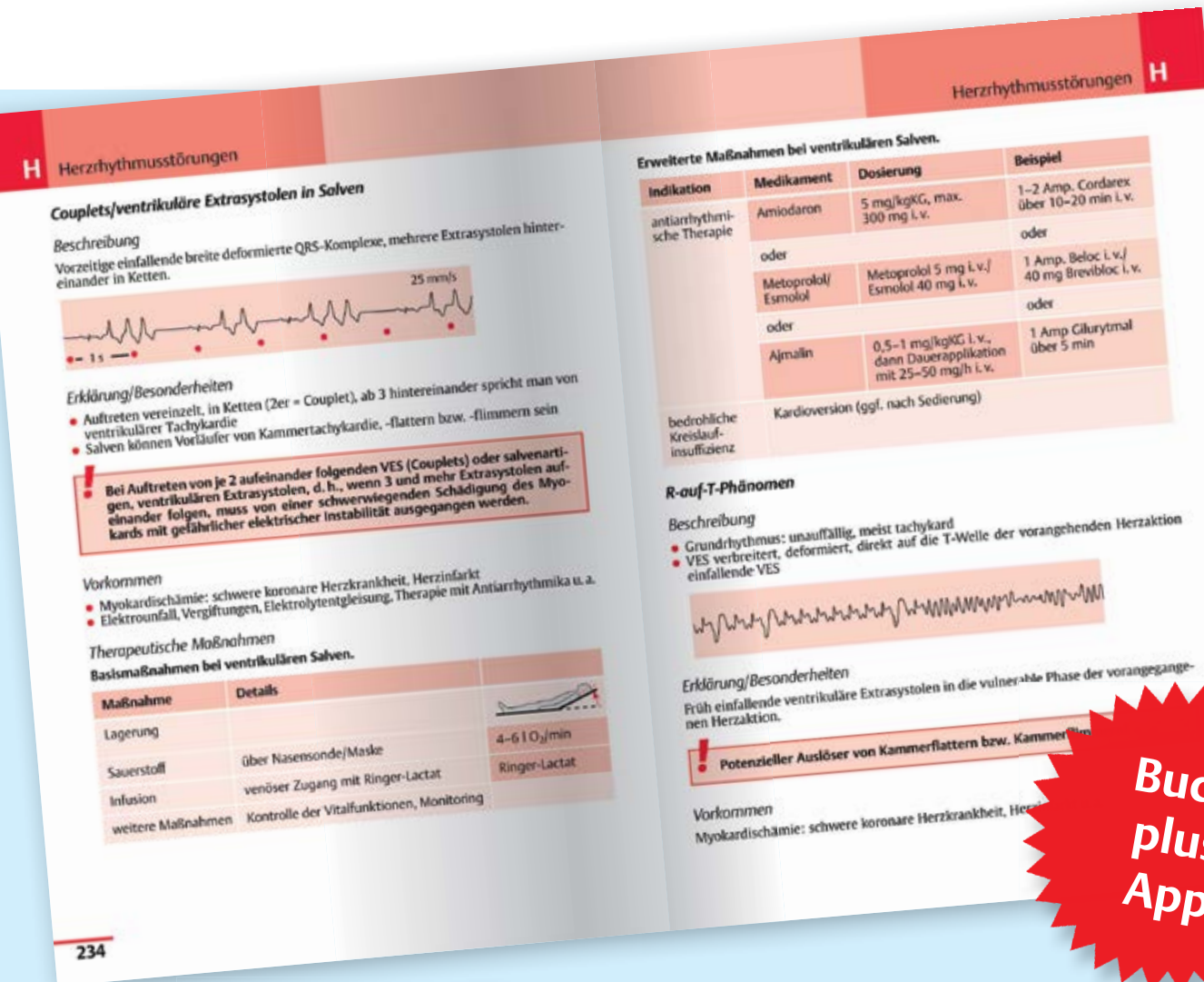
„Objektivität von Gutachtern und Gerichten – ein Qualitätsmerkmal“ stellte das zweite Hauptthema. „Objektivität vor Gericht“ behandelte Frau Prof. Dr. med. M. Dudeck (Lehrstuhl für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm). Einer qualitativen Analyse von Gutachten für die gesetzliche Un-

fallversicherung zufolge beständen nicht unerhebliche Defizite (Akzeptanz: Gutachtenstruktur 57%, Terminologie 40%, Beweiswert 12%, fachliche Aussage 10%); dem Rezensenten erscheint es fraglich, diese Beurteilung für den Gesamtbereich der GUV zu übernehmen. Prof. Dr. med. P. Marx (Neurologe und Psychiater, Charité Berlin) erläuterte die Objektivität naturwissenschaftlich-physikalisch, nicht ohne darauf zu verweisen, dass die Objektivität der Wahrnehmung eine Illusion ist; hier griffen als Regulativ der akuten medizinischen Kenntnisstand sowie die rechtlichen Vorgaben ein, auch die Selbstreflexion müsse beachtet werden. Der Referent befürwortet Forschung zur Qualität, Reliabilität und Validität (die von der Kommission Gutachten der DGU seit langem und mit stetig steigendem Erfolg praktiziert wird). Das „Verhältnis ärztliche Sachverständige ./.. Anwälte“, problematisch mitunter in der mündlichen Verhandlung, beleuchtete abschließend Prof. Dr. iur. R. Kern (Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht, Universität Leipzig). Folien bzw. Texte können unter www.awmf.org abgerufen werden.

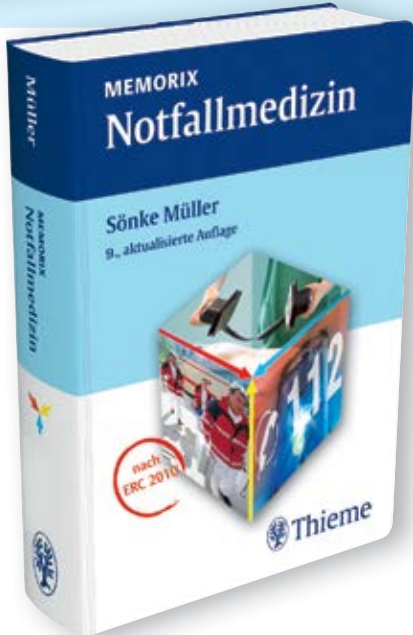


Prof. Dr. Jürgen Probst,
Murnau/Staffelsee
E-Mail:
Prof.Juergen.Probst.Murnau@t-online.de

100% Praxiswissen



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb (D) werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen. Georg Thieme Verlag KG, Sitz und Handlungsort: Stuttgart, HRB 3493, pRG: Dr. A. Hadil. 14EA53



- praxisrelevante und anschauliche Darstellung notfallmedizinisch relevanter Techniken, erweiterter Notfallmaßnahmen und spezieller Notfälle
- schnelles Nachschlagen durch praktisches Farbkonzept und kapitelweise Stichwortaufzählung
- die wichtigsten Notfallmedikamente von A-Z mit Dosierungsangaben

MEMORIX Notfallmedizin besteht aus Buch und App mit allen Inhalten.
Weitere Informationen zur App unter www.kittelcoach.de.

Memorix Notfallmedizin
Müller
2011. 9., akt. A.
672 S., 630 Abb., Kunstst. PVC
ISBN 978 3 13 139939 7
54,99 € [D]
56,60 € [A] / 77,00 CHF

Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

- ☎ Telefonbestellung: 0711/8931-900
- ☎ Faxbestellung: 0711/8931-901
- @ Kundenservice @thieme.de
- 🌐 www.thieme.de
- ✉ Georg Thieme Verlag KG Rüdigerstr. 14 70469 Stuttgart



Was tut sich in China?

Die chinesische orthopädische Gesellschaft (Chinese Orthopaedic Association / COA) hatte zu ihrer Jahrestagung vom 20.-22. November 2014 den Präsidenten der DGOU Herrn Prof. Dr. Henning Windhagen eingeladen. Der Vizepräsident der DGOU Prof. Dr. Michael Nerlich war zu einem Vortrag im Rahmen eines AO-Trauma-Day ebenfalls zu diesem Kongress eingeladen und nahm die Gelegenheit wahr, als DGOU incoming President zusammen mit dem aktuellen Präsidenten der DGOU dem chinesischen Orthopädenkongress beizuwohnen.

Eine insgesamt imposante Veranstaltung mit ca. 20.000 Teilnehmern, die am Olympiagelände im internationalen Konferenzzentrum in Peking abgehalten wurde. Die chinesischen Dimensionen des 1.4 Milliarden Volkes sind auch in O&U beeindruckend. Das Konzept des Kongresses ist ähnlich strukturiert wie das der American Academy for Orthopaedic Surgeons mit Themenlinien aus allen Bereichen von Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Sitzungen waren zum Teil heftig überfüllt, so waren in einer Traumasitzung neben den 500 komplett besetzten Sitzplätzen noch weitere ca. 300 durch die Bank männliche Kollegen anwesend, die den ganzen Tag über genüssig stehend aufmerksam den Referaten folgten. Eine stattliche Zahl an internationalen Referenten hatte dabei die Aufgabe, ihre Inhalte an die in der Regel nicht englisch sprechenden Chinesen zu vermitteln. Daher wurde in den meisten

Sälen eine Übersetzung angeboten, wo ein englisch sprechender chinesischer Kollege jeden Satz des internationalen Referenten im Anschluss 1:1 ins Chinesische übertrug. Die überwiegende Zahl der Sitzungen wurde bilingual, Chinesisch-Englisch abgehalten. Das Interesse der chinesischen Orthopäden und Unfallchirurgen war sehr groß, was sich auch an ausführlichen Nachfragen aus dem Auditorium zeigte.

Neue Bescheidenheit

Die Eröffnungsveranstaltung wurde mit technisch sehr hoch gerüstetem Equipment und einer generalstabsmäßig geplanten Aufführung und Huldigung durchgeführt. Der Festsaal hierzu dürfte gut 3.000 Plätze geboten haben (siehe Bild).

Kenner des chinesischen Kongresswesens in der Orthopädie waren der Auf-

fassung, dass die aktuelle Darbietung der Eröffnungszeremonie deutlich bescheidener ausfiel im Vergleich zu den Vorjahren, in denen sehr auf „Hollywood-Glamour“ gesetzt wurde. Dies entspricht wohl einer durch den chinesischen Ministerpräsidenten ausgegebenen, das ganze Riesenreich betreffenden Losung, dass der Kampf gegen Korruption und das Auftreten in der Öffentlichkeit in Bescheidenheit, auch in medizinischen Fachgesellschaften zum Durchbruch kommen sollte. Für die kleine Gruppe der deutschen Teilnehmer war das Interesse der Chinesen an der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie spürbar groß. Es zeigte sich auch, dass die Chinesen sehr genau die wissenschaftlichen Publikationen, auch der deutschen Beiträge, im Auge hatten und daran höchst interessiert waren.

Die Beziehungen zwischen den chinesischen Gastgebern und den internationalen Gästen waren auf ein zwar sehr höfliches, aber vom Umfang her doch eher bescheiden gehaltenes Maß reduziert. Es bleibt zu hoffen, dass sich in Zukunft die in der „Berlin-Declaration“ zwischen den Fachgesellschaften DGOU und COA vereinbarten Beziehungen zwischen China und Deutschland in Orthopädie und Unfallchirurgie weiter positiv entwickeln.

Eines kann man ganz klar feststellen: Man kann von den Chinesen mittlerweile schon sehr viel lernen!



Prof. Dr. med. Michael Nerlich
Präsident DGOU + DGU



Blick von der Waterfront in Kapstadt auf den Tafelberg

SÜDAFRIKASTIPENDIUM

Reisebericht Südafrika 2014

Mitte August letzten Jahres traten wir, Dr. Jan Siewe aus Köln und PD Dr. med. Maik Hoberg aus Würzburg, das Südafrika-Fellowship der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie an. Ziel des Reisefellowships ist es, den Fellows einen Überblick über das Gesundheitssystem und das Land Südafrika zu vermitteln.

Wir durften insgesamt vier Wochen in einem der schönsten Länder der Erde unterwegs sein. In diesem Rahmen besuchten wir alle südafrikanischen Universitätskliniken sowie einige private und öffentliche Krankenhäuser. Wir wurden von allen Kollegen sehr herzlich aufgenommen und fühlten uns während der gesamten Reise äußerst wohl. Die Südafrikaner waren perfekte Gastgeber. Wir landeten auf dem Flughafen von Johannesburg und wurden nach kurzer Erfrischungspause direkt ins Chris-Hani-Baragwanath-Krankenhaus („das Bara“) nach Soweto gebracht. Die Kollegen dort zeigten uns die Notaufnahme und gewährten uns einen ersten Einblick in die südafrikanische Welt der Traumatologie. Es ist das größte Krankenhaus in Afrika mit 2600 Betten auf einer Fläche von etwa fünf Quadratkilometern, welches für die Versorgung von ca. fünf Millionen Menschen verantwortlich ist. Elektive Chirurgie spielt hier eine untergeordnete

Rolle. Die Wartezeit für eine Endoprothese der Hüfte beträgt rund fünf Jahre. Das Krankenhaus ist einstöckig gebaut, um Transportproblemen durch Stromausfälle vorzubeugen. Anschließend wurden wir an diesem Sonntagnachmittag direkt in das Herz von Soweto geführt. Wir erlebten hier direkt am ersten Tag die wohl eindrucklichsten Momente unserer Reise. Die Kollegen zeigten uns das Fußballstadion, das Nelson Mandela Museum, den Hector Pieterse Place, die Häuser von Nelson Mandela und Desmond Tutu. Der Nachmittag war faszinierend und nachhaltig prägend. Wir konnten in einem kurzen Zeitraum die Geschichte der Apartheid in Südafrika kennen und deren Auswirkungen bis zum heutigen Tage erahnen und verstehen lernen. In den nächsten zwei Tagen besuchten wir die Universität von Witwatersrand und das Bara im Rahmen von klinischen Visiten, Teilnahme an Operationen und wissenschaftlichen Kolloquien.

Weiter nach Pretoria

Unsere Route führte uns weiter nach Pretoria. Wir konnten hier die dramatischen Gegensätze der Krankenversorgung im Vergleich zu Soweto kennenlernen. Das Flaggschiff der südafrikanischen Krankenversorgung, die Universitätsklinik von Pretoria, war beeindruckend und auf höchstem Niveau. Wir konnten in Pretoria die Regierungsgebäude besuchen. Außerdem bekamen wir einen tiefen Einblick in die Geschichte Südafrikas durch den Besuch des Vortrektermuseums und des neuen Nelson Mandela Museums in Pretoria. Erst vor Ort nimmt die gesamte Geschichte, das unendliche Blutvergießen in diesem Land, der menschliche Hass und die Apartheid Gestalt an. Der dramatische Gegensatz in der Krankenversorgung innerhalb des Landes wurde dann an der Universität von Limpopo (Medical University of Southern Africa) nochmals deutlich. Sie war die erste Uni-



Klinische Visite auf einer orthopädischen Kinderstation mit dem betreuenden Arzt Dr. Linda und zwei an Tuberkulose der Wirbelsäule erkrankten kleinen Patienten

versität, an der nur schwarze Bürger eine ärztliche Ausbildung erhalten konnten. Es herrschen deutliche Ressourcen- und Infrastrukturmängel vor, die durch die persönliche Kompetenz und das Engagement der Mitarbeiter kompensiert werden.

Multikulturelles Durban

Nach diesem Ausflug in den Norden des Landes führte unser Weg nach Durban an die Küste des Indischen Ozeans. In Durban ist die multikulturelle Gesellschaft Südafrikas besonders eindrücklich zu erleben. Ein sehr großer Teil der Bevölkerung hat seinen Ursprung in Südostasien. Dr. Basil Stathoulis, der lokale Vorstand der SAOA (South African Orthopaedic Association), lud uns am ersten Abend zu seinem Geburtstagsdinner ein. Und dies war nur der Anfang einer Gastfreundschaft, die seinesgleichen suchen lässt. Ein Assistenzarzt, Chats Gathiram, nahm sich unserer an und führte uns zu einem fantastischen Ausflug in den Hluhluwe-Umfolozi National Park. Hier konnten wir vier der „big five“ bewundern (Löwe, Büffel, Nashorn, Elefant). Einen Leopard bekamen wir leider nicht zu Gesicht. Die Landschaft dieses Landes ist einzigartig und fantastisch. Auch die Besuche in den Krankenhäusern und Universitäten waren nachhaltig. In diesem Teil des Landes waren die massiven Unterschiede in der ärztlichen Versorgung und die un-

gleiche Verteilung der Ressourcen schockierend. Auf der einen Seite exzellent eingerichtete Krankenhäuser wie das Albert Luthuli Hospital, auf der anderen Seite Häuser wie das Prince Mshiyeni Memorial Hospital. Hier fehlt es an dem Nötigsten, außer an verletzten Patienten. Die Warthalle des Krankenhauses glich mit mehr als 1000 wartenden Patienten der Central Station in New York während der rush hour. In den Häusern des King Edward Hospitals (medical school) und im Grey's Hospital in Pietermaritzburg, Kwazulu Natal, konnten wir an der exzellenten Ausbildung der Assistenzärzte teilhaben. Diese Ausbildungskultur findet in allen Häusern des Landes trotz des hohen Arbeitsaufkommens und Ressourcenmangels statt.

„Private practice“

Nach unseren Erfahrungen am Indischen Ozean führte uns unser Weg wieder in das Landesinnere nach Bloemfontein. Wir konnten hier die beiden universitären Krankenseinrichtungen besuchen und wurden durch ein tolles operatives, wissenschaftliches und kulinarisches Programm unterhalten. In Bloemfontein verdeutlichten sich die Probleme der medizinischen Versorgung in Südafrika dann jedoch sehr deutlich. Wir hatten hier Einblick in eine „private practice“ (privates Hospital), die bezüglich Ausstattung, Technik und Qualität eine Spit-

zenposition einnimmt. Zwanzig Prozent der gesamten Bevölkerung werden in diesen Einrichtungen von 80% aller südafrikanischen Ärzte versorgt. Diese 20 Prozent sind der Teil der Bevölkerung, der bei einer festen beruflichen Anstellung einen Krankenversicherungsbeitrag zahlt. Die Verdienstmöglichkeiten der ärztlichen Kollegen sind im Vergleich zu staatlich finanzierten Einrichtungen eklatant und deshalb versuchen viele Kollegen so schnell wie möglich in den niedergelassenen Sektor zu wechseln. Ein weiteres Problem ist die Gehaltsstruktur in Südafrika. Oftmals beanspruchen die Kollegen zwei Gehälter gleichzeitig. Sie bekommen bei fester staatlicher Anstellung ein volles Gehalt. Da aber oftmals OP-Kapazitäten im öffentlichen Sektor fehlen, verbringen die Chirurgen große Teile ihrer Arbeitswoche in niedergelassenen Einrichtungen und generieren hier ein deutlich höheres zweites Gehalt. Dies führt teilweise zu einem minimalen Engagement für den öffentlichen Arbeitgeber und lässt viele Arztkollegen in die volle private Tätigkeit streben.

Jahreskongress Kapstadt

Die Reise führte uns weiter nach Kapstadt zum Besuch des Jahreskongresses der Südafrikanischen Orthopädischen Gesellschaft (SAOA). Als Ehrengäste nahmen wir an verschiedenen Vortragsveranstaltungen und sozialen Aktivitäten

teil. Während des Galadiners im Rahmenprogramm des Kongresses konnten wir neue Bekanntschaften mit den südafrikanischen orthopädischen Kollegen machen und trafen viele der in den Wochen zuvor besuchten Ärzte wieder. Neben den zahlreichen Attraktionen Kapstadts und der Kaphalbinsel, wie dem Tafelberg, Robben Island, der Weinregion oder den Pinguinen vom Boulders Bay, besuchten wir im Anschluss an das Meeting die Universität von Cape Town mit dem berühmten Grote Schur Hospital, an dem die erste Herztransplantation der Welt durchgeführt wurde. Nach den wissenschaftlichen Vorträgen und einer Krankenhausführung erhielten wir eine Einladung zum Besuch eines Rugby-Erstligaspiels. Aus dem Besuch der Universität von Kapstadt soll in den nächsten

Monaten ein Fellowship-Austauschprogramm mit der orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus der Universität Würzburg entstehen. Desweiteren sind bereits konkrete Schritte bezüglich einer wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Köln und mehreren Institutionen in Südafrika entstanden (Thema: Spondylodiszitis in Kombination mit HIV). Die Reise führte uns weiter an die University of Stellenbosch, an der wir neben einer klinischen Visite auch einen wunderschönen Fakultätsabend zu unseren Ehren erleben durften.

Starke Kontraste

Nach einer dreitägigen Fahrt entlang der atemberaubenden Garden Route mit Orten wie Plettenberg Bay, Nature's Valley

oder Knysna trafen wir an unserer letzten Station in Port Elizabeth ein. Der Tag begann mit einer klinischen Visite am lokalen Krankenhaus, gefolgt von einer beeindruckenden Safari im Addo Elephant Park. Am Abend verabschiedeten uns die Kollegen mit einem traditionellen Grillen „Braai“ als äußert herzliche Gastgeber bevor wir nach diesem vierwöchigen Fellowship am nächsten Tag die Heimreise antraten. Die Reise ins südlichste Afrika war für uns äußerst beeindruckend und bewegend, verbunden mit fantastischen, schockierenden und teilweise auch deprimierenden Eindrücken in stetem Wechsel. Neben der medizinischen Infrastruktur und den orthopädischen Fakultäten konnten wir ein einzigartiges Land kennenlernen, das von der Natur gesegnet und auf dem beschwerlichen Weg aus der Vergangenheit in eine regenbogenfarbige Zukunft mit all ihren Problemen ist. Die südafrikanischen Gastgeber waren voller Herzlichkeit und Gastfreundschaft gegenüber uns in einem Maße, mit dem wir in keinem Fall rechnen konnten und die uns tief beeindruckt haben.

Wir bedanken uns nochmals für die Auszeichnung mit dem Südafrika-Fellowship und die Unterstützung durch die Südafrikanische Orthopädische Gesellschaft (SAOA) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, durch die wir eine medizinisch und sozial prägende Erfahrung machen konnten.



Wissenschaftliches Meeting an der Universität von Johannesburg mit Prof. Ramogkopa (Chair Traumatology) und Prof. Lukhele (Head Spine Surgery)



PD. Dr. Maik Hoberg,
Würzburg



Dr. Jan Siewe, Köln

Namen

Personalia



Univ.-Prof. Dr. Marcus Jäger ist Direktor der neu gegründeten „Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie“ am Universitätsklinikum Essen. Prof. Jäger ist auch Vorsitzender des Richtlinienausschusses Biomaterialien im Verein Deutscher Ingenieure (VDI).



Dr. Michael Schneider hat zum 1.9.2014 die Leitung der Sektion Unfallchirurgie innerhalb der neu fusionierten Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Josefs-Hospital in Wiesbaden übernommen. Vorher war er als Oberarzt und Leiter des Bereichs Endoprothetik an der Dr. Horst-Schmidt-Klinik in Wiesbaden tätig.



Prof. Dr. Henning Madry hat im Oktober 2014 den Ruf auf die Professur für Experimentelle Orthopädie und Arthroserforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar erhalten. Damit wurde die Christa Huberti Stiftungsprofessur, die über 5 Jahre von der Deutschen Arthroserhilfe getragen worden war, von der Universität des Saarlandes übernommen.



Dr. Heiko Spank hat zum 01.01.2015 die Position des Ärztlichen Direktors und Chefarztes an der Klinik für Orthopädie am Marienstift Arnstadt, Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena übernommen. Davor war er stellvertretender Klinikdirektor der Orthopädischen Universitätsklinik Greifswald.



Prof. Dr. Tobias Renkawitz, leitender Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg am Asklepios Klinikum Bad Abbach wurde von der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg zum außerplanmäßigen Professor berufen. Prof. Dr. Renkawitz leitet die Sektion „Patientenindividuelle Endoprothetik“ und erhielt 2008 vom Bundesforschungsministerium den „Preis für innovative Medizintechnik“.



Foto: Uniklinik Halle

PD Dr. Anke Steinmetz, Department für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale) hat sich mit der Arbeit über „Instrumentalspiel – assoziierte muskuloskelettale Schmerzsyndrome bei professionellen Orchestermusikern“ habilitiert; die erstmalig vergebene *venia legendi* für den Fachbereich Konservative Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin.



Foto: Uniklinik Halle

PD Dr. Marc Röllinghoff hat mit Wirkung zum 01.12.2014 die chefarztliche Leitung für das Department Wirbelsäule an der Fachklinik Themistocles Gluck in Rathingen übernommen. Zuletzt war er als Oberarzt im Department für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Halle (Saale) tätig.



Prof. Dr. Johannes Sturm wurde am 9. Dezember 2014 von der Mitgliederversammlung des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) erneut in den DVR-Vorstand gewählt. Als Vorstandsmitglied der DGU und Geschäftsführer der AUC-Akademie der Unfallchirurgie GmbH vertritt er beim DVR die Interessen der Unfallchirurgen.



Prof. Dr. Michael Schnabel, ehemaliger Chefarzt am Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach, hat zum 01.10.2014 offiziell die Leitung der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulentherapie am Franziskus-Hospital in Bielefeld übernommen.



Dr. Thilo Sydow hat zum 1.1.2015 die Position des Chefarztes der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie am Berliner Krankenhaus Hedwigshöhe übernommen. Er wechselte vom Jüdischen Krankenhaus Berlin, wo er als Oberarzt tätig war.

Wir gratulieren ...



Zum 80. Geburtstag

... Prof. Dr. Maurice Arcq, Aachen
... Dr. Paul Dann, Düsseldorf
... Prof. Dr. Lutz Jani, Riehen
... MR Prof. h. c. Dr. Horst Hackstock, St. Pölten
... Dr. Hans-Georg Kasperek, Hanau
... Dr. Gisbert Ludwig Metzger, Marsberg
... Dr. Wolfgang Nowak, Berlin
... Dr. Erich Pollok, Gera
... Prof. Dr. Elisabeth Rautenberg, Berlin
... Prof. Dr. Achim Reichelt, Leipzig
... Doris Reimer, Weinsberg
... Dr. Jürgen Sellmann, Mönchengladbach
... Dr. Renate Tomaschewski, Bellheim
... Prof. Dr. Wilfried Vogel, Würselen
... MR Dr. Erich Zimmermann, Cottbus
... Herr MR Dr.med. Erich Zimmermann, Cottbus

Zum 85. Geburtstag

... Prof. Dr. René Baumgartner, Zumikon / Schweiz
... Prof. Dr. Walter Dürr, Urbar
... Prof. Dr. Gustav Heinz Engelhardt, Wuppertal
... Dr. Radu Ghimicescu, Ottersberg
... Dr. Egon Hamm, Schwäbisch Gmünd
... Prof. Dr. Detlef von Torklus, Hamburg
... Dr. Karl-Albert Wörner, Heuchelheim

Zum 90. Geburtstag:

... Prof. Dr. Carl Crasselt, Dresden
... Prof. Dr. Dr. h. c. Hermann Dietz, Hannover
... Prof. Dr. Hans-José Hernandez-Richter, Garmisch-Partenkirchen
... Prof. Dr. Wildor Hollmann, Brüggen
... Dr. Wolfgang Jaschke, Rotenburg a. d. Fulda

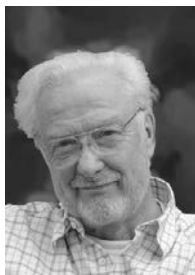
Zum 95. Geburtstag

... Prof. Dr. Hans Georg Fassbender, Mainz
... Dr. Karl-Heinz Heuer, Hamburg

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!

Nachruf Dr. Jürgen Eltze, 1931-2014



Mit Trauer nehmen wir Abschied von einem bekannten, prägenden und sehr lieben Kollegen. Im Alter von 83 Jahren verstarb eine prägende ärztliche Figur in der deutschen Orthopädienschuhtechnik, Dr. Jürgen

Eltze aus Köln. Wer kannte ihn nicht, immer gut gelaunt, humorvoll und bedächtig, in der Sache aber zielstrebig und unverrückbar. Jürgen Eltze hat so zahllose Kongresse und Symposien mit seinem reichen Erfahrungsschatz in der Orthopädiertechnik bereichert.

Jürgen Eltze stammte aus einer Mediziner-Familie und wurde am 1.10.1931 in Duisburg geboren. Nach seinem Medizinstudium an mehreren Universitäten und dem Erhalt der Approbation 1962 startete er seine berufliche Laufbahn in der Gerichtsmedizin in Köln, gefolgt von der BG Klinik Bergmannsheil in Bochum 1965 bis 1971 absolvierte er seine orthopädische Weiterbildung bei den Professoren Hackenbroch und Imhäuser in Köln. Bereits 1967 wurde er Mitglied im Berufsverband Orthopädie.

Im April 1971 erfolgte die Niederlassung in eigener Praxis in Köln. In der Folgezeit war Jürgen Eltze berufspolitisch sehr aktiv in der Kassenärztlichen Vereinigung, der Röntgenkommission, in der Vertreterversammlung Nordrhein (insgesamt drei Wahlperioden) und dem Berufsverband der Orthopäden (BVO). Mehr als 15 Jahre arbeitete er im Ausschuss des BVO für Technische Orthopädie und Physikalische Therapie mit.

Herausragend war sein Engagement für das Orthopädienschuhtechnik-Handwerk und die interdisziplinäre Kooperation. Er hielt regelmäßig Fortbildungsveranstal-

tungen ab und wurde 1981 als Ehrenmeister der Orthopädienschuhmacherinnung Köln ausgezeichnet. Er unterrichtete über 15 Jahre in der Meisterschule in München, über Jahre leitete er als Vorsitzender des Meisterprüfungsausschusses der Meisterschule in Düsseldorf die dortigen Prüfungen. Ebenso bildete er orthopädische Fachkollegen in der Orthopädienschuhtechnik aus. Mit seinen Fortbildungen an den DGOOC-Kongressen und den Süddeutschen Orthopädiekongress war er nicht wegzudenken.

Mit seinen Schriften zur Orthopädienschuhtechnik: „Die Verordnung orthopädischer Zurichtung am Konfektionsschuh“ und „Die Verordnung orthopädischer Einlagen“ hat Dr. Eltze Standards gesetzt. Aufgrund dieser hohen Affinität zur Orthopädienschuhtechnik wurde Dr. Eltze 1993 in den Beratungsausschuss für das Orthopädienschuhmacherhandwerk berufen und übernahm als Nachfolger von Prof. Dr. Sperling auch dessen Vorsitz. Er übte diese Funktion bis 2007 sehr erfolgreich und immer mit dem notwendigen Augenmaß aus, hat aber auch mit Kritik nicht gespart und ließ sich vor keinen Karren spannen. Gleichzeitig war er langjähriger Vorsitzender der Sektion Orthopädienschuhtechnik der DGOT, bevor diese mit der Sektion Orthopädiertechnik zur Sektion 11 der DGOOC verschmolzen wurde.

Neben der Orthopädienschuhtechnik schlug das Herz von Jürgen Eltze für den Behindertensport. Er war langjähriger Landesarzt des Behindertensportverbandes Nordrhein-Westfalen und Mitglied des medizinischen Ausschusses im Deutschen Behindertensportverband. Durch das hohe Wissen in diesem Bereich war er prädestiniert, den BVO-Arbeitskreis Rehabilitations- und Behindertensport ab 1975 zu leiten. Er brachte dieses Themengebiet an beiden DGOT-Kongressen in Münster und München durch vollbesetzte und sehr beachtenswerte öffentliche Arbeitssit-

zungen in den Focus der Orthopädie. Im Bereich Rehabilitationssport gestaltete Dr. Eltze viele Fortbildungen, wie z.B. die Sportwochen auf Langeoog. Für das Therapeutische Reiten erarbeitete er wesentliche Kriterien der Indikation sowie therapeutischer Ansätze.

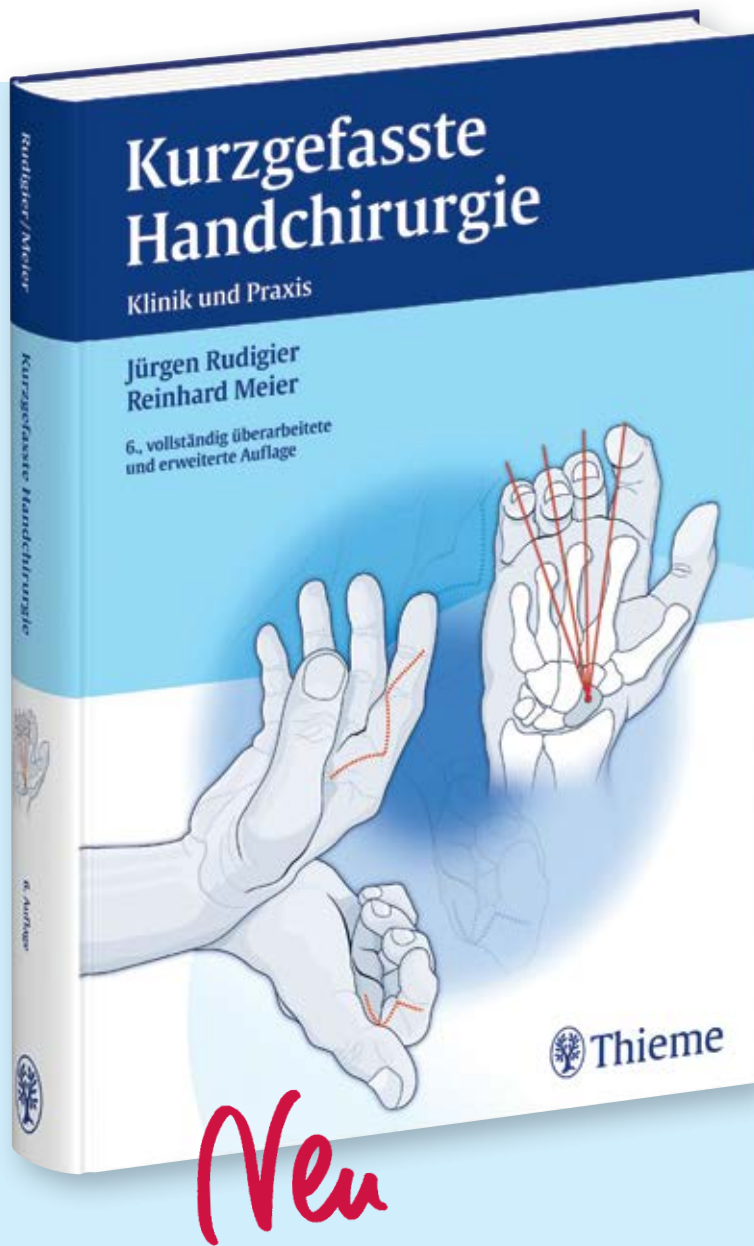
Jürgen Eltze war Autor vieler Publikationen, Zeitschriftenbeiträgen, Referaten und Referent bei zahlreichen Fortbildungen und Seminaren. Er war auch nach seiner universitären Zeit sehr aktiv und immer ansprechbar, um die Orthopädie in Deutschland insbesondere in den beschriebenen Gebieten voranzutreiben. Nicht zuletzt war er langjähriges Mitglied der Fachzeitschrift „Orthopädienschuhtechnik“.

Für seine Verdienste wurde er 1996 mit der Hubert-Waldmann-Plakette, der höchsten Auszeichnung des BVO, und 2007 mit der Hohmann Plakette der DGOOC geehrt.

Neben all diesen Aktivitäten hatte Jürgen Eltze noch Zeit für seine Familie und seine geliebte Gattin, sowie den von ihm so geliebten Karneval, dem er bis zum Schluss als langjähriges Mitglied einer der Traditionsvereine seiner Heimatstadt Köln treu blieb. Einmal erwähnte er: „Wenn ich heute die Vergangenheit überdenke, so frage ich mich, wie so viel Zeit neben der Praxistätigkeit aufgebracht werden konnte. Dieses habe ich der Mitarbeit und dem Verständnis meiner Ehefrau Dietlinde und der Toleranz meiner drei Töchter zu verdanken.“ Für sein unermüdliches Wirken für die Orthopädie gebührt Dr. Eltze unser aller Dank. Unser Fach und die deutsche Orthopädienschuhtechnik haben einen großen Verlust zu verschmerzen.

*Dr. Hartmut Stinus,
Prof. Dr. Rene Baumgartner,
Prof. Dr. Bernhard Greitemann*

Der ideale Einstieg!



Die Neuauflage des Standardwerks vermittelt das Grundlagenwissen der Handchirurgie und liefert Informationen zu bewährten OP-Standards und wesentlichen Neuentwicklungen für den praktischen Arbeitsalltag.

Die operativen Möglichkeiten und Vorgehensweisen werden instruktiv und leicht praktikabel dargestellt und Verfahren, die in der Praxis am besten zu handhaben sind, besonders hervorgehoben.

Kurzgefasste Handchirurgie Rudigier/Meier

2014. 6., vollst. überarb. u. erw. A.
464 S., 895 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 126426 8

Einführungspreis bis 17.12.2014:
ca. 129,99 € [D]

ca. 133,70 € [A] / ca. 182,00 CHF

danach ca. 149,99 € [D]
ca. 154,20 € [A] / ca. 210,00 CHF

14CE28

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister Stuttgart, HRA 3499, p.l.G.; Dr. A. Hauff.

Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 0711/8931-900 📠 Faxbestellung: 0711/8931-901 @ Kundenservice @thieme.de 🌐 www.thieme.de ✉ Georg Thieme Verlag KG Rüdigerstr. 14 70469 Stuttgart

 **Thieme**



Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband
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



Blick aus der Geschäftsstelle

BVOU – wozu?



Dr. Axel Sckell

Warum sich ein Beitritt zum BVOU gerade für junge Ärztinnen und Ärzte lohnt. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. ist die berufspolitische Vertretung für seine Mitglieder im orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgebiet. Er hat den Auftrag, die beruflichen Interessen seiner Mitglieder durchzusetzen unter der Prämisse, dabei gleichzeitig Vorteile für Patienten und das Gemeinwohl im Auge zu behalten.

Besonders für junge Ärztinnen und Ärzte

Das Beste und Wichtigste zuerst: unsere Geschäftsstelle ist der Motor und die Seele des BVOU. Egal welche Fragen, Probleme oder Sorgen Sie haben – es wird Ihnen von den Ansprechpartnern der Geschäftsstelle persönlich, fachkompetent und umgehend geholfen.

Niemand sollte sich scheuen die Geschäftsstelle zu kontaktieren. Für die meisten Anfragen werden individuell und sofort hilfreiche und korrekte Lösun-

gen geboten. In komplexeren Fällen ist immer bekannt, welche Personen oder Institutionen bzw. Organisationen konkret weiterhelfen können. Grundsätzlich wird jede Anfrage ernst genommen und entsprechend seriös bearbeitet. Darüber hinaus verstehen sich die circa 7.000 Mitglieder des BVOU als große Familie, in der man sich selbstverständlich gegenseitig unterstützt und gleichzeitig immer auch nach außen offen ist. Konsequenter Weise wurden die für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie bedeutsamen Geschäftsstellen der Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften unter einem gemeinsamen Dach eingerichtet. Diese räumliche Nähe hat den Vorteil, auf inhaltlich unterschiedliche Kernkompetenzen schneller und effizienter zugreifen zu können, da die Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Geschäftsstellen so viel ökonomischer zu bewerkstelligen ist.

Gerade junge Kolleginnen und Kollegen können schnell feststellen, wie vorteil-

haft es ist, als Mitglied des BVOU in ein schlagkräftiges und kompetentes Netzwerk eingebunden zu sein. Unter dem Motto „Geben und Nehmen“ wird der engagierte medizinische Nachwuchs aufgefordert, das hervorragende Mentoring durch erfahrene Fachkollegen in Orthopädie und Unfallchirurgie einzufordern und davon zu profitieren.

Bereits Studierende der Medizin können sich beispielsweise durch Nutzung des vorselektierten Famulaturenpools auf aus Sicht des BVOU besonders empfehlenswerte Famulaturstellen für unser Fachgebiet bewerben.

Um auf die speziellen Belange von Assistenzärztinnen und -ärzten gezielter und effizienter eingehen zu können und um dem orthopädischen und unfallchirurgischen Nachwuchs innerhalb des BVOU ein stärkeres Gewicht zu verleihen, wurde mit der „Vertreterin der Weiterbildungsassistenten“ eigens eine neue Position im Gesamtvorstand des BVOU ge-

schaffen (Stand 2015): Tanja Obermeier, Assistenzärztin im Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig).

Durch die regelmäßig stattfindenden Sitzungen des Gesamtvorstandes ist sichergestellt, dass einerseits der „Nachwuchs“ von allen relevanten Entscheidungen und Entwicklungen im BVOU aus erster Hand informiert werden kann und andererseits selbst entsprechend repräsentiert wird, um sich mit eigenen Vorstellungen und Wünschen aktiv inhaltlich einbringen zu können.

Orthofit

Grundsätzlich bietet der BVOU seinen Mitgliedern vielfältige Möglichkeiten, sich aktiv für unser Fachgebiet zu engagieren. Als besonderes Highlight sei beispielsweise die vom BVOU organisierte und finanzierte, in der Aktionswoche vom 17. bis 21.11.2014 unter der Schirmherrschaft unseres Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe, bundesweit durchgeführte, „Aktion Orthofit“ genannt. Diese Aktion war für alle Beteiligten ein Riesenerfolg. In der Bevölkerung trug sie in hohem Maße zu einer Steigerung des Ansehens unseres Fachgebietes bei. Auf Grund der hohen Resonanz vor allem im Bereich lokaler Medien hatte sie außerdem den erfreulichen Nebeneffekt, den regionalen Bekanntheitsgrad der durchführenden Abteilungen verschiedenster Kliniken oder Praxen im positiven Sinne erheblich zu steigern. Gerade jüngeren Mitgliedern des BVOU eröffnete sich durch aktive Teilnahme an der Aktion die Möglichkeit, das Ansehen innerhalb der eigenen klinischen Einrichtung zu festigen. An dieser Stelle sei nochmals auf den unschätzbaren Wert der eigenen Geschäftsstelle sowohl im Vorfeld als auch während der Aktion selbst hingewiesen. Jeder Zeit war Verlass auf per-

sönliche Betreuung, sei es bei Fragen zum Ablauf der Aktion, sei es im Rahmen der Versendung des umfangreichen Materials zur Aktion etc.

Versicherungsleistungen

Neben diversen exklusiven Versicherungsleistungen in Kooperation mit einer Versicherungs-Gruppe ist insbesondere für jüngere Kolleginnen und Kollegen eine besonders attraktive Serviceleistung des BVOU die seit vergangenem Jahr neu eingeführte Ermöglichung eines kostenlosen Eintritts zum jährlich in Berlin stattfindenden DKOU. Somit können Mitglieder ohne zusätzlichen finanziellen Aufwand vom Besuch des für unser Fachgebiet im deutsch-sprachigen Raum wohl wichtigsten Kongresses profitieren.

Um auch für die Zukunft eine bestens vernetzte und einflussreiche Vertretung unseres Fachgebietes Orthopädie und Unfallchirurgie zu sichern, ist es im Interesse aller aktuellen Mitglieder, für den BVOU möglichst viele neue Mitglieder zu gewinnen. Neben aktiver direkter Werbung könnte ein kleiner Beitrag hierzu sein, bereits gelesene Ausgaben der OUMN an Orten, wie beispielsweise Besprechungs- oder Seminarräume in Kliniken, zu hinterlegen, an denen auch potentielle Neumitglieder die Möglichkeit haben, sich durch Lesen der entsprechenden Ausgaben von den Vorteilen einer Mitgliedschaft überzeugen zu lassen.



Dr. Axel Sckell
Mitglied im
Gesamtvorstand
Vertreter der Oberärzte

Geschäftsstelle – die „Seele“ des BVOU:

Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin

Erreichbarkeit:

rund um die Uhr:

Email: bvou@bvou.net

Fax: 030 / 797 444-45

werktags: 9:00 – 16:00h

(Freitags. bis 13:00h)

Telefon 030 / 797 444-44

www.bvou.net

Alle Geschäftsstellen unter einem Dach vereint:

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Vereinigung leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VLOU)

Versicherungsleistungen der Funk-Gruppe (Beispiele)

Praxisvertreter-Haftpflicht-Versicherung für Vertretungstätigkeiten (in der Mitgliedschaft bereits enthalten)

Berufs-Rechtsschutz-Versicherung als Gruppenvertrag (in der Mitgliedschaft bereits enthalten)

Sonderkonditionen für viele weitere Versicherungsleistungen

Weiterführende Informationen unter:

Funk-Hospital Versicherungsmakler GmbH

Funk Ärzte Service

Valentinskamp 20

20354 Hamburg

Telefon: 040 / 35914-494

Email: o.zoellner@funk-gruppe.de

Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Olga Zöllner



Ausgangslage

Die Berufs-Haftpflicht bildet den Hauptpfeiler im Versicherungsprogramm eines Arztes. Wegen stetig steigender Regulierungskosten für Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche ziehen sich aber immer mehr Risikoträger vollständig aus dem Heilwesen-Haftpflicht-Geschäft zurück.

Ihr Mehrwert

- Ausreichende Absicherung mit einer pauschalen Deckungssumme von 10 Mio. Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Prämien- und Planungssicherheit für drei Jahre
- Prämienneutrale Mitversicherung eines angestellten Facharztes gleicher Fachrichtung
- Beitragsneutrale Mitversicherung der Nachhaftungs-Versicherung für die ersten fünf Jahre nach der Berufsaufgabe
- Weitreichende Regelung zum Off-Label-Use

Andere kündigen bestehende Versicherungsverträge oft zum Ablaufdatum, selbst wenn gar keine Haftpflichtschäden entstanden sind. Die Zeichnung neuer Haftpflichtrisiken ist gegenwärtig für Orthopäden/Orthopäden und Unfallchirurgen nur noch zu sehr hohen Prämien möglich, beziehungsweise aufgrund der Annahme-Voraussetzungen der Versicherer gar nicht mehr realisierbar.

Maßgeschneiderte Lösungen

- Subsidiäre beitragsneutrale Mitversicherung von Tätigkeiten gemäß § 115 a SGB V
- Als konservativ gelten auch z.B. PRT, Chirotherapie sowie Eingriffe/Injektionen innerhalb des Spinalkanals (z.B. nach Racz)
- Sonderkonditionen für Honorarärzte, gestaffelt nach dem zeitlichen Umfang der Tätigkeit

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. bietet seinen Mitgliedern in Zusammenarbeit mit Funk einen Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung mit besonders günstigen Konditionen. Von diesen exklusiven Bedingungen machen bereits viele Verbandsmitglieder Gebrauch. Der Rahmenvertrag zeichnet sich durch hervorragende Konditionen, ein exzellentes Preis-Leistungs-Verhältnis und große Flexibilität bei der Vertragsgestaltung aus.

Unsere Dienstleistungen

- Fachkompetente individuelle Betreuung
- Abstimmung des maßgeschneiderten Exklusivproduktes auf Ihre Bedürfnisse
- Weiterentwicklung der Rahmenkonditionen und kontinuierliche Beratung
- Schnelle und umfassende Unterstützung und Betreuung im Schadenfall

Versicherungsberatung /Angebots-erstellung

Für eine ausführliche Versicherungsberatung stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen des Funk Ärzte Service gern zu Verfügung. Fordern Sie ein unverbindliches Versicherungsangebot zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung an, in dem Sie die im BVOUNET eingestellte Angebotsanforderung ausgefüllt zurücksenden.

SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER



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

Kontakt:

Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH
 Funk Ärzte Service
 Olga Zöllner
 Valentinskamp 20
 20354 Hamburg
 Tel.: (040) 35914-285
 fax +49 40 3591473-494
 e-mail o.zoellner@funk-gruppe.de



Alljährlich laden wir unsere Kollegen und Mitglieder im November zur Jahrestagung ein, in diesem Jahr wieder ins Hotel Travel Charme Strandidyll in Heringsdorf.

Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Ulf Schneider, Matthias Träger

Alljährlich laden wir unsere Kollegen und Mitglieder im November zur Jahrestagung ein, in diesem Jahr wieder ins Hotel Travel Charme Strandidyll in Heringsdorf.

Auch in diesem Jahr eröffnete ein zertifiziertes manualtherapeutisches Übungseminar in der benachbarten Reha-Klinik am Freitagnachmittag das gemeinsame BVOU-Tagungswochenende. Unter bewährter (An-)Leitung von Dr. Bordel (Rostock) festigten bzw. erlernten mehr als 20 Teilnehmer myofasziale Behandlungstechniken vor allem für die Lenden-Becken-Hüft-Region und die untere Extremität, insbesondere Faszientechniken nach Typaldos.

Ein intensiver, rein an der täglichen Praxis orientierter Kurs mit vielen Aha-Effekten beim gegenseitigen Beüben. Am Abend fand dann ein Get-together im Hotel mit den eintreffenden Kollegen im dezentralen, aber beliebten Tagungsort statt.



Pausengespräche

Vier Jahres-Rückblick

Im Rahmen der am Sonnabend durchgeführten BVOU-Jahrestagung unseres Landesverbandes stand die Wahl eines neuen Vorstandes turnusmäßig nach vier Jahren an.

Entsprechend begann das Hauptprogramm mit einem Rückblick bzw. Bericht des Landesvorsitzenden Dr. Schneider (Anklam) zur „BVOU-Tätigkeit in Bund und Land“ in den letzten vier Jahren. Hier ging es u.a. um die Vorbereitungen und den erfolgreicher Abschluss eines Strukturvertrages zur Osteoporose-Behandlung von Hochrisiko-Patienten einer großen Ersatzkasse, um die Abwehr von (Massen-!) Regressen in unserer Fachgruppe im sogenannten Plausibilitätsverfahren der KV durch gemeinsame, fachspezifische Lösungen von BVOU und KV Mecklenburg-Vorpommern, um die Stärkung konservativer Inhalte des Fachgebietes u.a. auch durch Gründung eines Qualitätsnetzes Rheumatologie d. BVOU Mecklenburg-Vorpommern.

BVOU-Urgesteine

Vor der Vorstandswahl wurden zunächst drei „BVOU-Urgesteine“ herzlichst von den Mitgliedern und dem Landesvorsitzenden verabschiedet:

Die Dres. Grigo (Schwerin), Krieger (Rostock) und Jungnickel (Stralsund) waren jeweils mehr als 20 (!) Jahre im Landesvorstand tätig – ein herzliches Danke, viel Respekt, Präsente und Blumen für mehr



Alter Vorstand ...



neuer Vorstand

als 60 Jahre „BVOU-Leben“ gab es von den Mitgliedern (siehe Foto rechts oben)!

Die Wahl des neuen Vorstandes erfolgte mit Wahlergebnissen, die alle schmunzelnd an Zeiten vor dem Mauerfall erinnern ließ: Zu neuen Bezirksvorsitzenden wurden gewählt: Dr. Höchel (Greifswald) für Vorpommern und Dr. Graumüller (Rostock) für Mecklenburg. Neuer stellvertretender BVOU-Landesvorsitzender ist Dr. Träger (Neubrandenburg), alter u. neuer Vorsitzender bleibt Dr. Schneider (Anklam) (siehe Foto rechts unten).

Dem Wahlprocedere schloss sich nahtlos ein umfangreicher berufspolitischer Vortrag an:

Herr Rambow, seit Februar 2014 Vorstandsvorsitzender der KV Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, war unserer Einladung gefolgt und gab einen sehr ausführlichen

Rück- und Ausblick zur kassenärztlichen Berufs- und Honorarpolitik in Bund und Land.

Breiten Raum nahm dabei der für Fachärzte in vielen Punkten unselige Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum sogenannten Versorgungsstärkungsgesetz ein. Herr Rambow erläuterte u. a. die aktuelle KVMV-Strategie im anstehenden Gesetzgebungsverfahren. Er schaffte es auch durch seine strukturierte Vortragsart, dass die Tagungsteilnehmer die für Mediziner gelegentlich nebulöse Arithmetik der GKV-Honorargenerierung und -verteilung nachvollziehen konnten!

Neuroorthopädie

Nach kurzem Imbiss und Besuch der Industrieausstellung referierte Frau OA Dr. Baumgart (Berlin) zu Behandlungsstrategien in der Neuroorthopädie. Die infantile Zerebralparese stand dabei im Mittelpunkt mit ihren am Handicap-Ausmass orientierten Therapiezielen und den Möglichkeiten und Grenzen der dazu zur Verfügung stehenden medikamentösen (einschl. Botulinumtoxin), Hilfsmittel- und operativen Versorgung. Ein kurzweiliger, informativer Vortrag mit klaren Aussagen für den Arzt im Praxisalltag für diese jungen, behandlungsintensiveren Patienten und deren Eltern.

Das Nachmittagsprogramm hatte es dann in sich – es folgten Up-dates, Übersichtsvorträge von jeweils 45 Minuten, vor dem vollen Auditorium: Zunächst informierte Chefarzt Dr. Biedermann (Schwerin) umfangreich über die operativen Behandlungsstrategien bei Rotatorenmanschettenläsionen am Schultergelenk, strukturiert vom anatomischen Schädigungsgrad bis zur Differenzialindikation des konservativen versus des operativen Herangehens, schließlich auch zum aktuellen Stand der anzuwendenden Op-Techniken. Eine strukturierte Anleitung zum Festlegen des individuellen Behandlungsansatzes bei einem häufigen Problem des ambulant und des stationär tätigen O&U!

Privatliquidation

Anschließend hielt Frau Dr. Leimer-Lipke (Berlin) ein erfrischendes Referat zur Privatliquidation von Leistungen im Fach O&U. Sie steht als Ärztin einem medizinischen Abrechnungsinstitut vor, versteht daher auch die Mühen und teilweise Unkenntnis der Kollegen bei Privatliquidationen, gab erste gute Hilfestellungen. Sie wird sicher noch einmal eingeladen, da es galt, viele Fragen in sehr begrenzter Zeit zu beantworten. Nach kurzer Kaffeepause gab es ein kurzweiliges Up-date zur radiologischen Diagnostik von Tumor und Metastase am Skelett durch OA Dr. Langner (Greifswald). Die Bedeutung der Basis-Röntgendiagnostik als auch die Indikationen für den Einsatz spezieller apparativer Diagnostik wurden im „bildstarken“ Vortrag herausgearbeitet. Auch interessante Fallstricke und mehrere Kasuistiken schärften den radiologischen Blick der anwesenden Kollegen.

Last but not least war erneut Chefarzt Prof. Krabbe (Wolgast) unser Gast. Über-

raschte er uns im letzten Jahr im Vortrag zur Osteoporose des Mannes mit hormonellen Aspekten des älter werdenden Mannes (auch der anwesenden), so war in diesem Jahr ein weiteres spezielles Osteoporose-Thema vorbereitet: Die arzneimittelinduzierten Osteopathien, die im Kontext zur neuen DVO-Leitlinie 2014 (zur Erkennung und Behandlung der Osteoporose) und weit darüber hinaus abgehandelt wurden. Erneut ein interessanter, umfassender Vortrag unter Einbeziehung der Zuhörer, der die O&U noch interessierter in die Medikationspläne unserer Patienten schauen lässt.

Bei der traditionellen Abendveranstaltung im festlich geschmückten Saal feierten die vom Tagungsprogramm glücklicherweise nicht völlig erschöpften Orthopäden und Unfallchirurgen gemeinsam mit den Lebenspartnern in großer Runde bei einem leckeren regionalen Büfett, bei guter DJ-Musik, bei Kollegengesprächen, bei anregenden.



Dr. Ulf Schneider,
Landesvorsitzender
des BVOU



Matthias Träger,
stellvertretender
Landesvorsitzender
BVOU



Brandenburger Orthopädentreffen

Lache, wenn es nicht zum Weinen reicht ...Die Grönemeyer-Zeilen sind für mich über die Jahre schon fast zum Zwang geworden, wenn ich über unsere Novembertreffen schreibe. Wieder einmal buntes Herbstlaub auf unserem Weg am Freitag-nachmittag, kein Regen! Marina Wolfsbruch in Rheinsberg-Kleinzerlang ist unser Ziel für das Brandenburger Orthopädentreffen am 14./15. November 2014. Die Fahrt durch tiefe Buchenwälder führt anscheinend erneut ans Ende der Welt. Ein Kollege sagt scherzhaft, es geht hierher, damit wir unsere vielen Porsche vor den Augen der Welt verstecken können ...

Sehr gute Stimmung herrscht bereits beim Eintreffen der Teilnehmer. Es sind 42 von 196 BVOU-Mitgliedern Brandenburgs. Es ist schon fast wie ein Familientreffen und wer einmal dabei war, kommt immer wieder. Das Foyer des Hotels ist mit zwei großen Leinwänden geschmückt und hier erwarten uns natürlich Weisheiten von Kurt Tucholsky.

Und sogleich geht es auch los. Ein umfang- und abwechslungsreiches Programm will absolviert werden. Zuerst wird es neurologisch. Reinhard Ehret aus Berlin bereichert unser Wissen in der Differentialdiagnose Restless-Legs-Syndrom versus Polyneuropathie. Interessant und praxisnah. Danach diskutieren wir mit Andreas Ruttloff aus dem Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam das perioperative Management unter der Therapie mit Antikoagulantien. Auch hier gibt es viele neue Aspekte zu bedenken.

Bevor dann die Orthopädinnen und Orthopäden in das kleine Schwarze oder in den Anzug schlüpfen, wird erst einmal in der Sauna gemeinschaftlich der Stress aus den Knochen geschwitzt oder es wird

kurz am Wasser spazieren gegangen. Unter den Leinwand-Sprüchen von Tucholsky werden wir dann beim Abendessen von einem Showkellner bedient und unterhalten. Dieser kennt sich mit unseren aktuellen Problemen und Sorgen erstaunlich gut aus und mit seiner Interpretation werden sie auf einmal viel, viel kleiner. Es wird gegessen, getrunken, geschwätzt, gelacht und getanzt bis weit in den neuen Tag hinein. Dass wir uns immer die Schuhe zertanzen, schrieb ich auch schon öfter.

Knieendoprothese

Trotzdem sitzen alle pünktlich um neun Uhr früh wieder auf ihren Plätzen und hören einen sehr lebendigen und praxisrelevanten Vortrag von Robert Krause aus dem Oberlinhaus über die schmerzhafteste Knieendoprothese. Es bleibt ein weites Feld! Wolfram Linz aus Lübbenau stellt überaus interessant und menschlich mitfühlend zwei besondere Fälle aus seiner Praxis vor und wir alle werden motiviert, für das nächste Treffen Ähnliches vorzubereiten. Wir haben ja alle einen riesigen Fundus. Ich habe es mir auf meine persönliche Merkliste gesetzt.

Danach empfangen wir Besuch aus Darmstadt. Der Kollege Dirk Danneberg stellt sein zertifiziertes Arthrozentrum vor. Wir wissen alle, dass sich hessische und brandenburgische Verhältnisse nicht vergleichen lassen, nehmen seine Anregungen aber interessiert auf.

Vor ca. 20 Jahren ging es vermeintlich darum, wie wir die Millionen verdienen könnten, nun stehen „Erfolgsstrategien für unsere Ruhestandsplanung“ auf dem Programm. Herr Stoye und Herr Ziebritzki von der apo-Bank rechnen uns viele schöne Beispiele vor. Ich persönlich hab

immer nur gedacht, was hab ich bloß falsch gemacht ...

Gesichter aus dem BVOU

Es stellen sich Frau Sibylle Reichelt und Frau Margit Henniger aus der Geschäftsstelle des Verbandes in der Straße des 17. Juni in Berlin vor. Nun kennen wir die Gesichter zu den Mails des BVOU! Die abschließende Versammlung des Landesverbandes ist dieses Mal ohne kochende Emotionen. Wir sind froh, dass Andreas Gassen als Orthopäde nun an der Spitze der Bundes-KV steht. Dass sich dadurch die Misere im konservativen Bereich unseres Fachgebietes kurzfristig ändern lässt, glaubt jedoch niemand von uns. Auf alle Fälle ist der Herr mit der Fliege nicht Gesundheitsminister geworden, was wir im vorigen Jahr noch befürchtet haben. Alles andere bleibt wie immer abzuwarten und wir fühlen uns genauso ohnmächtig wie früher. Das Ehepaar Leunert hat wieder mit viel Liebe und Enthusiasmus auch dieses Jahrestreffen vorbereitet und koordiniert.

Wie schnell wird es wieder November. Wir freuen uns auf das nächste Treffen!

Und zum Schluss lasse ich Herbert wieder singen (Album Mensch 2002): Und bist du innerlich längst ausgewandert, lache, wenn's nicht zum Weinen reicht.



Dr. Petra Höfert,
Potsdam



Neu! Die Fachcommunity für Onkologie

Auf dem aktuellen Stand zu sein, war noch nie so einfach: In unserem neuen kostenfreien Online-Portal rund um die Onkologie finden Sie tagesaktuelle Neuigkeiten aus Wissenschaft und Forschung passend zu Ihrem Interessensgebiet. Profitieren Sie außerdem von unserem umfangreichen Serviceangebot wie kurz und knapp aufbereiteten Leitlinien, Zytostatika-Steckbriefen, Rote-Hand-Briefen – alles auf einen Blick.

Machen Sie sich selbst ein Bild und registrieren Sie sich kostenfrei unter

www.thieme.de/onko-community



Grafik: Vorderseite unter Verwendung von:
© Fotoliaender – Fotolia.de © abijah15747 – Fotolia.de

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Dr. med. Caroline **Brill** · Senden
 Dr. med. Hans **Goost** · Wermelskirchen
 Prof. Dr. med. Martin **Jung** · München
 Mustafa **Karaca** Villingen-Schwenningen
 Dr. med. Mark **Kettler** · München

Mirko **Kuhn** Gelsenkirchen
 Prof. Dr. med. Andreas A. **Kurth** · Ratingen
 Dr. med. Jürgen **Luhnau** · Berlin
 Petra **Michel-Leutheuser** · Gießen
 Dr. med. Stephan **Noe** · München

Dr. med. Mark **Salzmann** · München
 Dr. med. Uwe **Schlevoigt** · Nidda
 Dr. med. Heiko **Spank** · Arnstadt
 Dr. med. Christian **Urschel** · Bamberg
 Ulrich **Windorf** · Köln

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Baden-Württemberg

Bezirk, Freiburg: Dr. med. **Dieter Veith** aus Emmendingen wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt. Als neuer Stellvertreter wurde Dr. med. **Bodo Kretschmann** aus Müllheim gewählt, er ist der Nachfolger von Dr. med. **Bernd Friedrich** aus Freiburg.

Thüringen

Landeswahlen. Dr. med. **Jens Krannich** aus Friedrichsroda wurde wieder zum

Landesvorsitzenden gewählt, sein Stellvertreter bleibt Dr. med. **Albrecht Straub** aus Eisenberg.

Bezirk Ost-Thüringen. Dr. med. **Ole Goßerau** aus Zeulenroda-Triebes wurde zum Bezirksvorsitzenden gewählt. Er ist Nachfolger von Dr. med. **Konstanze Puschmann** aus Stadtroda.

Bezirk Süd-Thüringen. Dr. med. **Sabine Krannich** aus Suhl wurde zur Bezirksvorsitzenden gewählt und ist Nachfolgerin von Dr. med. **Lutz Telser** aus Steinach.

Bezirk Nord-Thüringen. Dr. med. Joachim Zink aus Jena wurde zum Bezirksvorsitzenden gewählt. Er tritt die Nachfolge von Dipl.-Med. **Jens Adelmeyer** aus Sondershausen an.

Bezirk Mitte-Thüringen. Dr. med. **Christian Geßner** aus Erfurt bleibt Bezirksvorsitzender.

Wechsel in der ALKOU-Spitze

Berlin: In der Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und Unfallchirurgen (ALKOU) am 31.10.2014 trat Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt (Bad Krozingen) als erster Vorsitzender zurück. Er hatte die Arbeitsgemeinschaft 9 Jahre gemeinsam mit seinen Vorstandskollegen geleitet und wurde am selben Tag zum DKOU-Kongresspräsidenten 2015 des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ernannt.

Auf diese sehr ehrenvolle Aufgabe werde er sich im kommenden Jahr fokussieren, seine Projekt- und Verbandsarbeit innerhalb der ALKOU (u.a. die Kooperation mit der DRV-Bund bei der Gestaltung gemeinsamer wissenschaftlicher Sitzungen) aber auch fortführen.

Um die Präsenz der konservativen Köpfe innerhalb von O und U zu steigern, war es naheliegend, mit Dr. med. Stefan Middeldorf (Bad Staffelstein) den bisherigen

stellvertretenden als neuen ALKOU-Vorsitzenden vorzuschlagen. Er wurde einstimmig von den Mitgliedern gewählt, ebenso wurde Dr. Hesselschwerdt als 2. Vorsitzender bestätigt.

Im ALKOU-Vorstand sind weiterhin Dr. med. Sven Schemel (Markgröningen) und Dr. Tobias Riedel (München) als Schriftführer sowie Prof. Dr. med. Bernd Greitemann (Bad Rothenfelde) als Delegierter im VLOU-Gesamtvorstand tätig.

Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder

Herr Dr. med. Eberhard **Bergmann** · Braunschweig
 Herr Wilhelm Georg **Coßmann** · Bad Oeynhausen
 Herr Prof. Dr. Rolf **Dederich** · Bonn
 Herr Thomas **Dilger** · Göppingen
 Herr Dr. Rolf **Droste** · Stetten am kalten Markt
 Herr Dr. med. Jürgen **Eltze** · Köln
 Herr Dr. Karl **Empfenzeder** · Passau
 Herr Dr. med. Georg **Grebner** · Bad Tölz
 Herr Dipl.-Med. Gerd **Gutezeit** · Anklam
 Herr Dr. Ulrich **Haeusermann** · Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang **Heipertz** · Kelkheim

Frau Dr. Martina **Hofbauer** · Heidelberg
 Herr Dr. med. Bernd **Jacquemain** · Aachen
 Herr Dr. med. Ronald **Keck** · Westerland
 Herr Dr. med. Alexander **Kirgis** · Günzburg
 Herr Dr. med. Walter **Koch** · Darmstadt
 Herr Dr. med. Hans Georg · **Kränzlein** · Baldham
 Herr Dr. med. Herbert **Makowsky** · Bremen
 Herr Dr. med. Kuno **Meyen** · Ratzeburg
 Herr Dr. med. Reinhard **Nehls** · Eckernförde
 Herr Dr. med. Peter-Ingo **Patzner** · Brunsbüttel
 Herr Dr. med. Herbert **Philipp** · Coesfeld
 Herr Dr. med. Michael **Priboianu** · Finnentrop

Frau Dr. med. Marianne **Rudolph** · Jenaprießnitz
 Herr Dr. Wolfgang **Ruppert** · Bad Kreuznach
 Herr MR Dr. Peter **Schlewing** · Pasewalk
 Herr Dr. Wolfgang **Siegl** · Nördlingen
 Herr Dr. med. Wolfgang **Strich** · Lübeck
 Herr Dr. med. Werner **Stula** · Petersberg/Steinau
 Herr Dr. med. Jürgen A. **Wegener** · Koblenz
 Herr Dr. med. Joachim **Würfel** · München
 Herr Prof. Dr. med. Janos **Zernaviczky** · Hamburg



**14%
Rabatt**

Genug geträumt, jetzt wird erlebt! Egal ob Fallschirmspringen, Ferrari fahren, Bungee Jumping, Dinner in the Dark, Helikopter Selberfliegen – Erleben Sie den ultimativen Adrenalinkick und erfüllen sich Ihre Kindheitsträume. Wir zeigen Ihnen den Weg aus dem Alltag!



**20%
Rabatt**

Misterspex.de ist der Online-Optiker für Markenbrillen, Sonnenbrillen und Kontaktlinsen. Wählen Sie aus über 2.500 Brillen von mehr als 60 Marken wie Ray-Ban, Oakley und Prada Ihre Brille aus – natürlich mit versandkostenfreier Lieferung.



**20%
Rabatt**

Ob zum Muttertag, Geburtstag, Jahrestag oder einfach mal so – Blumen sagen mehr als 1.000 Worte und zaubern ein Lächeln in jedes Gesicht. Bereiten Sie Ihren Lieben, ob nah oder fern, eine Freude und überraschen Sie mit einem Blumengruß.



**25%
Rabatt**

Familienurlaub mit anhaltendem Erholungswert und einem umfangreichen Freizeitangebot zu bemerkenswert fairen Preisen sind die Leitideen der AHORN Hotels. Etabliert in der 3-Sterne-Superior sowie 4-Sterne Kategorie, sind die fünf AHORN Hotels in einzigartigen Destinationen und Landschaften im Erzgebirge, dem Thüringer Wald und der Uckermark gelegen.

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

Aufruf zur Benennung von Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGOU (Wahlperiode 2016 bis 2018)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die DGOU hat einen „Nichtständigen Beirat“ mit Sitz und Stimme im Gesamtvorstand. Außerdem bestimmen die nichtselbständigen Mitglieder des Nichtständigen Beirates einen Vertreter im Geschäftsführenden Vorstand.

Der Nichtständige Beirat soll insbesondere Vertretung der Nichtselbständigen sein, es können aber auch Leitende Ärzte und Niedergelassene in ihn gewählt werden.

Der Nichtständige Beirat besteht aus insgesamt sechs Mitgliedern, von denen

turnusgemäß vier Ende des Jahres ausscheiden werden. Es sind dies:

Prof. Dr. Alexander Beck, Würzburg;
Prof. Dr. Ulf Culemann, Celle;
Prof. Dr. Stefan Rammelt, Dresden, und
Dr. Richard Stange, Münster.

Die ausscheidenden Personen können dieses Jahr nicht erneut vorgeschlagen werden.

Jedes Mitglied von DGU und DGOOC ist berechtigt, dem Gesamtvorstand Vorschläge hierzu zu machen. Der Gesamtvorstand der DGOU wird aus diesen Vorschlägen eine Vorauswahl treffen, die

dann der Mitgliederversammlung zur Wahl vorgeschlagen werden wird.

Wir möchten Sie hiermit aufrufen, der DGOU-Geschäftsstelle bis zum **31.3.2015** Vorschläge hierfür schriftlich einzureichen, gerne per Mail unter office@dgou.de oder postalisch oder per Fax unter 030/340603601.

Mit freundlichem Gruß

Ihr

Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOU

WICHTIGE Beitrags- und Mitgliederinformation für 2015

Sehr geehrte DGOU-, DGOOC- und DGU-Mitglieder,

wir möchten diejenigen Mitglieder, die Anspruch auf den ermäßigten Beitrag haben, bitten, uns Ihre „Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag“ für 2015 bis spätestens **31.3.** auf beiliegendem Formular an unsere Geschäftsstelle zu senden (per FAX, Email oder Post).

Gemäß aktueller Beitragsordnung wird Studenten, Assistenzärzten, Fachärzten in nichtleitender Stellung sowie Funktionsoberärzten ein reduzierter Beitrag gewährt, der jedoch ausschließlich an die Bescheinigung gebunden ist. Erhalten wir die Bescheinigung nicht oder verspätet, wird der volle Beitrag (120,00€ bei Lastschrifteinzug und 130,00€ bei Rechnungslegung) erhoben und kann nachträglich nicht zurück erstattet werden.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, uns auf einer „Änderungsmeldung“ (Formular ebenfalls in dieser Ausgabe) Änderungen oder Ergänzungen Ihrer Daten für die Aktualisierung unserer Datenbank mitzuteilen.

Ihre Mitgliederverwaltung
DGOU/DGOOC/DGU



Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag

(Bitte unbedingt jedes Jahr bis 31.03. einreichen, ansonsten wird der normale Beitrag in Höhe von 120,00 € erhoben und kann nicht zurückerstattet werden!)

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: _____

Klinik/Praxis: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer: _____

in unserem Haus beschäftigt ist als

- Student
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- Facharzt (in nicht leitender Stellung)
- Funktionsoberarzt

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des leitenden Arztes
(NUR GÜLTIG MIT STEMPEL!)

In Klarschrift
Titel, Vorname, Name des Vorgesetzten

Einsenden an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
FAX: 030/340 60 36 01
E-Mail: mitglieder@dgou.de



Änderungsmitteilung

Um unsere Datenbank zu aktualisieren, bitten wir Sie, uns etwaige Änderungen an die Geschäftsstelle mitzuteilen.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. • Geschäftsstelle •
Straße des 17. Juni 106 – 108 • 10623 Berlin
Tel.: 030/340 60 36 00 • Fax: 030/340 60 36 01 • E-Mail: office@dgou.de

Name: _____
Vorname: _____
Titel: _____
Mitgliedsnummer: _____ Geburtsdatum: _____
Dienststellung: _____

Als Kontaktadresse verwenden: Dienstadresse Privatadresse

Dienstadresse:
Krankenhaus: _____
Klinik/Abteilung: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon (Dienst): _____ Fax (Dienst): _____
E-Mail-Adr. (Dienst): _____

Privatadresse:
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon (Privat): _____ Fax (Privat): _____
E-Mail-Adr. (Privat): _____
Handy (Privat): _____

Kontoverbindung (bei Lastschriftzug anzugeben):

Lastschrift Rechnung **(Bei Rechnungsstellung erhöht sich der jeweilige Mitgliedsbeitrag um 10,00 €!)**

IBAN: _____
BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des leitenden Arztes

AG 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen

Prof. Dr. Marcus Schiltewolf

Die Arbeitsgemeinschaft 2 „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ hat sich auf dem DKOU mit zwei Fragen beschäftigt: Mit der Klärung von Kausalitätsfragen von Verletzungen der Rotatorenmanschette durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und mit der medizinischen Notwendigkeit der Mammareduktionsplastik bei Rückenschmerzen.

Auch Ärzte des MDK müssen Kausalitätsfragen nach Unfällen klären, um zu prüfen, wer für Kosten der Behandlung, des Krankengeldes etc. zuständig ist. A. Pollok vom MDK Baden-Württemberg referierte zur Unfallursächlichkeit von Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne. Auf der ersten Stufe der Kausalitätsprüfung begründen der örtliche und der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Arbeits- bzw. Wegeunfall und der Supraspinatussehnen-Ruptur dessen Bedeutung als „*conditio sine qua non*“ für den Gesundheitsschaden.

Auf der zweiten Stufe der Kausalitätsprüfung erlaubt die sorgfältige Analyse des Unfallhergangs die Entscheidung, ob dem Arbeits-/Wegeunfall wesentliche (teil-) ursächliche Bedeutung bei der Entstehung der Supraspinatussehnen-Ruptur zukommt. Der direkte Sturz auf die Schulter ist nicht grundsätzlich ungeeignet, die Supraspinatussehne zu trennen. Die auf die Schulter einwirkenden Kraftvektoren sind zu berücksichtigen, insbesondere dann, wenn der Sturz aus einer (Rasanz-) Bewegung heraus erfolgt.

Arbeits- oder Wegeunfall

Wie der Unfall, so müssen auch die konkurrierenden Schadensursachen im Vollbeweis gesichert sein. Das kann sich im Fall bisher asymptomatischer Schadensanlagen als schwierig erweisen. Aus der wägenden Verknüpfung des Arbeits-/Wegeunfalls und der konkurrierenden Schadensursachen ergibt sich die haftungsbegründende Kausalität. Der

Unfall muss zumindest wesentliche Teilursache des Sehnerstschadens sein.

Die haftungsbegründende Kausalität liegt nicht vor, wenn der Arbeits-/Wegeunfall nicht wesentliche Schadensursache ist. Die haftungsbegründende Kausalität liegt auch dann nicht vor, wenn der degenerativen Schadensanlage die wesentliche schadensursächliche Bedeutung zukommt.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass nicht dokumentierte Befunde (z.B. drop arm-Zeichen) nicht dieselbe argumentative Kraft haben wie dokumentierte „Negativ-Befunde“, dass der „Oberarmkopf-Hochstand“ am liegenden Probanden (im MRT) in erster Linie eine radiologische Bild-Interpretation darstellt und dass der Zeitpunkt der D-Arzt-Vorstellung auch von äußeren Umständen (z.B. Bezugstätigkeit) abhängt.

Zu erheblicher Diskussion führte die Würdigung des meist nicht zu rekonstruierenden Unfallmechanismus. Letztlich darf vom Vollbeweis der Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne als Folge des versicherten Unfalls nicht abgewichen werden.

Mammareduktionsplastik

Im zweiten Referatblock ging es um die medizinische Notwendigkeit der Mammareduktionsplastik wegen Rückenschmerzen. R. Freudenstein vom MDK Baden-Württemberg und C. Rohden vom Institut für medizinische Begutachtung Köln referierten. Im Gegensatz zu Operationen an der LWS selbst prüft hier der MDK die medizinische Notwendigkeit, da das gesunde Organ der weiblichen Brust und nicht die schmerzhafteste Region operiert werden soll.

Ein einseitiges Brustgewicht bei der mitteleuropäischen Frau ab 30 g bis ca. 400 g entspricht der Normvarianz. Ein Mehrgewicht bis 600 g wird als „moderate Hypertrophie“, bis zu 1500 g je Brust wird

als „Makromastie“ bezeichnet. Bei noch höherem Brustgewicht spricht man von der „Gigantomastie“.

Aus Sicht eines MDK-Gutachters sind Rückenschmerzen – im Einklang z.B. mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – i.d.R. nicht im Rahmen eines monokausalen Modells aufzufassen. Sie unterliegen vielmehr vielfältigen psychosomatischen Zusammenhängen, sind auch bei Frauen mit kleinen Brüsten und bei Männern häufig und chronifizieren auch ohne große Brüste häufig.

Bei der Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit von Brustverkleinerungsoperationen existieren verschiedene Beurteilungsmodelle nebeneinander:

1. Orientierung an einem Schwellenwert von 500 g prospektivem Resektionsgewicht pro Seite.
2. Orientierung an einer prospektiven Verkleinerung der Brüste um 2 BH-Cup-Größen.
3. psychische Beeinträchtigung durch entstehende übergroße Brüste.
4. funktionelle Beeinträchtigungen durch therapieresistente dermatologisch/funktionelle Störungen (Intertrigo).
5. Orientierung am Modell der symptomatischen Makromastie (Leitlinie der ASPS 2011).
6. Modell des eigenständigen Krankheitswerts extrem großer Brüste (Gigantomastie).

Interpretation der Modelle

Die Modelle 1 und 2 sind gutachterlich abzulehnen, da ihnen jede wissenschaftliche Rationale fehlt und die prospektive Schätzung der zu resezierenden Gewebemenge durch Dritte nicht zuverlässig beurteilbar ist. Das juristische Kriterium der Entstellung im Modell 3 stellt hohe Anforderungen an die Auffälligkeit des Befundes, stellt jedoch auf die Beurteilung durch medizinische Laien ab und ist insofern keine legitime Gutachtenfrage. Behandlungsresistente Intertrigo im

Modell 4 kann im Einzelfall ein tragfähiger Grund sein, setzt jedoch die gutachterliche Beobachtung der Entzündungsprozesse oder zumindest entsprechender Vernarbungen voraus. Das Modell der symptomatischen Makromastie im Modell 5 stützt sich zwar auf eine Vielzahl von veröffentlichten Studien, die jedoch durchweg eine extreme Gefährdung für Ergebnisverzerrung aufweisen, da sie vorwiegend von Operateuren vorgenommen wurden. Eingangsvoraussetzung für die Probandinnen ist der bestehende Wunsch nach Brustverkleinerung und das Aufsuchen eines plastischen Chirurgen. Die Ergebnisbeurteilung wird regelmäßig anhand subjektiver Angaben der Probandinnen in Fragebögen im Wissen um den Grad der Erfüllung des Operationswunsches vorgenommen. Im Modell der durch Schmerz symptomatischen Makromastie werden Aspekte der Therapie, der ästhetischen Selbstwahrnehmung und der psychosozialen Alltagsbewältigung untrennbar ineinander verwoben. Über Schnürfurchen durch den Bürstenhalter sind keine objektiven

Befunde zu erwarten, insbesondere keine Anpassungsreaktionen der Wirbelsäule. Uneinheitlich wurde die Empfehlung zur Gewichtsreduktion bei Adipositas zwischen den Referenten gesehen. Ein über das Fachgebiet der Plastischen Chirurgie hinausreichender ärztlicher Konsens zur monokausalen Betrachtungsweise von Rückenschmerzen bei Makromastie ist nicht erkennbar. Nach alledem eignet sich auch dieses Modell aus Sicht des Vortragenden nicht zur Begutachtung, sofern es nicht mit einem Schwellenwert für die Annahme regelwidriger Brustgröße verknüpft wird. Ein solcher Schwellenwert wird in Modell 6 zu Grunde gelegt. Einen allgemein etablierten und wissenschaftlich abgesicherten Schwellenwert der Brustgröße gibt es jedoch nicht. Vor dem Hintergrund begrenzter Erkenntnismöglichkeiten erfolgt im Sinne einer Behelfslösung die Begutachtung im MDK vielfach anhand der Gigantomastie-Definition von 1500 g pro Seite. Die Berücksichtigung der individuellen Konstitution der betroffenen Frau (also Brustgewicht in

Relation zum Körpergewicht und zum Körperbau) ist damit jedoch schwierig.

Da die wissenschaftlichen Erkenntnismöglichkeiten hier an Grenzen stoßen, wird eine Definition eines Schwellenwerts für regelwidrige und damit operationswürdige Brustgrößen z.B. durch den Gesetzgeber oder den Gemeinsamen Bundesausschuss favorisiert. Im Sinne einer gutachterlichen Behelfslösung wird die Orientierung an einem Schwellenwert von 2 Prozent des Körpergewichts pro Brust vorgeschlagen. Dieser liegt häufig in der Größenordnung der Gigantomastie-Grenze, wird jedoch der individuellen Konstitution bei adipösen und bei zierlichen Frauen besser gerecht.



Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Heidelberg

Die Mannschaft!

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

Der lang ersehnte vierte Weltmeistertitel im Fußball ist 2014 Realität geworden. Der Weg bis zum Titel war nicht einfach, er war durch Höhen und Tiefen gekennzeichnet. Der Erfolg geht vor allem auf die geschlossene Mannschaftsleistung zurück, die mit großer Anerkennung von Freunden Deutschlands, aber auch den Fußballgegnern aus Gesellschaft und Politik gewürdigt wird: „Brasilien hat Neymar, Argentinien hat Messi, Portugal hat Ronaldo und Deutschland hat eine Mannschaft.“ Die Mannschaft – so heißt logischerweise auch der Film, der den Erfolg dokumentiert und mit dem Teamgeist der deutschen Mannschaft gut begründet.

Nicht nur im Fußball

Dass Teamplay zu überzeugen vermag, dass Teamplay begeistert und mitnimmt, dass Teamplay auch erfolgreich ist, hat 2014 auch wieder einmal der Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) bewiesen. Der abermals von über 11.000 Teilnehmern besuchte Kongress ist seit Jahren ein Beleg für eine besondere Mannschaftsleistung der beteiligten Gesellschaften DGOOC, DGU und BVOU und allen voran deren Präsidenten. Die überaus guten Bewertungen der Teilnehmer zeigen das. Dies wird aber auch so gesehen von der ausstellenden Industrie. Der Kongress gilt inzwischen als **die** Veranstaltung für Orthopädie und Unfallchirurgie im europäischen Raum. Nicht nur unter Orthopäden und Unfallchirurgen, sondern auch unter anderen Arztgruppen, aber auch bei der Industrie gilt: Dieser Kongress ist Vorbild, er ist beispielhaft, er ist ein Erfolgsmodell, da muss man hin!

Seit Jahren wird die Mannschaftsleistung der drei Präsidenten und aller dahinter Stehenden vor allem auch unter den jungen Orthopäden und Unfallchirurgen anerkannt. Bei jedem Kongress gibt es einen erheblichen Mitgliederzuwachs für die DGOU. Beim Kongress 2014 konnte das 10.000ste Mitglied begrüßt werden. Inzwischen sind mehr als 2.000 Mitglieder der DGOU ausschließlich in der DGOU verankert – mit stark steigender

Tendenz. Die von der Mannschaftsleistung ausgehende Attraktivität zieht aber auch andere bisher als „Einzelkämpfer“ auftretende Vereine und Institutionen in ihren Bann. Ende 2014 konnte die DGOU den Verein Technische Orthopädie (VTO) als 20. Sektion der DGOU begrüßen. Ein Beleg dafür, dass Erfolg auch mit Strahlkraft verbunden ist. Denn eine geschlossene Mannschaftsleistung bedeutet auch für eine Fachgesellschaft, dass sie besser wahr genommen wird, dass sie aus der Mannschaft heraus ihre Ziele konsequenter verfolgen und mit einer Strategie umsetzen kann: gemeinsam sind wir stark!

Potsdam III

Der strategischen Weiterentwicklung des Faches und der DGOU dienen die zahlreichen Treffen, Telefonkonferenzen des Vorstandes aber auch mit anderen. Im November 2014 fand zum dritten Mal die sog. „Potsdamer Konferenz (Potsdam III)“ statt, bei der man sich mit dem Lückenschluss in der Gesamtdarstellung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie beschäftigte. Die gemeinsame Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen besteht nun seit 2003 – es gibt allerdings nach wie vor kein gemeinsames universitäres Ausbildungscurriculum, keine aufeinander abgestimmten Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich. Dies wird aber unter dem Titel „sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen“ immer wichtiger.

Wissenschaftliche Förderung

Der Erfolg der DGOU ist aber nicht nur auf die Strahlkraft beim Kongress, sondern auch auf die Leistung des ganzen Stabs und während der gesamten Saison zurück zu führen. Dazu gehört, dass sich die Gesellschaft satzungsgemäß der wissenschaftlichen Förderung von Orthopädie und Unfallchirurgie widmet. Zahlreiche Preise und Stipendien dienen der Förderung von Einzelprojekten, aber auch von Karrieren. Eine finanzielle Unterstützung wird auch bei zahlreichen Projekten gewährt, die strategische Bedeutung für Orthopädie und Unfallchirurgie haben. Vorrangig geht es dabei

um Projekte der Qualitätssicherung im Fach, so z.B. der Etablierung eines Knorpelregisters, der Kooperationen im Bereich „Null Infektionen“, der Indikation zur Knie-Endoprothetik, dem Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie und anderen.

Daneben gilt die besondere Aufmerksamkeit der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Fach. Dieser bedeutende Bereich wird durch die Arbeit in Kommissionen (gemeinsame Weiterbildungskommission, BÄK Wiki), Arbeitskreisen (Nationaler Lernzielkatalog Medizin), Kurssystemen (Fit after 8 etc.) und schließlich im Geschäftsführenden Vorstand durch die Ausschussarbeit voran gebracht. Die zum Teil ungeordneten Weiterbildungs- und Fortbildungskonzepte sollen in eine strukturierte Form überführt werden wie sie z.B. bei der Personalentwicklung in anderen Institutionen üblich ist. Hierfür ist die DGOU eine Kooperation mit der Lufthansa eingegangen. Die besonderen Herausforderungen an die zunehmend weiblich werdende Orthopädie und Unfallchirurgie wird durch einen sogenannten Family-Fonds begegnet, bei dem Frauen in akademischer Tätigkeit entsprechend unterstützt werden können.

Jugendarbeit

Eine Mannschaftsleistung kann nur dann lange vorhalten, wenn die Förderung des Nachwuchses und die Sicherung der Perspektiven für alle „Mitspieler“ in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Das Junge Forum hat die „Jugendarbeit“ des Vereins DGOU tatkräftig übernommen und bearbeitet seit Jahren Projekte, die dem Nachwuchs unter den Fingernägeln brennen. In Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum wird derzeit eine Befragung zur Anzahl der in Weiterbildung befindlichen Ärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt. Dies ist wichtig, um den zukünftigen Herausforderungen durch den demografischen Wandel in Deutschland zu begegnen. Immerhin sollen fast 40 Prozent der sogenannten Versorgungslast auf das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie entfallen. In einem

inzwischen auf der politischen Ebene angekommenen Projekt hat sich das Junge Forum mit dem Thema „Operieren in der Schwangerschaft“ beschäftigt, bei dem es gelungen ist, für alle chirurgischen Fächer gleichermaßen Regeln für die Tätigkeit schwangerer Frauen im Operationsaal und außerhalb dessen festzulegen. Dass dem Jungen Forum die Darstellung des Faches und der Medizin als Ganzes am Herzen liegt, wurde beim Kongress durch den Workshop „Ökonomisierung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit hochrangiger Besetzung belegt.

Stellungnahmen und Bedarfsanalyse

Eine Mannschaft kann aber immer nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich mit den Mannschaften auseinander setzt, die in der gleichen Liga spielen und ähnliche Strategien verfolgen. Dafür steht in der DGOU die Arbeit in den Ausschüssen, aber auch vor allem die Kooperation mit den Sektionen zur Verfügung. Beispielhaft konnte im Jahr 2014 innerhalb weniger Wochen eine Vorlage zum Disease-Management-Programm Rückenschmerz an den GBA weiter gereicht werden. In Kooperation mit den betroffenen Sektionen wurden Stellungnahmen zur Arthroskopie bei Gonarthrose an IQWiG, GBA und AQUA weiter gereicht. An das IQWiG ist ferner eine hochqualifizierte Stellungnahme zum Methodenpapier dieser Institution ergangen. Weiter Stellungnahmen galten der Ambulanten und Krankenhausplanung und damit dem zukünftigen Bedarf für Orthopädie und Unfallchirurgie. Für dieses besonders wichtige Thema hat die DGOU ein Projekt „Bedarfsanalyse“ auf den Weg gebracht, dessen erste Ergebnisse Anfang 2015 vorliegen werden. In einem von Kostenträgern und Politik beachteten Workshop im Sommer des Jahres 2014 mit internationaler Beteiligung wurde klar, dass in einigen Bereichen der Bedarfsanalyse auch eine Bedarfsplanung folgen muss, wenn nicht strukturschwache und strukturstarke Regionen mit über- und Unterversorgung nebeneinander existieren sollen. Letztlich sind auch die Perspek-

tiven für den Nachwuchs in Orthopädie und Unfallchirurgie davon abhängig.

Kooperationen

Es sind also neue Konzepte gefragt, die durch die Geschlossenheit der Orthopädie und Unfallchirurgie als Ganzes nach außen zu überzeugen vermögen. Die Kooperation mit dem Berufsverband wird unter dem Aspekt der sektorenübergreifenden Versorgung besonders bedeutend. Insofern ist es besonders erfreulich, dass der BVOU ein weiteres schwerpunktmäßig unfallchirurgisch tätiges Mitglied im Vorstand verankert hat.

Eine Kooperation im Gebiet Chirurgie war auch mit dem Ziel der Schöpfung von Synergien unter dem Titel „Einheit der Chirurgie“ vorgesehen. Die Schwierigkeiten der Umsetzung ergeben sich sicher aus daraus, dass die Spieler der Allgemeinchirurgie z.T. Gegner, z.T. auch Partner des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie sind. Der Neuordnung im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung galt daher schon 2014 ein zeitintensiver Einsatz, der sich auch in den nächsten Jahren nicht verringern wird.

Europa

Dass eine geschlossene Mannschaftsdarstellung von Orthopädie und Unfallchirurgie zunehmend wichtiger wird, zeigt sich auch im europäischen Raum. Die Bestrebungen der Normierungsbehörden (CEN) in Brüssel einerseits als auch der europäischen Dachgesellschaft EFORT andererseits, das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie für ganz Europa zu reglementieren, bedürfen des nachhaltigen Einflusses durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die DGOU bemüht sich daher darum, in der Mitgliederversammlung der EFORT ein drittes Mitglied zu verankern. Sie hat ferner Personen benannt, die die europäischen Behörden in Brüssel beobachten und die Interessen von Orthopädie und Unfallchirurgie vertreten. Dies

bedarf auch einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit durch das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, das in dieser Form in Europa einmalig ist. Einmalig, was die Struktur angeht, aber auch einmalig, was den Erfolg angeht. Sonst wäre das internationale Interesse an Leuchtturmprojekten von Orthopädie und Unfallchirurgie (Traumanetzwerk, Traumaregister, Endocert, EPRD) nicht zu erklären. Sonst wäre auch nicht zu erklären, dass deutsche Weiterbildung inzwischen in den arabischen Ländern nachgefragt wird.

Dieser Öffentlichkeitsarbeit für das Ganze der Orthopädie und Unfallchirurgie hat im Jahr 2014 die besondere Aufmerksamkeit der DGOU gegolten. In zahlreichen Stellungnahmen und mit Tagesaktualität konnte durch die Pressestelle der DGOU auf die verschiedensten Medienbeiträge reagiert werden. Der Öffentlichkeitsarbeit und der Information der Mitglieder dient auch die Aktualisierung der Homepage, die Aktualisierung von Wiki-einträgen etc. als strategische Maßnahme. Eine Mannschaft, die gut gespielt hat, sollte nicht hinter den Berg halten. Die Verdienste der DGOU lassen sich sehen. Einen Spitzenplatz zu halten, bedarf der konzertierten Zusammenarbeit vieler. Dafür gebührt der Dank allen Akteuren im Jahr 2014 und ein Glück auf für das Team im neuen Jahr.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, ehemaliger Generalsekretär DGOU



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann
Stellv. Generalsekr. DGOU

Neue Mitglieder

A

Albrecht-Schoeck, Simon Dr. med. · Frankfurt am Main
Alter, Bolko Dr. med. · Oberhausen
Auen, Rudolf Dr. med. · Linz am Rhein

B

Balota, Sülejman Dr. med. · Köln
Bartha, Lorand Dr. med. · Wuppertal
Beckmann, Sven · Berlin
Behzadi, Ramin · Essen
Bodzian, Uwe Max · Witten
Breitweg, Michael · Ulm
Brückle, Maximilian · Köln
Büttner, Matti · Dresden

C

Chloridis, Dimitrios · Heidelberg
Cordes, Martin · Bremen

D

Dallacker-Losensky, Kevin · Ulm
Düsing, Thomas Dr. med. · Markkleeberg
Dyllong, Daniel Dr. med. · Langen

E

Ebrahimi, Ramon Dr. med. · Aachen
Eseily, Achraf · Bremen

F

Feilke, Ursula Dr. · Berlin

G

Gören, Tolga Dr. · München

H

Hanke, Alexander · Regensburg
Hellwich, Frank Dr. med. · Gütersloh
Hißnauer, Tim-Nicolas Dr. · Hamburg
Hoberg, Clemens Dr. med. · Bochum

K

Kiupel, Karolin Dr. med. · Ulm
Koppe, Peter Dr. med. · Berlin
Kunst, Johann Sebastian · Frankfurt am Main

L

Lecht, Johannes · Kelkheim

M

Mayer, Philipp Dr. med. · Stuttgart
Mohr, Sarah Katharina · Eppelheim
Mosser, Philipp Dr. med. univ. · Homburg
Muhm, Markus Dr. med. · Bissersheim
Müller, Julian · Berlin
Müller, Gunner · Hamburg

N

Nassar, Marwan Dr. med. · Mettmann

O

Olivier, Alain Christoph Dr. med. · Ulm
Ollig, Annika · Bonn

P

Petersen, Friederike Dr. med. · Hamburg
Prangenberg, Christian · Vettelschoss

Q

Qazzaz, Abdelrahman Dr. med. · Bremerhaven

R

Reumann, Jörg Dipl. Med. · Naumburg
Ristau, Steven · Langenhagen
Röttger, Christian · Münster
Rueda Martinez, Carlos Rodrigo Dr. · Idar-Oberstein
Ruhnau, Klaus Dr. med. · Essen

S

Sänger, Kathrin · München
Sarelas, Andreas · Hamburg
Saur, Marion Dr. med. · Hessisch Lichtenau
Seemüller, Christoph Dr. med. · Schwarzenbruck
Sehmisch, Julia Dr. med. · Göttingen
Seitz, Ralf-Christoph · Fuldata
Serassidis, Charalampos · Bietigheim-Bissingen
Sobik, Hanna Maria · Gelsenkirchen
Stricker, Sebastian · Bottrop
Sturm, Martin Dr. med. · Dudenhofen

T

Thormann, Sebastian Dr. med. · Luzern
Tiedtke, Friso · Münster

V

Van Ochten, Han · Viersen
vom Stein, Tim Dr. med. · Berlin

W

Walter, Sebastian · Rom
Webels, Frank Dr. med. · Essen
Welp, Robert Dr. med. · Greven
Wetzka, Tobias · Hattingen
Wolf, Steffen Dr. · Freiburg
Wolters, Wanja · Hamburg

Z

Zimmermann, Nina Dr. med. · Hamburg



Dr. Christian Hoser (AGA-Kongresspräsident), Prof. Dr. Karl-Peter Benedetto (AGA-Ehrenmitglied), Prof. Dr. Christian Fink (AGA-Kongresspräsident), Dr. Matthias Flury (AGA-Präsident) (v. li. n. re)

31. AGA-Kongress von 18.-20.9.2014 in Innsbruck

Die AGA steht seit mehr als drei Jahrzehnten für Innovation und Fortschritt im Bereich der Gelenkchirurgie und Arthroskopie. Sie bietet ein Forum für Ärzte und Wissenschaftler, ihre Ideen und deren Umsetzung zu präsentieren. Wir alle wissen, dass es von der Innovation bis zum guten Langzeitergebnis ein weiter Weg ist. Die Anatomie stellt dabei die Basis unseres chirurgischen Tuns dar. Die Kongresspräsidenten Prof. Christian Fink und Dr. Christian Hoser hatten sich zum Ziel gesetzt, am Kongress in Innsbruck den Bogen zu spannen von den anatomischen Grundlagen zu innovativem chirurgischem Vorgehen, von der Physiotherapie bis hin zum klinischen Outcome. Neben

Instruktionskursen, Workshops und freien Vorträgen gab es auch eine große Anzahl von Live-OP Demonstrationen.

Geladen waren internationale Gäste (Nicholas Mohtadi, Calgary, Kanada; Julian Feller, Melbourne, Australien; Kevin Plancher, New York, USA sowie der Gründer von VUMEDI Roman Giverts) und Gastgesellschaften wie die ACL Study Group und die SFA-Société Française d'Arthroscopie vertreten durch den Präsidenten Olivier Courage, MD.

Als Pre-Course fand am 16.9.2014 ein AGA Akademie Präparationskurs Schulter und Knie unter der wissenschaftli-

chen Leitung von Prof. Wolfgang Hackl (Kongress-Sekretär) und Prof. Karl Peter Benedetto statt.

Der erste Tag des AGA Kongresses, der AGA-Research Day, stand im Zeichen der Forschung und Entwicklung. Zusätzlich gab es an diesem ersten Tag auch noch einige Live-Operationen, so z.B. die Live Demo: „ACL Anatomy“, Smigielski R. (Warsaw) und die Live Surgery: “New concept for anatomic ACL reconstruction using a flat hamstring tendon graft”, Siebold R. (Heidelberg). Die Preisermittlung des Research Day Award erfolgte erstmals durch Publikumsbeteiligung mittels TED-Abstimmung.



Fußballteams: AGA Vorstand mit Trainer D. Constantini, AGA Studenten (weiß)





Ehrung International Guests
 Dr. Christian Hoser (Kongresspräsident), Dr. K. Plancher, New York,
 Prof. Dr. Christian Fink (Kongresspräsident)



Korrespondierendes Mitglied der AGA
 AGA-Präsident Dr. Matthias Flury, SFA-Präsident Olivier Courage, MD
 (rechts)

Instruktionskurse

Am Freitag und Samstag standen neben den Vorträgen die Instruktionkurse (zumeist von den AGA-Komitees gestaltet) auf dem Programm.

IK 1	Knieendoprothetik Basics
IK 2	Knorpelchirurgie & Aktuelle Probleme
IK 3	Evidence based medicine und Leitlinien in der Arthroskopie – Zukunft oder Irrweg
IK 4	FIFA Symposium „Prävention von Fußballverletzungen“
IK 5	Klinische Untersuchungstechniken und arthroskopische Therapie des Ellenbogen- und des Handgelenks
IK 6	Komplexe Sprunggelenksverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der Biomechanik von der Diagnostik bis zur Nachbehandlung
IK 7	Vorderer Knieschmerz und Patellainstabilität
IK 8	ACG Instabilitäten – neue Aspekte zur Klassifikation, Diagnostik und Therapie

IK 9	Back to Sports
IK 10	Posttraumatische Kniegelenkssteifen
IK 11	Implantatfreie Kreuzbandrevision: Möglichkeiten und Grenzen
IK 12	Extra- und intraartikuläres Impingement des Hüftgelenks – Differentialdiagnose und arthroskopische Behandlung
IK 13	Möglichkeiten und Grenzen der arthroskopischen Frakturversorgung an Schulter- und Schultergürtel
IK 14	Komplikationsmanagement bei knorpelregenerativer Therapie

Am Freitagabend waren die Kongressteilnehmer zum Gesellschaftsabend ins Tivoli-Stadion geladen. Bei Speis, Trank und Live-Musik konnten sie von der Stadiontribüne aus ein spannendes Fußballturnier mit acht Mannschaften, gebildet aus dem AGA Vorstand, den AGA Studenten, Physiotherapeuten sowie einer Auswahl an Kongressbesuchern, verfolgen.

Eine "International Session Knee ACL + associated pathologies" mit weltweit an-

erkannten Referenten wie M. Lind (Aarhus) D. Dejour (Lyon), T. Spalding (Coventry), Ph. Lobenhoffer (Hannover), R. Seil (Luxemburg), J. Feller (Richmond) und M. Veselko (Ljubljana) sowie eine „Internationale Session Shoulder“ stand am Kongressende auf dem Programm.



Dr. Christian Hoser,
 Kongresspräsidenten
info@sportsclinicaustria.com



Prof. Dr. Christian Fink,
 Kongresspräsidenten
info@sportsclinicaustria.com

KONGRESSPRÄSIDENTEN:

Prof. Dr. Christian Fink, Innsbruck
 Dr. Christian Hoser, Innsbruck
 Wissenschaftliche Teilnehmende: 1.165
 Repräsentierte Länder: 30
 Präsentierende (in Gesamtzahl enthalten, Vorträge und Poster): 209
 Studenten (in Gesamtteilnehmerzahl enthalten): 72
 Instruktionkurse: 14

Anmeldungen zu Instruktionkursen: 2.100
 Live-OPs: 11
 TED-Sitzungen: 11
 AGA Akademiekurs: 36 Teilnehmende
 Ausstellende Firmen: 48
 Gäste beim Gesellschaftsabend: 600

Bericht der Leitlinienkommission der DGOOC

Prof. Dr. Andreas Halder

Für die Leitlinienkommission der DGOOC war 2014 ein sehr aktives und erfolgreiches Jahr. Die Leitlinienkommission wurde zum DKOU 2013 um jeweils einen Vertreter aller Sektionen der DGOOC erweitert. So konnte die Leitlinienarbeit 2014 aktiv von allen Mitgliedern der Kommission getragen werden, wofür ich ihnen an dieser Stelle besonders danken möchte. Des Weiteren hat das Leitliniensekretariat bei der Initiierung und Betreuung zahlreicher Leitlinienprojekte und bei der Implementierung des Leitlinienportals hervorragende Arbeit geleistet. Hierfür sei Frau Leona Klemm und Herrn Klaus Fitzke herzlich gedankt! Das internetbasierte Portal hat sich bei der interdisziplinären Überarbeitung und Erstellung der orthopädisch-unfallchirurgischen Leitlinien bewährt und die Arbeit enorm erleichtert. So konnten in 2014 verschiedene Leitlinien initiiert werden, viele deutlich weiterentwickelt und einige abgeschlossen.

Entwicklung der Leitlinien

Im Einzelnen entwickelten sich die Leitlinien wie folgt: Die Leitlinie „Atraumatische Femurkopfnekrose des Erwachsenen“ konnte unter der Leitung von Herrn Prof. Andreas Roth (Eisenberg) auf S3-Niveau fertiggestellt und veröffentlicht werden. Die Leitlinien „Rehabilitation nach Majoramputation der unteren Extremität“ und „Konservative und rehabilitative Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik“, beide unter der Leitung von Herrn Prof. Bernhard Greitemann (Bad Rothenfelde), konnten fertiggestellt und bei der AWMF eingereicht werden.

Ebenfalls wurde die Leitlinie „Hallux valgus“ unter der Leitung von Herrn Dr. Hazibullah Waizy (Hannover) fertiggestellt und bei der AWMF eingereicht. Alle drei Leitlinien werden in Kürze veröffentlicht. Die Leitlinie zum Thema „Skaphoidfraktur“ unter der Leitung von Herrn Prof. Schädel-Höpfner (Neuss) ist ebenfalls zur Veröffentlichung eingereicht.

Kurz vor der Fertigstellung in der Phase der letzten Konsentierung befindet sich die Leitlinie zum Thema „Meniskuserkrankungen“ unter der Leitung von Herrn Prof. Christian Siebert (Osnabrück). Auch die Leitlinie zum Thema „Rotatorenmanschettenruptur“ unter der Leitung von Herrn Prof. Dennis Liem (Münster) befindet sich in der letzten Überarbeitung, ebenso wie die Leitlinie „Rehabilitation nach Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule“ unter Leitung von Herrn Dr. Hartmut Bork (Sendenhorst). Diese Leitlinien sollen noch im ersten Quartal 2015 bei der AWMF eingereicht werden. Die Leitlinien zum Thema „Kindlicher Knick-Senkfuß“ unter der Leitung von Frau Prof. Anna Hell (Göttingen) und die Leitlinie zum Thema „Spezifischer Kreuzschmerz“ unter der Leitung von Herrn Dr. Martin Strohmeier (Ravensburg) und Herrn PD Dr. Stefan Kroppenstedt (Sommerfeld) befinden sich in der Phase der Konsentierung der Texte und sollen noch 2015 fertiggestellt werden. Die Gruppe zur Erstellung der Leitlinie „Gonarthrose“ unter der Leitung von Herrn Prof. Johannes Stöve (Ludwigshafen) wurde interdisziplinär erweitert und hat die Arbeit an der Leitlinie aufgenommen, wobei die Fertigstellung für 2016 geplant ist.

Überarbeitungen

Die Leitlinien „Kniegelenknahe Beinachsefehlstellung“ unter der Leitung von Herrn Prof. Robert Rödl (Münster), „Idiopathische Skoliose im Wachstumsalter“ unter der Leitung von Herrn Prof. Bernd Wiedenhöfer (Heidelberg) sowie „Gutartige Knochentumore“ unter der Leitung von Herrn Prof. Andreas Kurth (Ratingen) sollen von S1- auf S2-Niveau überarbeitet werden. Die Kick-Off Treffen der interdisziplinären Arbeitsgruppen fanden auf dem DKOU 2014 statt. Geplant sind Überarbeitungen der Leitlinien „Schulterluxation“, „Hallux rigidus“ und „Coxarthrose“ für 2015.

Internetportal

Insofern steht für 2015 viel Leitlinienarbeit an und schon jetzt möchte ich allen Mitstreitern für ihr Engagement danken. Zusammen mit dem Leitliniensekretariat und dank der Arbeitserleichterung durch das Internetportal können sicher viele Projekte erfolgreich abgeschlossen werden. Eine Zusammenstellung aktuell fertiggestellter Leitlinien etwa in Buchform ist geplant.



Prof. Dr. Andreas Halder



Im letzten Jahr fand der einhundertste Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie statt.

Zum Hundertsten nachträglich

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Manch einem mag es entgangen sein: Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie hat im Jahr 2014 ihren einhundertsten Kongress begangen. Die ursprünglich aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgegründete Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie hatte sich zum ersten Mal im September 1901 versammelt und die Gesellschaft gegründet. Am 1. April 1902 wurde dann der erste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie mit ca. 100 Ärzten eröffnet. Und nun ist im Jahr 2014 der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) mit über 11.000 Beteiligten zu Ende gegangen. Eine Steigerung auf das mehr als Hundertfache, die auf viele strukturelle Veränderungen innerhalb und außerhalb der orthopädischen Gesellschaft zurück zu führen ist.

1901 gegründet

Ursprünglich als Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie im Jahr 1901 gegründet, wurde sie im Jahr 1913 in Deutsche Orthopädische Gesellschaft (DOG) umbenannt, wurde 1967 zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) und 2001 dann zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Die Namensgebung allein zeigt, dass der anfängliche Bezug zur Chirurgie und später zur dann zur Trauma-

tologie/Unfallchirurgie eine wesentliche Rolle gespielt haben. Dies wurde mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie im Jahr 2008 schließlich besiegelt. Seit 2005 gibt es einen gemeinsamen Kongress, so dass das hundertjährige Jubiläum scheinbar nur noch für den Chronisten von Bedeutung ist.

Das Zusammenwachsen der Fachgesellschaften von Orthopädie und Unfallchirurgie hat auch im Jahr 2014 die Aktivitäten der DGOOC ganz wesentlich bestimmt. Über das Erfolgsmodell „Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)“ hinaus werden die Aktivitäten der DGOOC und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zunehmend vom gemeinsamen Interesse an der Stärkung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie getragen. Die DGOOC vergibt nach wie vor ihrem Satzungszweck entsprechend zahlreiche Preise und Stipendien, sie fördert spezifisch orthopädische Forschung und spezifisch orthopädische Projekte. Im Jahr 2014 wurden erneut Stipendien für Doktoranden ausgegeben, die durch besondere Arbeiten in der Orthopädie und Unfallchirurgie aufgefallen sind.

Projektförderung

Seit fast einem Jahrzehnt fördert die DGOOC mit erheblichen Zuwendungen

die Bildung von Netzwerken in der orthopädischen Grundlagenforschung. Es hat sich gezeigt, dass diese Projektförderung geeignet ist, weitere Drittmittel einzuwerben und damit die Basis der orthopädischen (und unfallchirurgischen) Grundlagenforschung zu verstärken. Im Jahr 2014 wurde das Projekt Registerforschung verstärkt unterstützt. Ziel ist es, die anhand des Aufbaus des Endoprothesenregisters gewonnenen Erkenntnisse zur Datenakquise, zum Datenschutz und zum Aufbau einer sog. Produktdatenbank auch für andere Register zugänglich zu machen.

Über die Grundlagenforschung hinaus gilt das besondere Augenmerk der Versorgungsforschung. Der in Kooperation mit der AOK betriebene Versorgungsatlas wurde im Jahr 2014 aktualisiert. Eine darüber hinaus gehende getrennte Erfassung der Daten zu Wirbelsäuleneingriffen ist auf den Weg gebracht. Eine besondere Betrachtung gilt auch der Verwendung von QSR-Daten, die gemäß dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung in Zukunft eine wesentliche Rolle spielen werden, um die Qualität der unterschiedlichsten Leistungserbringer abzubilden. Die DGOOC ist in Expertenpanels insbesondere zur Endoprothetik vertreten, um die fachliche Kompetenz abzubilden.

Qualitätssicherung wird in der Öffentlichkeit von Patienten, Kostenträgern

und der Politik fast täglich diskutiert. Die DGOOC hat den Weg einer evidenzbasierten Qualitätssicherung seit Jahren beschritten. Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat im Jahr 2014 die Zahl der beteiligten Krankenhäuser und damit der erfassten Prothesenoperationen weiterhin gesteigert. Gegen Ende 2014 dürften etwa mehr als 60.000 Operationen aus über 180 Kliniken dokumentiert worden sein. Das Endoprothesenregister ist als Tochtergesellschaft der DGOOC in politischen Kreisen besonders wahrgenommen worden. Wegen der einmaligen Struktur des Registers wurde es auch im Jahr 2015 erneut vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

EndoCert

Gleichgroße Aufmerksamkeit erlangt das Projekt zertifizierte Endoprothesenzentren (EndoCert). Diese Qualitätsoffensive der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ist für zahlreiche Leistungserbringer attraktiv. Im Sommer 2014 waren insg. ca. 400 Kliniken für die Leistungserbringung in Hüft- und Knieendoprothetik zertifiziert, davon ein Viertel als Endoprothesenzentren der Maximalversorgung. Damit konnten annähernd 85.000 Hüftgelenke und 65.000 Kniegelenks-Endoprothesen sowie 25.000 Wechseloperationen insg. also fast 180.000 Endoprothesenoperationen erfasst werden. Im Rahmen des EndoCert-Projektes ist es 2014 darüber hinaus gelungen, ein sog. Trauma-Modul zu erstellen, mit dem die vorwiegend in der Fraktur-Endoprothetik tätigen Kliniken an der Zertifizierung beteiligt werden. Beide Projekte haben Leuchtturmcharakter und werden inzwischen auch international wahrgenommen. Die DGOOC hat sich daher 2014 auf den Weg gemacht,

beide Projekte zu „professionalisieren“, da sie sowohl hinsichtlich organisatorischen, personellen und finanziellen Aufwandes den Rahmen eines Projektes sprengen und nachhaltiger Strukturen bedürfen.

Den immer konkreter werdenden Anforderungen hinsichtlich Spezialisierung und Konzentration der Leistungserbringung im Fach ist die DGOOC durch Initiierung weiterer Projekte nachgekommen: So wird in der Sektion „Muskuloskeletale Tumoren“ die Möglichkeit und Notwendigkeit von der Zertifizierung von Tumorzentren überprüft. In der Initiative Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie wird darüber hinaus die Bedeutung von orthopädisch- und unfallchirurgischer Schmerztherapie diskutiert. In Kooperation mit der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft werden Möglichkeiten der Etablierung von Wirbelsäulenzentren abgewogen. Dieses Projekt erfordert die intensive Kooperation mit dem Berufsverband, da die Großzahl der Wirbelsäulenerkrankten im ambulanten Bereich behandelt wird. Wirbelsäulenzentren sollten daher sektorenübergreifend und fachübergreifend tätig werden und nicht auf die wirbelsäulenchirurgische Versorgung beschränkt bleiben.

Gemeinsame Projekte

Viele dieser Projekte sind primär DGOOC-getriggert, werden dann aber in Anbetracht der engen Kooperation mit der DGU unter dem Dach der DGOU zu gemeinsamen Projekten weiter entwickelt. Dies gilt z.B. für den Versorgungsatlas, der sich nun in Richtung institutionalisierte Versorgungsforschung der DGOU entwickelt. Der Versorgungsbereich nämlich ist eng an die Weiterbildung im Fach Ortho-

pädie/Unfallchirurgie gekoppelt. Ein eigenes Fach Orthopädie gibt es jedoch nicht mehr, ebenso wenig wie einen ursprünglichen Schwerpunkt Unfallchirurgie des Faches Chirurgie. Seit 2003, also seit mehr als 10 Jahren, gibt es das gemeinsame Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Daraus erwachsen Anforderungen an die fachärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Dem kann nur durch die gemeinsamen Aktivitäten aus der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie heraus begegnet werden. Wie bedeutend dies wird, hat sich bei dem Zukunftworkshop der DGOU (Potsdam III) gezeigt. Daraus sind zahlreiche Anregungen hervor gegangen, mit denen sich die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, aber auch die beiden Stammgesellschaften DGOOC und DGU Anfang des Jahres 2015 beschäftigen müssen.

Die Geschichte der DGOOC hat es auch beim 100. Kongress gezeigt: Flexibilität ist angezeigt, um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen. Die Zukunft des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie liegt in einer gemeinsamen Gesellschaft. Wenn denn die DGOOC im Jahr 2014 erneut Geld für das Orthopädiehistorische Museum in Frankfurt zur Verfügung gestellt hat, dann deswegen, weil es gilt aus der Vergangenheit zu lernen, um die Zukunft zu gestalten.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, ehemaliger Generalsekretär DGOU

Prof. Dr. med. Lutz Jani zum 80. Geburtstag

Prof. Dr. Hanns-Peter Scharf



„Der neue Mann kommt aus Basel“, das war 1982 die Überschrift des Mannheimer Morgen, als Prof. Dr. med. Lutz Jani die Leitung der Orthopädischen Universitätsklinik in Mannheim übernahm. Es ist uns deshalb eine innere Verpflichtung und ganz besondere Freude, Prof. Dr. Lutz Jani mit einem Symposium zu seinem 80. Geburtstag zu gratulieren. Der Blick zurück und der Blick nach vorne sollen ihn als Mensch feiern und seine Verdienste um die Patienten und das Fach Orthopädie würdigen.

Nach den Wirren des zweiten Weltkrieges, die er in Dresden bis 1945 erlebte hatte, studierte Lutz Jani von 1954 bis 1960 an den Universitäten in München und Freiburg Humanmedizin. Nach seiner Medizinalassistentenzeit in der Inneren Medizin, der Pathologie und der Gynäkologie erhielt er 1962 seine Approbation. Nach seiner Weiterbildung zum Orthopäden bei den Prof. res Lange und Witt an der Orthopädischen Universitätsklinik in München erwarb er 1966 seine Facharztanerkennung und wurde zum stellvertretenden Oberarzt ernannt. In diese Zeit fallen auch die ersten wissenschaftlichen Publikationen von Prof. Jani. Der thematische Schwerpunkt

dieser Arbeiten lag bei der operativen Therapie der Hüftdysplasie und, typisch für Prof. Jani, bereits damals, bei den langfristigen Ergebnissen der operierten Kinder.

Im Jahr 1969 wechselte Prof. Jani an die Orthopädische Universitätsklinik Basel und wurde zum Oberarzt dieser renommierten Klinik ernannt. Es folgten 1973 die Habilitation und die Ernennung zum stellvertretenden Leiter der Klinik im Jahr 1975. Die außerplanmäßige Professur wurde ihm 1980 verliehen. Schwerpunkt dieser 11-jährigen Tätigkeit in Basel war die Kinderorthopädie mit insgesamt 96 wissenschaftlichen Publikationen und ungezählten Vorträgen. Die Ergebnisse seiner Forschung haben sich nachhaltig und direkt auf die klinische Versorgung von Kindern mit einer Hüftdysplasie oder einem Morbus Perthes ausgewirkt. Mit seinen langfristigen Untersuchungsergebnissen konnte Prof. Jani zeigen, das varisierende derotierende intertrochantäre Osteotomien, auf Grund der Neigung zur spontanen Korrektur in der präpubertären Wachstumsphase, oft vermeidbar sind.

Ruf nach Mannheim

Den Ruf nach Mannheim erhält Prof. Dr. med. Lutz Jani 1982, mit dem Ordinariat verbunden ist die Leitung der Orthopädischen Universitätsklinik, die damals noch auf den Lindenhof ausgelagert war. Unter Leitung von Prof. Jani wurde „der Lindenhof“ zu einem Markenzeichen in Mannheim und seiner weiteren Umgebung. Mit der Weiterentwicklung des Faches Orthopädie und dem ständige wachsenden operativen Spektrum der Klinik wuchsen rasch auch die Anforderungen an Räumlichkeiten und Operationssäle. Deshalb erfolgte 1995 der Umzug der Klinik in den Neubau der Orthopädie am Universitätsklinikum am Neckar. Durch den Umzug verfügte die Klinik jetzt auch über einen eigenständigen Forschungsbereich mit dem Schwerpunkt der Biomechanik. Damit konnte Prof. Jani sich neben sei-

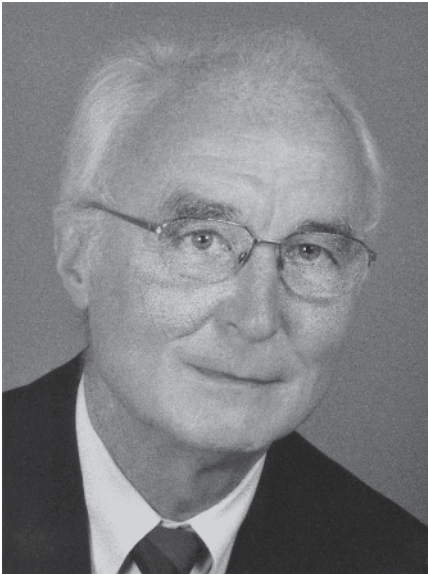
nem Steckenpferd der Kinderorthopädie nun auch klinisch, wissenschaftlich und experimentell um die Endoprothetik, seiner zweiten Vorliebe, kümmern. Die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Arbeit sind in weiteren 38 Originalarbeiten heute noch verfügbar, relevant und auch lesenswert.

Neben seiner klinischen und wissenschaftlichen Arbeit engagierte sich Prof. Jani auch in der ärztlichen Selbstverwaltung und den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Als Präsident der DGOOC richtete er 1992 den Kongress der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft in Mannheim aus. Es folgten die Kongresse der Rheumaorthopäden (1992) und der Kinderorthopäden (1994). Nach seinem Präsidentenamt blieb Prof. Jani im Vorstand der DGOOC und wurde von 1999 bis 2002 ihr Generalsekretär. In dieser Funktion kümmerte er sich intensiv um die Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie, die ärztliche Weiterbildung und die externe Qualitätssicherung. Sein ungeteilter Einsatz für das Fach Orthopädie fand Anerkennung in den Ehrenmitgliedschaften der Deutschen und der Tschechischen Gesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie der Verleihung des Lexer Preises im Jahr 2000.

Diese, rein auf den Beruf bezogene Laudatio, greift aber sicherlich zu kurz, denn sie vernachlässigt die Persönlichkeit von Prof. Jani. Stets ausgeglichen, freundlich und zugewandt für Patienten und Mitarbeiter, in der fachlichen Diskussion intellektuell präzise, aber stets ein offenes Ohr und eine ehrliche Antwort, die durch ein freundliches Lächeln begleitet, auch beim Widerspruch geschätzt wird, das zeichnet Prof. Jani bis heute aus. Wir gratulieren Prof. Dr. Lutz Jani zusammen mit allen Kollegen, Mitarbeitern und Freunden und wünschen alles Gute, Glück und Gesundheit für seinen weiteren Lebensweg.

Prof. Dr. Hanns-Peter Scharf

Prof. Dr. Achim Reichelt zum 80. Geburtstag



Am 6.2.2015 feierte Prof. Dr. Achim Reichelt seinen 80. Geburtstag. Er war von Oktober 1977 bis März 2003 Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikum Freiburg und erster geschäftsführender Direktor des neugegründeten Departments für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Mehrfacher Vorreiter

Der in Zwickau/Sachsen geborene Jubilar wurde von August Rütt in Würzburg habilitiert, publizierte eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten und verfasste mehrere Lehrbücher unter Beteiligung interner und auswärtiger Kollegen. Klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt war die Erkrankung der Rotatorarmanschette der Schulter.

Darüber hinaus unterstützte er in hohem Masse die Forschung zur Biologie des Knorpels. So war es nicht verwunderlich, dass in Freiburg bereits in den späten 90-iger Jahren autologe Knorpelzelltransplantationen vorgenommen werden konnten. Im gleichen Zeitraum ermöglichte er die bis dahin in Deutschland kaum bekannte endoskopische Behandlung von BS-Vorfällen.

Prof. Reichelt lebt mittlerweile in Leipzig und erfreut sich guter Gesundheit. Die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Freiburg wünscht stellvertretend für alle Fachkollegen weiterhin Alles Gute.

*Dr. Martin Haag und
Prof. Dr. Norbert Südkamp*

Neue Mitglieder

Joachim **Block** · Dortmund
Dr. med. Peter **Halbfas** · Osnabrück
Dr. med. Carsten **Kretzschmar** · Leipzig
Dr. med. univ. Philipp **Mosser** · Homburg

Dr. Dr. Peter M. **Prodingler** · München
Dr. med. Jacqueline **Repmann** · Bad Döben
Dr. med. Max Joseph **Scheyerer** · Köln

Dr. med./Med. Univ. Pécs Zoltán **Szöke** · Bad Rappenau
Radina **Todorova** · Hamburg

Aktuelles zum Thema ärztliche Qualifikation „Interdisziplinäre Notaufnahme“

Prof. Dr. Andreas Seekamp

Bereits in Heft 3 der Mitteilungen und Nachrichten aus Orthopädie und Unfallchirurgie in 2013 haben wir über die aktuelle Entwicklung in Bezug auf eine ärztliche Qualifikation zur Tätigkeit in interdisziplinären Notaufnahmen berichtet. Der zur Entwicklung einer gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Thema gegründete Arbeitskreis der Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie und Radiologie hat sich mittlerweile zu einer Sektion der DIVI entwickelt. Dies ist insbesondere deswegen erforderlich geworden, da seitens der Bundesärztekammer ein Ansprechpartner gesucht wurde, um diese Thematik in Bezug auf die Neuordnung der Musterweiterbildungsordnung darstellen zu können. Bis dahin war zunächst nur die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen (DGINA) ein erkennbarer Ansprechpartner, wobei relativ rasch klar wurde, dass die DGINA nur einen kleinen Kreis von ärztlichen Kollegen, die in Notaufnahmen tätig sind, repräsentierte. Es erschien der Bundesärztekammer daher sehr wichtig, einen weiteren Kreis, nämlich denjenigen der DIVI, ebenfalls in dieser Thematik mitanzuhören.

Zusätzliche Qualifikation

In einem ersten Gespräch zwischen der betreffenden Sektion der DIVI und der Bundesärztekammer im September 2012 konnten erstmalig unsere Vorstellungen bezüglich einer ärztlichen Qualifikation zur dauerhaften oder leitenden ärztlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme vorgestellt werden. Eine zusätzliche Qualifikation sollte folgende Eckpunkte berücksichtigen:

- Voraussetzung ist eine abgeschlossene Fachausbildung in einem der in der DIVI vertretenen Fachgebiete (Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie/Neurochirurgie und

Pädiatrie) oder aber ein Facharzt in der Allgemeinmedizin.

- Weiterhin Voraussetzung ist die erfolgreich abgeschlossene, bereits gültige Zusatzqualifikation Präklinische Notfallmedizin.
- Abgeleistet werden müssen eine 24-monatige Weiterbildungszeit in einer Zentralen Notaufnahme, wobei hier von bis zu 12 Monate in der Facharztweiterbildung angerechnet werden können. Von diesen 12 Monaten sind bis zu 6 Monate Tätigkeit auf einer Intensivstation der DIVI-Fachgebiete anrechenbar. Für das Gebiet der Chirurgie bedeutet dies unter Berücksichtigung des schon existierenden Common Trunk eine nochmalige kumulative Zeit von 12 Monaten Tätigkeit in einer Zentralen Notaufnahme nach dem Facharzt.
- Nachgewiesen werden muss ebenso die Fachkunde Notfallröntgen sowie die Weiterbildung der Sonografie für Notfallmedizin und ein stets aktueller Nachweis für die Unterweisung im Strahlenschutz.
- Begleitet werden soll die praktische Tätigkeit durch ein Curriculum der theoretischen Inhalte, welches nunmehr komplett entwickelt ist und insgesamt vier Module von jeweils 40 Stunden umfasst. Daneben wird es weitere fachbezogene Module geben, die spezielle Inhalte der einzelnen Fachgebiete enthalten. Diese werden allerdings auf die jetzt etablierten Module nicht direkt anrechenbar sein.
- Weiterbildungseinrichtungen werden Kliniken sein können, die eine zentrale Notaufnahme betreiben und die in der DIVI vertretenen Fachgebiete als Hauptabteilung innerhalb der Klinik führen. In den Fällen, wo einzelne Fachgebiet nicht geführt werden, muss zur Vermittlung der praktischen Inhalte ggf. eine Rotation in eine andere Klinik erfolgen. Die

Weiterbildungsinhalte sind durch die beteiligten Fachgebiete bzw. Fachabteilungen vor Ort zu vermitteln und deren Erfüllung ist durch diese zu bestätigend. Maßgebend ist hier die bereits für das Fachgebiet bereits vorhandene Weiterbildungsermächtigung.

Seitens der Bundesärztekammer wurde nunmehr in Bearbeitung der auf der WIKIBÄK eingebrachten Vorstellungen dieser ärztlichen Qualifikationen eine weitere Gesprächsstunde im September 2014 vereinbart. Hierbei wurden sowohl die o.g. Vorstellungen seitens der DIVI diskutiert, als auch die in der WIKIBÄK-Plattform eingebrachten Vorstellungen der DGINA. Es wurde deutlich, dass die DGINA nun zunächst von der Vorstellung eines Facharztes für die innerklinische Notfallmedizin abgerückt ist, andererseits aber eine insgesamt dreijährige Weiterbildungszeit für eine entsprechende Zusatzqualifikation wünscht, von der nur ein Jahr in einer der o.g. Facharztausbildungen versenkt werden kann. Seitens des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer wurde verdeutlicht, dass – wenn es zu einer Verabschiedung einer Zusatzqualifikation für die Tätigkeit in einer interdisziplinären Notaufnahme kommt – diese sich am ehesten an dem Vorschlag der DIVI orientieren wird, da nur dieser in die bisherige Systematik von ähnlichen Zusatzqualifikationen, z. B. die spezielle Intensivmedizin, einzuordnen ist.

Im Rahmen des Gesprächs wurde auch deutlich, dass man unter Berücksichtigung der realen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich zunächst an einer berufsbegleitenden bzw. weiterbildungsbegleitenden Fortbildung festhalten wird und es nicht gleich zur Einrichtung einer Zusatzqualifikation kommen wird. Das in dem Falle erforderliche weiterbildungsbegleitende theoretische Curriculum

Aus den Verbänden

wird dann exakt denjenigen von der DIVI ausgearbeiteten curricularen Modulen entsprechen. Seitens des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer wurde signalisiert, dass sobald die Systematik der neuen Weiterbildungsordnung geklärt ist, eine Qualifikation für die Tätigkeit in einer interdisziplinären zentralen Notaufnahme wahrscheinlich zunächst mit dem niedrigsten zu vergebenden Level aufgenommen wird. Die seitens der DIVI dargestellten Voraussetzungen zur Erlangung einer solchen Qualifikation wurden grundsätzlich für sehr sinnvoll erachtet, besonders begrüßt wurde hierbei, dass eine solche Qualifikation auch den Allgemeinmedizinern eröffnet wird. Abschließend wurde die Sektion der DIVI darin bestärkt, ihren bisher beschrittenen Weg weiter voranzutreiben.

Curriculum ausgearbeitet

Nachdem das Curriculum mit insgesamt vier Modulen nun bis ins Detail ausgearbeitet ist, konnten wir im November 2014 erstmalig das Curriculum mit den ersten beiden Modulen Neuromedizin und Anästhesie/Notfallmedizin in einem Kurs in Leipzig anbieten. Der Kurs war beschränkt

auf 30 Teilnehmer, neben einer Reihe von Vorträgen und Diskussionsrunden wurden auch entsprechende Workshops und Notfallszenarien an mehreren Simulationsstationen durchgespielt. Die Teilnehmer waren überwiegend erfahrene Ärztinnen und Ärzte, die jeder für sich schon langjährig auch in einer Notaufnahme tätig sind. Das Kurskonzept wurde grundsätzlich sehr positiv bewertet, insbesondere wurde deutlich, nach dem jeder der Teilnehmer aus einem der großen Fachgebiete der DIVI stammte, dass besonders der interdisziplinäre Ansatz über alle Disziplinen hinweg sehr begrüßt wurde. Die Module 3 und 4 (Innere Medizin inkl. Pädiatrie sowie Chirurgie inkl. der Gynäkologie, Urologie, HNO, Augen und MKG) werden in der letzten Aprilwoche in Hannover an der dortigen Medizinischen Hochschule abgehalten. Auch dieser Kurs ist direkt ausgebucht, in erster Linie von den Teilnehmern der ersten beiden Module in Leipzig.

Um eine direkte Anerkennung dieses Kurskonzeptes auf Seiten der Landesärztekammern zu erreichen, insbesondere dann, wenn ein solches Curriculum in der Musterweiterbildungsordnung mit aufgenommen ist, haben wir jeweils die

Landesärztekammern vor Ort mit eingebunden und deren Zusage erhalten, dass eine spätere Anerkennung erfolgen kann. Weitere Kursveranstaltungen sind daher auch zukünftig an unterschiedlichen Standorten vorgesehen, so dass sich möglichst viele Landesärztekammern direkt mit eingebunden fühlen können. Das Angebot der Kurse ist jeweils auf der Internetseite der DIVI unter Veranstaltungen abzurufen, auch die Anmeldeprozedur erfolgt online über die DIVI-Plattform. Seitens der DIVI ist ein kurzfristiges weiteres Ausrollen dieses Kurskonzeptes vorgesehen, da dieses Curriculum in jedem Fall in dieser Form seinen Niederschlag mindestens im Sinne eines berufsbegleitenden Curriculums für die interdisziplinäre zentrale Notaufnahme in der neuen Musterweiterbildungsordnung finden wird.



Prof. Dr. Andreas Seekamp

Neue Mitglieder

Dr. med. **Albers** Christoph · Bern
Block Joachim · Dortmund
Dr. med. **Buchholz** Arne · München
Prof. Dr. **Dehner** Christoph · Ulm
Dr. med. **Delebinski** Richard · Oyten
Dr. med. **Domnick** Christoph · Münster
Dr. med. **Georgi** Alexander · Leipzig
Hackenberg Lisa · Koblenz
Dr. **Haug-Gebhard** Sabine · Neu-Ulm
Dr. med. **Hübner** Marcus · Leipzig
Hundeshagen Alexander · Köln

Dr. med. **Jaecker** Vera · Köln
Janiak Florian · Koblenz
Dr. med. **Kohn** Ludwig Maximilian · München
Dr. med. **Krüger** Dominik · Berlin
Dr. med. univ. **Müller** Max · Tübingen
Dr. med. **Nassar** Marwan · Mettmann
Dr. med. **Özkaya** Saffet · Stuttgart
Dr. med. **Prall** Wolf Christian · München
Dr. med. **Raible** Manfred · Vellmar
Riehle Marion · Heilbronn
Rousselis Georgius · Berlin

Rust Sarah · Koblenz
Dr. med. **Sabah** Aqeel · Höchberg
PD Dr. med. **Sandmann** Gunther H. · München
Dr. med. **Schoen** Matthias · Rostock
Scholtis Felix · Tübingen
Strache Andreas · Elsterwerda
Dr. med. **von Zerssen** Clemens · Bad Reichenhall
Dr. med. **Wohland** David · Tübingen

Deutschlandweite Serum- und Wundflüssigkeitsbank

Prof. Dr. Markus Huber-Lang, Prof. Dr. Dirk Henrich

Die deutschlandweite Serum- und Wundflüssigkeitsdatenbank der DGU und des Netzwerks Traumaforschung (NTF) der DGOU ist gestartet. Worum geht es? Das Polytrauma führt bekannterweise zu schwerwiegenden immunologischen Reaktionen. Nahezu zeitgleich zur systemischen Pro-Inflammation wird eine gegensätzliche anti-inflammatorische Reaktion in Gang gesetzt, welche zu einer posttraumatischen Immunsuppression führen kann. Dadurch steigt das Risiko für lokale und systemische Infektionen sowie Organfunktionsstörungen und Multiorganversagen. Eine weitere Komplikation stellen schwerwiegende Wundheilungstörungen dar, deren Entstehen und Fortdauern nach wie vor nur unzureichend erforscht sind, jedoch vermutlich auf eine immunologische Dysregulation bei schwerverletzten Patienten zurückzuführen ist.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Aspekte der immunologischen Funktionsstörungen nach Polytrauma monozentrisch untersucht. Wenngleich die akute Entzündungsantwort der Wundheilung sich anhand der chirurgischen Wundflüssigkeit gut beschreiben lässt, waren die Fallzahlen jedoch regelhaft zu gering, um statistisch aussagekräftige und für die Klinik entscheidende Schlussfolgerungen zu ziehen. Multizentrische Ansätze dagegen gestalteten sich aufgrund unterschiedlicher Protokolle zur Probenasservierung und anschließender Aufarbeitung schwierig.

Gemeinsame Datenbank

Um zukünftig eine effektive und effiziente Erforschung der systemischen und lokalen immunologischen Vorgänge nach Polytrauma zu ermöglichen, wird derzeit innerhalb des Netzwerks für Traumaforschung (NTF) eine deutschlandweite standardisierte Polytrauma-Serum- und -Wundflüssigkeitenbank aufgebaut. Die Etablierung einer gemeinsamen Serum- und Wundflüssigkeitenbank mit entsprechender Zeitdynamik (Polytrauma-Seren vom Schockraum bis 10 Tage post

Trauma; Wundflüssigkeiten: bis 3 Tage postoperativ) in dieser Form ist bislang einmalig. Beide Biobanken ermöglichen auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau und in enger Kooperation, gemeinsam definierte Forschungsprojekte mit einer deutlich gesteigerten Probenanzahl und klar definierten klinischen Parametern zu realisieren. Desweiteren erfolgt zentral eine gemeinsame valide und reliable Untersuchung allgemeiner Entzündungs- und Organfunktionsparameter. In den vergangenen zwei Jahren wurden im Rahmen mehrerer NTF-Arbeitstreffen die Rahmenbedingungen und die gemeinsamen Zielsetzungen definiert. Die Protokolle zur Probenabnahme, Kodierung und Probenlagerung sowohl für Serum, als auch für die Wundflüssigkeit wurden standardisiert. Die Proben werden während der zweijährigen, am 15.01.2015 gestarteten Pilotphase zunächst dezentral in den teilnehmenden Zentren gelagert und relevante klinische Verlaufsdaten gesammelt. Zukünftig werden diese Daten über eine Schnittstelle mit den entsprechenden DGU-Traumaregisterdaten verknüpft. Mittelfristig ist zudem eine zentrale Probenlagerung und -verwaltung sowie der weitere Logistikaufbau und Qualitätssicherung durch die Akademie der Unfallchirurgie (AUC) geplant.

Die Probenzuteilung für Forschungszwecke erfolgt durch das NTF-Review-Board nach einem transparenten Prozedere, welches in der NTF-Geschäftsordnung detailliert festgelegt wurde. Das NTF-Reviewboard setzt sich aus den 1. und 2. Sprechern(innen) des NTFs, 1 Vertreter(in) der NIS plus jeweils 1 Vertreter(in) der teilnehmenden Kliniken/Institutionen, die mind. 10 Fälle pro 12 Monate eingespeist haben, sowie 2 ausgewiesenen Forscher/Kliniker seitens der DGU. Antragsberechtigt zur Probenanalyse sind Einrichtungen, die sich durchschnittlich mit mindestens 10 Fällen pro Jahr an der Serum- bzw. Wundflüssigkeitenbank beteiligt haben. Um unnötige Mehrfachbestimmungen allgemeiner Parameter (wie z. IL-6) als prototypischen

Inflammationsparameter) zu vermeiden, werden diese in den federführenden Zentren Frankfurt (Wundflüssigkeitenbank) und Ulm (Serumbank) nach Beendigung der Pilotphase mit bereits bewilligter finanzieller Unterstützung durch die DGU standardisiert gemessen. Dabei werden die Parameter sowie die entsprechenden Analyseverfahren a priori durch das NTF-Review Board festgelegt. Diese Daten werden allen teilnehmenden Zentren nach definierter Antragstellung an das NTF-Review Board zugänglich sein.

Aktuell liegen positive Ethikvoten von vier universitären unfallchirurgischen Einrichtungen vor (Aachen, Frankfurt, München, Ulm), weitere Zentren haben ihre Teilnahme an der Serum- und/oder Wundflüssigkeitenbank zugesagt. Somit sind wir überzeugt, dass sich die Biobank für Serum und Wundflüssigkeiten des NTFs bestens etablieren und entwickeln wird und in gemeinsam festgesetzten Projekten die erfolgreiche Erforschung wichtiger Aspekte der immunopathophysiologischen Prozesse des Polytraumas ermöglicht wird. Langfristig erhoffen wir uns für das klinische Traumanagement des Patienten entscheidende Erkenntnisse sowie international konkurrenzfähige Forschungsansätze, die direkt dem Patientenwohl zu Gute kommen.



Prof. Dr. Markus Huber-Lang, Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm



Prof. Dr. Dirk Henrich, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt

Ein neuer Prognose-Score im TraumaRegister DGU® (RISC II)

Prof. Dr. Rolf Lefering

Bei der Ausgabe der letzten Jahresberichte des TraumaRegister DGU® (TR-DGU) im September 2014 sind vielleicht einige erschrocken, weil auf Seite 1 die beobachtete Überlebensrate nicht mehr so viel besser war als des vorhergesagte Überleben (Abbildung 1). Sind die eigenen Leistungen etwa schlechter geworden im letzten Jahr? Über mehrere Jahre war doch die Sterblichkeit insgesamt und auch in vielen Kliniken deutlich günstiger als die Prognose, d. h. es sind weniger Unfallopfer verstorben als man erwartet hat. Ist das nun vorbei?

Der wahrscheinliche Grund dafür ist aber ein anderer. Seit 2014 wird ein neuer, verbesserter Prognosescore im TR-DGU eingesetzt, um die Prognose schwerverletzter Unfallopfer zu berechnen, der RISC II (Revised Injury Severity Classification, Version 2). Warum ist diese Änderung notwendig geworden, und wie kann man die neuen Ergebnisse interpretieren? Dazu möchte ich in diesem Beitrag einige Informationen geben.

Qualitätssicherung mit Prognosescores

Seit der Gründung des TraumaRegister DGU® 1993 war es Ziel dieser Datenerhebung, einen externen Qualitätsvergleich der beteiligten Kliniken zu ermöglichen. Zugleich sollten mit den zunehmend anwachsenden Registerdaten auch wissenschaftliche Fragestellungen beantwortet werden. Für beide Zielvorgaben ist es zwingend erforderlich, die Schwere einer Verletzung und die Folgen für das Unfallopfer möglichst genau und valide zu beschreiben, denn das Ergebnis der Akutversorgung ist natürlich in erheblichem Maße vom Verletzungsmuster abhängig. Eine Sterblichkeit von 20% in einer Universitätsklinik kann besser sein als eine Sterblichkeit von 5% in einer kleinen Klinik, die aber wesentlich leichter verletzte Patienten versorgt. Das hat schon Susan Baker erkannt, als sie 1974 den heute weltweit bekannten und genutzten Injury Severity Score (ISS) publiziert hat (Baker 1974).

Wenn man nun ein geeignetes Instrument zur Messung der Verletzungsschwere besitzt, kann man damit Vergleiche durchführen. Entweder nutzt man sie, um Kollektive vergleichbarer zu machen (zum Beispiel betrachtet man nur Fälle mit $ISS \geq 16$), oder man bestimmt die Prognose von Patienten und vergleicht diese dann mit der tatsächlich beobachteten Überlebens- oder Versterberate. Dies funktioniert natürlich nur in größeren Gruppen von Patienten. Für Einzelfälle ist es aber im Sinne der Qualitätssicherung von großem Interesse, wenn das tatsächlich beobachtete Outcome (Überleben oder Versterben) sehr deutlich von der erwarteten Prognose abweicht.

Welche Scores wurden bisher eingesetzt?

Im TR-DGU wurde initial der **TRISS** (Trauma and Injury Severity Score) genutzt, der 1990 als Ergebnis der Major Trauma Outcome Studie publiziert wurde (Champion 1990). Neben der anatomischen Verletzungsschwere, dargestellt durch den ISS, enthält der TRISS auch die Physiologie des Unfallopfers (Blutdruck, Atemfrequenz und Bewusstsein) sowie das Alter (jünger/älter als 55 Jahre). Mit Hilfe einer Formel lässt sich für stumpfe und penetrierende Unfallmechanismen auf diese Weise eine Prognoseschätzung vornehmen. Diese Schätzung bezieht sich allerdings auf das erwartete Outcome in den USA in den 1980er Jahren, denn anhand dieser Daten wurden die Formeln für den TRISS berechnet.

Zehn Jahre nach Gründung des TR-DGU wurde dann der TRISS ersetzt durch einen Prognose-Score, der mit eigenen Daten entwickelt wurde, der **RISC** (Revised Injury Severity Classification). Die Gründe hierfür waren vielfältig: die Datenbasis sollte aktueller sein; es sollten vor allem auch deutsche Patienten berücksichtigt werden; das Alter sollte differenzierter gewichtet werden; neue und durch TR-DGU Analysen bestätigte Prognosefakto-

ren wie der Base Excess oder die Gerinnung sollten ebenfalls integriert werden. Auf der Basis von 1200 Patienten aus den Jahren 1993-2000 wurde also ein neuer Score entwickelt, der nun 10 verschiedene Angaben des Unfallopfers enthielt. In Validierungsstudien zeigte sich dieser Score dem TRISS deutlich überlegen. Seit 2003 wurde der RISC im Jahresbericht genutzt, um die beobachtete Sterblichkeit mit der erwarteten (RISC-) Prognose zu vergleichen. Auch wissenschaftliche Auswertungen nutzten vielfach den RISC Score, um Patientenkollektive zu beschreiben und Interventionen zu vergleichen. Das bekannteste Beispiel ist sicherlich die Evaluation der Ganzkörper-CT-Untersuchung in der Schockraum-Phase (Huber-Wagner 2009).

Warum ein neuer Score?

Mit dem RISC ließen sich viele positive Entwicklungen nachweisen, nicht zuletzt auch der generelle Rückgang der Sterblichkeit schwerverletzter Unfallopfer in Deutschland. Ein Artikel im Dt. Ärzteblatt beschreibt dies eindrücklich (Ruchholtz 2008). In den letzten Jahren lag die beobachtete Sterblichkeit kontinuierlich etwa 2-3% unterhalb der RISC-Prognose, die sich ja auf Ergebnisse in den 1990er Jahren bezieht. Für die jährlichen Klinikberichte bedeutete das aber auch, dass die meisten Kliniken deutlich besser abschnitten als die erwartete Prognose; in der Grafik auf Seite 1 waren viele Balken „grün“ (Letalität kleiner als Prognose); nur wenige Kliniken hatten einen „roten“ Balken.

Dies war sicher erfreulich, aber vergleichen wir uns noch mit den „richtigen“ Fällen? Heute wird deutlich mehr nach dem „Damage Control“ Konzept verfahren, es werden weniger Blutprodukte transfundiert, die initiale Diagnostik setzt deutlich stärker auf das Ganzkörper-CT, und auch die Intensivmedizin hat Fortschritte gemacht im Vergleich zu den 1990er Jahren. Wiederholt wurde die Forderung laut, man möge sich doch mit aktuelleren Daten vergleichen.

Es gab aber noch weitere Gründe, den RISC Score zu überarbeiten. Trotz einiger Regeln zum Ersetzen fehlender Werte stieg die Anzahl von Patienten, für die kein Score berechnet werden konnte; in 2011 lag die Rate bereits bei 15%. Einige Merkmale, insbesondere der initiale Base Excess, fehlten bei vielen Patienten. Es gab auch neue Hinweise auf wichtige prognostische Faktoren, die bisher nicht berücksichtigt wurden. So konnten Hoffmann et al. mit dem Eppendorf Cologne Score zeigen, dass die Pupillenweite und die Lichtreaktion wichtiger waren als die Glasgow Coma Scale (Hoffmann 2000).

Was kennzeichnet den neuen RISC II?

Der neue RISC-2 Score basiert auf 30.866 Patienten aus den Jahren 2010 und 2011 (Liefering 2014). Das Kollektiv umfasst auch mittelschwer verletzte Patienten ab einem ISS von 4 Punkten, denn etwa nur die Hälfte aller TR-DGU Patienten erfüllt das klassische Kriterium „ISS ≥ 16 “. Er enthält 13 verschiedene Merkmale (Variablen), die bei oder kurz nach Aufnahme im Krankenhaus vorliegen. Ein wesentlicher Unterschied zum Vorgänger ist sein Umgang mit fehlenden Werten: diese führen nicht mehr zu einem Ausschluss des Patienten. Lediglich das Verletzungsmuster (d.h. die AIS Codes) sowie das Alter ist verpflichtend. Für alle übrigen Informationen verändert eine fehlende Angabe die Prognose nicht. Ist aber ein Merkmal vorhanden, kann diese sowohl die Prognose verbessern (wenn die Werte im Normalbereich liegen) als auch verschlechtern (wenn die Werte sehr kritisch sind). Insgesamt ist die Vollständigkeit der Daten im Register aber sehr hoch; es fehlt im Mittel nur etwa eine Angabe pro Patient. Weitere Merkmale des RISC II sind:

- Zur Beschreibung der Verletzungsschwere wird die schwerste und die zweitschwerste Verletzung herangezogen; dies erlaubt eine unterschiedliche Gewichtung für Mono- und Polytraumen,
- für das Alter gibt es feinere Abstufungen; Kinder unter 11 Jahren haben ein günstigeres Outcome,
- Als neue Variablen sind der Unfallmechanismus (stumpf/penetrierend), das Geschlecht sowie Vorerkrankungen (ASA vor dem Unfall) enthalten,
- Der INR (International Normalized Ratio) ersetzt den Quick-Wert als Gerinnungsmarker,

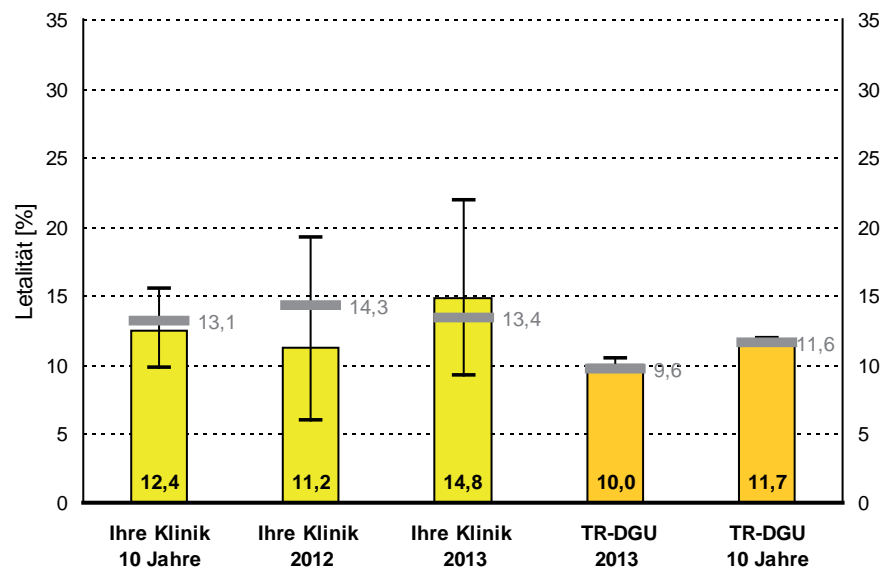


Abbildung 1: Beispiel der Grafik auf Seite 1 im TR-DGU Jahresbericht mit fiktiven Daten. Die gelben Balken stellen die beobachtete Sterblichkeit dar (mit 95% Konfidenzintervall als senkrechte Linie). Der Querbalken mit grauer Beschriftung zeigt die erwartete Prognose, basierend auf dem RISC II Score. Dargestellt werden die letzten beiden Jahre sowie das Gesamtergebnis der letzten 10 Jahre einer Klinik; die beiden rechten Balken stellen das Gesamtergebnis des TR-DGU dar.

- Vom GCS bleibt nur die motorische Komponente im Score
- Zusätzlich werden die Pupillenweite und die Lichtreaktion erfasst (ab 2015 werden diese Angaben auch im reduzierten QM-Datensatz gefordert)
- Der RISC II lässt sich für fast alle primär versorgten Patienten berechnen (ausgeschlossen werden aktuell nur Alter=0 und ISS<4).

Der RISC II wurde an fast 22.000 Patienten aus dem Jahr 2012 validiert. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr zufriedenstellend. Seine Diskriminationsfähigkeit (Fläche unter der ROC Kurve) konnte gegenüber dem ursprünglichen RISC nochmals verbessert werden. Auch weicht die Prognose nun kaum noch von der beobachteten Sterblichkeit ab (Präzision). Die nun vorliegenden Daten aus 2013 konnten diese Ergebnisse bestätigen. Weitere Validierungen des RISC II sind bereits geplant, auch in Daten aus anderen Registern.

Details zum neuen RISC II finden sie in der Publikation (Liefering 2014) oder im aktuellen TR-DGU Jahresbericht auf www.traumaregister.de.

Fazit und Ausblick

Die formalen Prüfungen hat der neue Score bestanden, jetzt muss er sich auch

in der Praxis bewähren. Der Einsatz der RISC II im Jahresbericht des Traumaregister DGU® bedeutet, dass der Maßstab, an dem wir das Outcome unserer Patienten messen, nicht mehr die 1990er Jahre sind (wie im original RISC), sondern ein aktueller Zeitraum, wo in ganz Deutschland TraumaNetzwerke bereits etabliert sind. Die Ergebnisse der einzelnen Kliniken variieren jetzt wieder in beiden Richtungen um den Erwartungswert. Einen „roten“ und „grünen“ Balken auf Seite 1 im Jahresbericht wird es aber nur noch geben, wenn die Ergebnisse deutlich abweichen, d.h. wenn die Prognose außerhalb des 95% Konfidenzintervalls der beobachteten Sterblichkeit liegt (► **Abb. 1**). Dies soll die Interpretation erleichtern und darauf hinweisen, dass kleinere Unterschiede oft nur zufallsbedingt sind.



Prof. Dr. Rolf Liefering, Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Universität Witten/Herdecke, Ostmerheimer Str. 200, 51109 Köln; rolf.liefering@uni-wh.de

Referenzen

Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WB. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple inju-

Aus den Verbänden

ries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974; 14: 187-96

Champion HR, Copes WS, Sacco WJ, Lawnick MM, Keast SL, Bain LW, et al. The Major Trauma Outcome Study: establishing national norms for trauma care. *J Trauma*. 1990; 30: 1356-65

Hoffmann M, Lehmann W, Rueger JM, Lefering R and Trauma Registry of DGU. Introduction of a novel trauma score. *J Trauma Acute Care Surg* 2012, 73: 1607-13.

Huber-Wagner S, Lefering R, Qvick LM, Körner M, Kay MV, Pfeiffer KJ, et al. Effect of whole-body CT during trauma Resuscitation on survival: a retrospective, multicentre study. *Lancet*. 2009; 373: 1455-61

Lefering R: Development and validation of the Revised Injury Severity Classification score for severely injured patients. *Europ J Trauma Emerg Med* 2009, 35:437-447

Lefering R, Huber-Wagner S, Nienaber U, Maegele M, Bouillon B. Update of the

trauma risk adjustment model of the TraumaRegister DGU: the Revised Injury Severity Classification, version II. *Crit Care* 2014; 18: 476

Ruchholtz S, Lefering R, Paffrath T, Oestern HJ, Neugebauer E, Nast-Kolb D, Pape HC, Bouillon B. Rückgang der Traumalität. Ergebnisse des Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. *Dt. Ärzteblatt* 2008, 105: 225-231

Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2016-2018 gesucht!

Sehr geehrte Mitglieder der DGU, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ich möchte Sie hiermit dazu aufrufen, dem Präsidium unserer Gesellschaft Kandidaten für den Nichtständigen Beirat vorzuschlagen.

Der Nichtständige Beirat ist vornehmlich die Vertretung der jüngeren, Nichtselbstständigen, was jedoch nicht ausschließt, dass auch selbständige Mitglieder in den Beirat gewählt werden können.

Die insgesamt zwölf Mitglieder des Nichtständigen Beirats haben im Präsidium der DGU Sitz und Stimme.

Ende 2015 läuft die Amtszeit folgender Mitglieder des Nichtständigen Beirats aus:

- PD Dr. Markus Burkhardt, Saarbrücken;

- Prof. Dr. Frank Hildebrand, Aachen;
- PD Dr. Sven Lendemans, Essen;
- Dr. Philipp Schwabe, Berlin;
- Dr. Fabian M. Stuby, Tübingen und
- Dr. Christoph Wölfel, Ludwigshafen.

Für diese sechs Kollegen müssen dem Präsidium Kandidatinnen oder Kandidaten für die Amtszeit 2016 bis 2018 vorgeschlagen werden. Das Präsidium wählt daraus zwölf aus, die der Mitgliederversammlung beim DKOU 2015 in Berlin zur Wahl der sechs Plätze vorgeschlagen werden.

Ich darf noch darauf hinweisen, dass gemäß unserer Satzung nur Mitglieder der DGU wählbar sind, und dass unmittelbare Wiederwahl nicht möglich ist. Bitte auch das schriftliche Einverständnis des Vorgeschlagenen einholen!

Senden Sie uns bitte per Mail, Fax oder per Post Ihre Vorschläge **bis zum 31.3.2015** zu. Vielen Dank!

Mit bestem Gruß

Ihr



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann
Generalsekretär der DGU.
DGU-Geschäftsstelle:
Str. des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Fax: 030 - 340 60 36
21, E-Mail: office@dgu-online.de

Ein unseriöser Versuch der Patientenakquise

Dr. Tilman Clausen

In einem Beschluss vom 04.11.2014 hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg einem Plankrankenhaus und einer Privatklinik auf Antrag anderer Krankenhäuser untersagt, mit niedergelassenen Vertragsärzten Vereinbarungen über deren Beauftragung zur Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen in Form mehrerer zuvor mit einer Vielzahl dieser Ärzte geschlossenen Rahmenvereinbarungen zu schließen und beiden Krankenhäusern für jeden Fall der Zuwiderhandlung ein Ordnungsgeld bis zu 250.000,00 EUR, ersatzweise Ordnungshaft angedroht.

Sachverhalt

Nach § 115a Abs. 1 SGB V kann jedes Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vorstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Das Krankenhaus kann die vor- und/oder nachstationäre Behandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Ärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. In den Rahmenvereinbarungen, deren Abschluss das Landessozialgericht dem Plankrankenhaus und der Privatklinik untersagt hat, wurde der in § 115a Abs. 1 SGB V definierte Begriff der vor- und nachstationären Behandlung „kreativ“ weiterentwickelt. Vorstationäre Leistungen im Sinne der Rahmenvereinbarungen sollten danach auch sein:

Einweisungen mit begründeter Stellungnahme, ausführlicher Arztbericht, ausfüllen des präoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit dem Patienten, Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die betreffende

Klinik, Bereitstellung der für den Eingriff erforderlichen Röntgenbilder an die betreffende Klinik.

Nachstationäre Leistungen im Sinne der Rahmenvereinbarungen sollten auch sein:

Nachsorge des Patienten (nach ca. 6-8 Wochen, sowie nach ca. einem Jahr) inklusive Röntgenkontrolle, ausfüllen des postoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit den Patienten in dem von den behandelnden Klinikarzt vorgegebenen Zeiträumen (nach ca. 6-8 Wochen sowie nach ca. einem Jahr) Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die jeweilige Klinik. Für die genannten Leistungen wurden den vertraglich an beide Krankenhäuser gebundenen niedergelassenen Vertragsärzten Komplexgebühren zwischen 60,00 und 100,00 EUR pro Fall, zugesagt.



Anträge abgelehnt

Die von Seiten des Plankrankenhauses und der Privatklinik angebotenen Rahmenvereinbarungen fanden bei niedergelassenen Ärzten regen Zuspruch, weshalb andere Krankenhäuser dagegen vorgingen und beim Sozialgericht Karlsruhe den Antrag stellten, den Krankenhäusern den Abschluss solcher Rahmenvereinbarungen im Wege der einstweiligen Anordnung wegen Eilbedürftigkeit zu untersagen.

Das Sozialgericht Karlsruhe hat diese Anträge abgelehnt, die dagegen beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingereichte Beschwerde hatte Erfolg.

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Niederlassung,

nachfolgend finden Sie die Kommentierung eines Urteiles des Landessozialgerichtes Baden-Württemberg durch Rechtsanwalt Dr. Tilman Clausen.

Der Beschluss zeigt deutlich, dass Kooperationen dieser Art unzulässig sind, auch wenn es politischer Wille ist, die Sektorengrenzen mehr und mehr aufzuweichen.

Bei Missachtung dieser Regel läuft man Gefahr, dass erbrachte Leistungen als verdeckte Zuweiser-Pauschale bewertet und entsprechend sanktioniert werden.

Ein Verstoß gegen das allgemeine Wettbewerbsrecht kann somit ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren zur Folge haben, bei dem hohen Strafen drohen.



Ich wünsche Ihnen eine lehrreiche Lektüre,

Ihr Karl-Dieter Heller

Prof. Dr. Heller,
1. Vorsitzender VLOU

Die Entscheidung des LSG

Das LSG Baden-Württemberg hat beiden Krankenhäusern den Abschluss der Rahmenvereinbarungen untersagt und sich zur Begründung auf die §§ 3, 8 Abs. 1 Satz 1 UWG i. V. m. §§ 73 Abs. 7, 115 a SGB V gestützt.

Die Leistungen, die von Seiten der niedergelassenen Vertragsärzte aufgrund der Rahmenvereinbarungen erbracht werden sollten, seien keine vor- und nachstationären Leistungen im Sinne von § 115 a SGB V, auch wenn Sie dort so bezeichnet worden sind, sondern ärztliche Leistungen, die zur vertragsärztlichen Versorgung der Patienten gehören und mit Krankenhausleistungen nichts zu tun haben. Sie können und müssen deshalb von den niedergelassenen Vertragsärzten bei Kassenpatienten gegenüber der für Sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Die Zahlung einer Vergütung von Seiten der beiden Krankenhäuser an die niedergelassenen Vertragsärzte, deren anwaltliche Berater sich die Rahmenvereinbarungen ausgedacht hatten, fällt somit nach Auffassung des LSG eine verdeckte Zuweiserpauschale dar, die das Einweiserverhalten

Aus den Verbänden

der niedergelassenen Vertragsärzte steuern soll. Dies verstößt gegen § 73 Abs. 7 SGB, durch den das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt auch in das SGB V aufgenommen worden ist. Das Verhalten beider Kliniken wurde von Seiten des LSG als Verstoß gegen allgemeine Grundsätze des Wettbewerbsrechts angesehen, die sich in § 3 UWG finden. Wer gegen wettbewerbsrechtliche Bestimmungen verstößt, kann nach § 8 Abs. 1 Satz 1 UWG auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Für einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist ein Anordnungsgrund erforderlich, d.h. die Angelegenheit muss eilbedürftig sein. Eilbedürftigkeit sah das Landessozialge-

richt hier schon deshalb vorliegen, weil ansonsten ein schwerwiegender, wirtschaftlicher, nicht wieder gut zu machender Schaden für die antragstellenden Krankenhäuser zu befürchten gewesen wäre.

Fazit

Verträge wie im vorliegenden Fall mit Zuweisern lohnen sich für die beteiligten Krankenhäuser und Ärzte somit nicht. Die von den Rahmenvereinbarungen betroffenen Krankenhäuser, die die einstweilige Anordnung beantragt und erhalten haben, können jetzt grundsätzlich auf Schadensersatzansprüche realisieren.

Zahlung aufgrund dieser Verträge an niedergelassene Ärzte können ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts der Untreue für diejenigen Personen nach sich ziehen, die diese Zahlung veranlasst haben.



Dr. Tilman Clausen
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeits- und Medizinrecht, armedis Rechtsanwälte, Hannover, www.amedis.de

Zulassungsverfahren zum Schwerstverletzungsarten (SAV) und Schwerstverletzungsartenverfahren Hand (SAV Hand)

Prof. Dr. Dietmar Pennig

Seit dem 1. Januar 2014 ist das Verletzungsartenverfahren in seiner bisherigen Form abgeändert worden. Für besonders schwere Fälle ist das Schwerstverletzungsarten (SAV) eingeführt worden, am 01.07.2014 ist zusätzlich das Schwerstverletzungsartenverfahren Hand (SAV Hand) ans Netz gegangen.

Bundesweit sind zum 30.11.2014 87 Krankenhäuser am SAV beteiligt. Bei der Einwohnerzahl der Bundesrepublik entspricht dies in etwa ein SAV-Haus pro

1 Mio. Einwohner und dies ist in etwa die Richtzahl, die für die Verteilung der überregionalen Traumazentren (1 Zentrum pro 1 Million EW) vorgesehen war. Die geographische Verteilung ist unterschiedlich. In NRW beispielsweise sind bei 18 Mio. Einwohnern acht Häuser zum SAV zugelassen worden.

Gesprächsbereitschaft signalisiert

Bis zum 31.10.2014 lagen 20 Anträge zum SAV Hand vor. Ein klarer Schwerpunkt in

diesem Versorgungsbereich bildet NRW mit 12 Anträgen. Die Auswirkungen der Abänderung der Anforderungen zum Verletzungsartenverfahren selbst sind derzeit noch nicht absehbar. Die Regelungen greifen letztendlich erst zum 31.12.2017. Bis zu diesem Zeitpunkt besteht noch eine Übergangsfrist, innerhalb derer die heute ermächtigten VAV-Krankenhäuser Bestandschutz haben. Vermutet wird seitens der DGUV, dass die Zahl der zugelassenen VAV-Kliniken sinken wird. Die Landesverbände haben wie in der Vergangenheit bei Unklarheiten oder Rückfragen zum Antragsverfahren Gesprächsbereitschaft signalisiert. Diese Möglichkeit sollte genutzt werden.

Einzelheiten zum Verfahren sind unter

http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/Schwerstverletzungsartenverfahren/index.jsp abrufbar.



Prof. Dr. Dietmar Pennig,
2. Vorsitzender VLOU



Jasmin Webinger, Daniela Keller, Barbara Budrich
Wie schreibe ich eine Doktorarbeit?
 Leitfaden für Mediziner und Zahnmediziner
 Springer Medizin, Berlin Heidelberg, 2014
 Preis 12,99 Euro

Hürden zum Doktorgrad überwinden

Promovieren oder nicht promovieren? Viele (zu viele) verzagen a priori, manche geben – aus unterschiedlichen Gründen: ungeeignetes Thema, fehlende Anleitung, divergentes Interesse des Betreuers, Zeitmangel u. a. – enttäuscht wieder auf. Allen, oft unsachlichen Mäkeleien zum Trotz stellt die medizinische Dr.-Dissertation noch immer einen wesentlichen (wenn auch nicht nötigen) Bestandteil der ärztlichen (Aus-)Bildung dar, indem sie im Unterschied zum prüfungsordnungsmäßigen Kanon des Staatsexamens ein eigenständiges, wissenschaftliches Bearbeiten einer Fragestellung mit zahlreichen dazugehörigen Arbeitsgängen erfor-

dert. Ohne Zweifel ist sie Ausgangspunkt weiterer wissenschaftlicher Unternehmungen und gleichermaßen Schlüssel des Erkenntnisverständnisses von Problemen der praktischen Medizin. Die Verfasser haben es verstanden, dem Promovenden sehr systematisch die vielen Aspekte seiner Arbeit wirklichkeitsnah und die gegebenen Voraussetzungen und Anforderungen lös- und erfüllbar darzustellen, ihm auch über die (unvermuteten) Hürden hinwegzuhelfen, nicht zuletzt Unterstützung bei der handwerklich-praktischen Ausführung zu vermitteln. Notabene: Auch für Promotoren geeignet.

Professor Dr. J. Probst, Murnau



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH (Hrsg.)
Das Krankenhaus eine Zierde der Stadt
 Das Carl-Thiem-Krankenhaus Cottbus zwischen 1914 und 2014
 Geschichtsbüro Verlag Reder, Roeseling & Prüfer, Köln, 2014
 Preis 19,90 Euro

Ein Klinikum wird 100

Das „CTK“ feierte 2014 sein 100-jähriges Bestehen. Die aus diesem Anlass geradezu liebevoll verfasste Schrift nimmt in weiten Teilen auf Carl Thiem (1850–1917) Bezug. Von ihm ist auch der Titel „... eine Zierde der Stadt“ entlehnt, ausgesprochen bei der Eröffnung des maßgeblich von ihm initiierten Städtischen Krankenhauses Cottbus wenige Tage vor Ausbruch des 1. Weltkrieges. Die hundertjährige Entwicklung bis zum heutigen Klinikum der Maximalversorgung – mit einer bedeutenden, vor allem von Klaus Welz schon seit den 1960er Jahren zielstrebig geförderten Unfallchirurgie – bietet allein schon eine interessante Lektüre. Doch mehr noch ist dieses Buch eine schöne Würdigung Carl Thiems, der – auch dies ein Jubiläum – vor 120 Jah-

ren, 1894, gemeinsam mit Kühne und Blasius die „Abtheilung Unfallheilkunde“ in der Gesellschaft Deutscher Ärzte und Naturforscher“ gründete. Man erfährt viel über seinen eigenwilligen Lebensweg und vor allem seine Beweggründe der Inauguration der chirurgischen Spezialität „Unfallchirurgie“ (anstelle der von ihm als undifferenziert empfundenen Unfallheilkunde). Heute steht außer Frage, dass Carl Thiem als Einzelkämpfer, wie später Lorenz Böhler in Österreich sowie Gerhard Küntscher für die stabile Osteosynthese, aus sich heraus unser Fach aus der Taufe gehoben hat.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau



Michael Raute
Jude – venia entzogen 1934
 Schicksale deutsch-jüdischer Chirurgen nach 1933
 Leipziger Universitätsverlag, Leipzig, 2014
 Preis: 24,00 Euro

Wo sind sie geblieben?

Unter den inzwischen nicht wenigen „Aufarbeitungen“ der NS-Zeit im gesamten medizinisch-ärztlichen Bereich ragt diese Publikation aus zwei Gründen heraus: Sie ist weder eine solche einer wissenschaftlichen Gesellschaft oder Institution, sondern ohne einen solchen Bezug das Werk eines Einzelautors; noch wichtiger aber erscheint das Konzept des Verfassers, aus 273 ermittelten jüdischen Chirurgen beispielhaft die Schicksale von deren 62 – darunter auch einige Mitglieder der damaligen Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde –, in ihren Lebenswegen und Lebensleistungen den ihnen zugefügten Verfolgungsmaßnahmen bis hin zu Deportation und Ermordung, ergänzt durch zahlreiche amtliche Dokumente der Zeit, gegenüberzustellen. Er beschreitet ausdrücklich nicht den Weg der Täterbeschreibung bzw. fiktiven Täterschelte, wie sie in Verkennung der moralischen

Verpflichtung auch der Nachkriegsgenerationen, z.T. tendenziös, modisch geworden ist. Dem Verfasser ist zuzustimmen, dass es hier weder auf eine Verurteilung noch auf eine Verteidigung der zeitgenössischen Kollegen ankommt, sondern auf die Wiederherstellung der Ehre der Geschändeten und Gedemütigten, was die überzeugend gelungene Würdigung deren tadelsfreien menschlichen und beruflichen Verhaltens, sowohl ihres Wirkens vor als auch ihrer Haltung in der Verfolgungszeit voraussetzt und beinhaltet.

Im Geleitwort fragt M. Trede „wie konnte dies alles passieren?“ und bekennt, „das große Rätsel“ bleibe. M. Raute entzieht sich der geschichtlichen Einordnung indessen nicht, indem er dem umfangreicheren biographischen Teil eine zwar konzentrierte, aber dennoch bemerkenswert vollständige

Für Sie gelesen

Fakten- und Situationsschilderung der unmittelbar nach der „Machtergreifung“ einsetzenden, unter missbräuchlicher, d. h. illegaler Anwendung staatlicher Gewalt betriebenen Verfolgungen voranstellt, damit zugleich die (noch immer gängige) Arbeitsweise einer Diktatur erklärt. Das Nachwort beklagt

– zu Recht – die häufig rituelle Gedankenlosigkeit im Umgang mit den NS-Verbrechen. Umso mehr ist dem Autor zu danken, den verlorenen Kollegen mit diesem Buch ein edles Denkmal gesetzt zu haben.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau



Leonhard J. Schnorrenberg, Heinz K. Stahl, Hans H. Hinterhuber, Anna Maria Pircher-Friedrich (Hrsg.)

Servant Leadership Prinzipien dienender Führung in Unternehmen

Erich Schmidt Verlag,
Berlin, neu bearbeitete
Auflage 2014.
Preis 59,95 Euro

Führen lernen

Servant Leadership, eine praktische Führungsphilosophie, stellt den Menschen in den Mittelpunkt, benutzt ihn nicht als Mittel zum Zweck. Oder, anders ausgedrückt: Verstehen zu wollen, was Dienstleistung bedeutet. In zahlreichen Beiträgen aus sehr unterschiedlichen Bereichen – Volks-/Betriebswirtschaft, Philosophie, Management, Ökonomie, Medizin, Organisationsentwicklung u. v. a. m. – wird (nur vordergründig an Wirtschaftsverhalten und -führung orientiert) das Wesen der Führung analysiert und ein sinniges Konzept vorgestellt, das zu einem wesentlichen Teil in die Führungsverantwortung mündet. Dass

diese Gedankengänge nicht neu sind, erhellt aus historischen, interessant eingefügten Zitaten, deren ältestes „Gehe mit deinen Untergebenen um, wie du willst, dass ein Höherer mit Dir umgeht“ (SENECA) eine leider oft unerfüllte Forderung bleibt. Für den nicht immer sach- und personengerechten Umgang zwischen Klinikmanagement und ärztlicher Klinikführung bietet der Band eine Menge Anregungen und Hilfen und darüber hinaus lesenswerte Einblicke in die ineinandergreifenden Realitäten des ökonomischen Daseins.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau



Reiner Bartl (Herausgeber):

Klinische Osteologie Entstehung, Diagnostik, Prävention und Therapie aller Knochenkrankungen

Thieme-Verlag, 1. Auflage
2014
Preis 99,99 Euro.

Osteologischer Altmeister

Das Buch „Klinische Osteologie“ herausgegeben und im Wesentlichen auch verfasst von Reiner Bartl stellt das Lebenswerk eines „osteologischen Altmeisters“ dar. Das Buch weist eine strikte Gliederung in 7 Teile auf: Knochen und Knochenstoffwechsel, Einteilung und Diagnostik der Knochenkrankheiten, Therapie der Knochenkrankheiten, Knochenbrüche, systemische Knochenkrankheiten, lokale Knochenkrankheiten, Organe/Gewebe und Knochen, Tumor und Knochen, Medikamente/ionisierende Strahlen und Knochen.

Die einzelnen Teile untergliedern sich wiederum in Kapitel. Der Titel beansprucht die Beschreibung der Entstehung, Diagnostik, Prävention und Therapie

aller Knochenkrankheiten, was mutig ist, da es schwierig ist zu definieren, welche Knochenkrankheiten und -veränderungen alle in die Osteologie fallen. Gehört beispielsweise die Arthrose in ein Lehrbuch der Osteologie? Wie sieht es mit Entwicklungsstörungen des Knochens (Osteodysplasien) aus?

Als kleinen „Makel“ empfinde ich es, dass der Herausgeber mit keinem Wort auf die S3-Leitlinie des Dachverbandes Osteologie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose im Erwachsenenalter eingeht.

Prof. Dr. Klaus M. Peters, Nümbrecht

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-Zertifizierungskurse I/II/III in 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ludwigs-hafen	Kurs I Früharthritits in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	07.03.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 125€ ¹ 150€ ²	6
Berlin	Kurs I Früharthritits in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	22.10.2015			Kurs II 150€ ¹ 175€ ²	6
Freiburg	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	28.02.2015			Kurs III 200€ ¹ 250€ ²	6
Baden-Baden	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	01.05.2015			Refresher 48€ ¹ 58€ ²	6
Ludwigs-hafen	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	20.06.2015				6
Stuttgart	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	20.–21.03.2015				6
Berlin	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	23.–24.10.2015				6
Baden-Baden	Rheuma-Refresher-Kurs	02.05.2015				

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

Service / Fort- und Weiterbildung

ORFA – Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin – Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	ORFA-Kick off	22.04.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	kostenlos	

5. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	Dez. 2015	Prof. Ekkernkamp Prof. Wich Prof. Barthlen	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			Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ ¹ 240€ ² 120€ Crashkurs	
Baden-Baden	K-Taping-Crash-Kurs	01.05.2015				
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	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	

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

ADO Kooperationen

Stoßwellentherapie DIGEST e.V. Fachkunde-Kompaktkurs vom 10.-13.06.2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Modul 1 Basiskurs	10.06.2015	Priv. Doz. Dr. Hausdorf	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	290€ DIGEST Mitglieder 310€ ¹ 330€ ² je Kursmodul	n. n.
	Modul 3 Tendopathien d. unteren Extremitäten	11.06.2015	Dr. Ringeisen			
	Modul 2 Tendopathien d. oberen Extremitäten	12.06.2015				
	Modul 6 Myofasciale Schmerztherapie/ Neurologie/Spastik	13.06.2015				

13. Teltower Orthopädisches Frühlingsforum

Das Hüftgelenk

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Teltow	Diagnostik und therapeutische Möglichkeiten	21.03.2015	Dres. Hartmann/ Enenkel	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	15€ (Bitte nur überweisen, nicht vor Ort bezahlen!)	6

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		01.05.2015				
Berlin		22.10.2015				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Prien	Weiterbildung Manuelle Medizin "LBB1 Lenden-Becken-Bein"	25.02.-01.03.2015	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
Hamburg		25.03.-29.03.2015				40
Boppard		22.04.-26.04.2015				40
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				49

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

Service / Fort- und Weiterbildung

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 Dr. Götz M. Kaune	GHBF e.V. Haimhauserstr. 1 80802 München Tel: +49 89-330 370 53 Fax: +49 89-330 371 31	455€ (GHBF Mitglieder 364€) In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung."	24
		26.–28.06.2015				
		16.–19.07.2015				
		11.–13.09.2015				
		13.–15.11.2015				

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

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ofterschwang	AE-Kurs Hüfte/ AE-Masterkurs Hüfte	12.03.2015	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	
Tübingen	Kompakturs Periprothetische Frakturen	14.04.2015				
Berlin	Basiskurs Schulter/ Kongress Schulterendo- prothetik	16.–18.04.2015				
Köln	Masterkurs Knie	24.–25.04.2015				
Berlin	Masterkurs Knie	03.–04.07.2015				
Köln	Masterkurs Hüfte	04.–05.09.2015				
Frankfurt a. Main	Kongress Qualitäts- u. Sicherheitsinitiative	05.–06.11.2015				
Ofterschwang	AE-Kurs Knie/ AE-Masterkurs Knie	19.–21.11.2015				
Stuttgart	17. AE-Kongress	04.–05.12.2015				

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

Initiative '93 Technische Orthopädie 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Rostock	Modul 3+4 Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittsläsion	11.–13.09.2015	Prof. Dr. Mittelmeier	Tel. +49 (5424) 220-100 per Fax an: (05424) 2 20-444 o. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300 € 400 € ²	n. n.
Innsbruck/ Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	18.–19.09.2015	Dr. Landauer	Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde	150 € ¹ 200 € ²	
Dortmund	Modul 5 Refresher + Prüfung	27.–28.11.2015	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			
Heidelberg	Basiskurs Technische Orthopädie	24.–25.04.2015	Prof. Greitemann, Prof. Ewerbeck Dipl.-Ing. Alimusaj	ADO Akademie Dt. Orthopäden info@institut-ado.de		

Sonographiekurse 2015 Hamburg

Sonographiekurse Haltungs- und Bewegungsdiagnostik/ Säuglingshüfte

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsapparat (B1)	11.–13.09.2015	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.
	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/ 2016

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 5 Abschlußkurs, Fallbeispiele	20.–21.03.2015	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopaeden.com	Pro Kurs: 320 €	85
	Kurs 1 Obere Extremitäten	25.–26.09.2015				
	Kurs 2 Wirbelsäule	13.–14.11.2015				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	11.–12.12.2015				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Geleigenkerkrankung	15.–16.01.2016				
	Refresherkurs Berlin	11.–12.02.2016				

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

Service / Fort- und Weiterbildung

BVOUcert QM-Schulung 2015						
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	1500€ für Arzt zzgl. Helferin, inkl. Handbuch und Verpflegung	

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	290€ DIGEST Mitglieder 310€ ¹ 330€ ²	11
	GHBF "Haltungs u. Bewegungsdiagnostik"	30.04.2015	Michael Kaune		kostenlos	
	AK Oberflächen EMG	30.04.2015	Dr. M. Meichsner		kostenlos	
	Extrakorporale Stoßwellen (Sinfomed)	30.04.2015	Dr. M. Hansen		125€	
	AK niedergelassene Operateure	01.05.2015	Dr. Heppt/ Dr. Weinhart		kostenlos	
	EMG - Kompaktkurs	01.05.2015	Dr. M. Meichsner		125€	
	Taping-Crash-Kurs	01.05.2015	Ingo Geuenich		120€	
	"Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen"	01.05.2015	Dr. Schwokowski		125€ ¹ 150€ ²	6
	Röntgen-Aktualisierungs-Kurs	02.05.2015	Dr. Flechtenmacher		400€ Nichtmitglieder Ärzte 200€ Nichtmitglieder Assistenzärzte 200€ BVOU und VSOU-Mitglieder 100€ Ass.ärzte BVOU-Mitglieder	9
	MRT Kurs	02.05.2015	Dres. Goldmann/ Mauch		kostenlos	
Rheuma-Refresherkurs	02.05.2015	Dr. Schwokowski	48€ ¹ 58€ ²			

3D/4D Wirbelsäulervermessung 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 Wirbelsäulervermessung 4D-motion						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bochum	4D-motion	18.04.2015	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	3D/4D: 150€ ¹ 200€ ²	9
Baden-Baden	3D/4D Wirbelsäulervermessung	01.05.2015				
Baden-Baden	4D-motion	02.05.2015				
Fulda	4D-motion	26.09.2015				
Berlin / DKOU	3D/4D Wirbelsäulervermessung	24.10.2015				
					4D motion: 150€ ¹ 200€ ² inkl. Handouts und Verpflegung	

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

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	beantragt

Cologne Conference 06.06.2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Myofasziale Schmerzen	06.06.2015	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	80€ IGTM-Mitglieder 35€ IGTM-Schüler/Studenten 110€ ² 60€ ² Schüler Studenten 35€ Rahmenveranstaltung	7

VFOS Kursreihe „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Aufbaukurs	13.–15.03.2015	Dr. Löffler	MVZ am Nordbad Schleißheimer Str. 130 Mail: a.kugler@sport-ortho.de www.vfos.info Tel. 01523/ 8476601 Fax. 089/ 1233 052*	Grundkurs 380€	30
	Abschlusskurs	14.–15.11.2015	Dr. Krüger-Franke Dr. Kugler Dr. Scholz Dr. Schöllkopf		Aufbaukurs 380€ Abschlusskurs 280€ Refresherkurs 170€ ¹	10

4. Berliner Knorpelsymposium

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Grundlagen der regenerativen Knorpeltherapie Indikationsstellungen Behandlungen Reha	17.04.2015	Dr. Laute PD Dr. Scheffler	Intercongress GmbH Karlsruher Straße 3 79108 Freiburg fon 0861/ 696 990 fax 0761/ 696 99 11 info.freiburg@intercongress.de www.intercongress.de	kostenlos	n. n.

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2015										
Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie / Manuelle Medizin. Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e.V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.										
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte				
Isny	Manuelle Medizin – Grundkurs I	14.–21.03.2015	Dr. Hermann Locher	Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562 / 9718-14 Fax: 07562 / 9718-22 email: falkowski@aerztseminar-mwe.de www.aerztseminar-mwe.de	auf Anfrage	n. n.				
Damp	Manuelle Medizin – Grundkurs I	18.–25.04.2015								
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	12.–14.06.2015								
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	19.–21.06.2015								
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	18.–20.09.2015								
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	25.–27.09.2015								
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	18.–20.09.2015								
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	25.–27.09.2015								
Isny	Manuelle Medizin – Grundkurs I	10.–17.10.2015								
Damp	Manuelle Medizin – Grundkurs I	07.–14.11.2015								
Hannover	Manuelle Medizin – Grundkurs I	14.–19.11.2015								
Osteopathiekurse										
Isny	Einführungskurs (E)	18.–20.06.2015								
Bad Iburg	Einführungskurs (D)	03.–05.09.2015								
Refresherkurs										
Reschen/Italien	Gesamtrefresher/ Kompetenzhaltungskurs	28.02.–07.03.2015								
Königstein	Gesamtrefresher/ Kompetenzhaltungskurs	01.–08.08.2015								
Castelletto di Brenzone/Italien	Internationaler klinischer Refresher	11.–14.06.2015								
Ascheffel	Tagesrefresher / Best of Wirbelsäule und Extremitäten	09.05.2015								
Ascheffel	Tagesrefresher / Manualmed. Algorhythmus bei Verkettungssyndromen	29.08.2015								
Neuss	Tagesrefresher / HWS	07.11.2015								
Hannover	Tagesrefresher / LWS + SIG	21.11.2015								
Isny	Wochenendrefresher Untere Verkettung / LWS+SIG	25.–26.04.2015								
Isny	Wochenendrefresher Obere Verkettung / HWS + Thorax	12.–13.09.2015								
Sonderkurs										
Lech/Austria	ESSOMM Winterconference	07.–10.12.2015								

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

D.A.F. Kurse (Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. 2015)

DAF Zertifikat Fußchirurgiekurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Anatomischer Präparationskurs	20.–21.02.2015	J. Andermahr	Kongress- u. Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29 61352 Bad Homburg Tel. 06172/ 6796-0 Fax. 06172/ 6796-26 info@kmb-lentzsch.de	siehe Homepage www.fuß-chirurgie.de	
Greifswald	Anatomischer Präparationskurs	06.–07.03.2015	J. Lange			
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	15.–16.05.2015	J. Andermahr T. Filler S. Rammelt			
Düsseldorf	Operationskurs Vorfußchirurgie	06.–07.03.2015	J. Dohle			
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	18.–19.09.2015	J. Lange			
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	13.–14.11.2015	M. Gabel U. Gronwald			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	13.–14.03.2015	D. Frank M. Abbara Czardybon A. Prescher			
Bochum	Operationskurs Arthrodesen	29.–30.05.2015	U. Klapper			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	11.–12.09.2015	D. Frank M. Abbara Czardybon A. Prescher			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	03.–04.07.2015	M. Thomas M. Jordan			
Hannover	Operationskurs Sehnenchirurgie	25.–26.09.2015	C. Stukenborg-Colsman			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	27.–28.11.2015	M. Thomas M. Jordan			
Bad Saarow	Operationskurs Rheumafuß	12.–13.06.2015	J. Osel			
Düsseldorf	Operationskurs Rheumafuß	19.–20.06.2015	R. Krauspe			
Bad Saarow	Operationskurs Rheumafuß	09.–10.10.2015	J. Osel			
Düsseldorf	Workshop Kinderfuß	19.–20.06.2015	R. Krauspe			
Wien	Workshop Kinderfuß	20.–21.11.2015	R. Ganger			
Hannover	Operationskurs Traumatologie	17.–18.04.2015	J. Geerling			
Schwarzenbrück	Operationskurs Traumatologie	08.–09.05.2015	M. Richter S. Zech			
Münster	Operationskurs Traumatologie	18.–19.09.2015	S. Ochman			

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

Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt den Innovationspreis 2015 aus. Der Preis wird von der Firma DePuy gestiftet. Er ist mit

10.000 Euro

dotiert.

Der Preis dient der Förderung von Innovationen in der Unfallchirurgie. Er wird

für wissenschaftliche Arbeiten über diagnostische oder anwendungstechnische Innovationen vergeben, die zeitnah in die Patientenversorgung einfließen können. Die Preissatzung ist auf <http://www.DGU-online.de> (Rubrik DGU – Preise/Stipendien) veröffentlicht.

Die Bewerbung um den Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchi-

irurgie e.V. ist zusammen mit der Preisarbeit, einem Lebenslauf und einem Publikationsverzeichnis (jeweils in fünffacher Ausfertigung) bis zum **31.5.2015** einzusenden an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin*

Albert-Hoffa-Preis 2015

Die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e.V. verleiht im Jahr 2015 wieder den Albert-Hoffa-Preis.

Prämie von € 2.500,00

Der Preis wird verliehen für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. ihrer Grenzgebiete, die in den letzten beiden Jahren vor Erteilung des Preises im Druck erschienen ist. Es kann auch ein nachweislich zum Druck angenommenes Manuskript eingereicht werden. Die Arbeit muss in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Das Bewerbungsschreiben muss eine Er-

klärung enthalten, ob für dieselbe Arbeit bereits ein Preis verliehen wurde und ob und ggf. wo dieselbe Arbeit zuvor oder gleichzeitig zu einem anderen Preis eingereicht worden ist.

Die Prüfung der Arbeit erfolgt durch die Albert-Hoffa-Preiskommission.

Die Arbeit muss in 4 Exemplaren eingereicht werden.

Bewerbungen bitte an den Vorsitzenden der Albert-Hoffa-Preiskommission,

Herrn Prof. Dr. A. Karbowski, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Spezielle Or-

thopädische Chirurgie am Krankenhaus der Augustinerinnen, Jakobstr. 27-31, 50678 Köln bis zum **31.03.2015**.

Die Bekanntgabe des Preisträgers und die Preisverleihung erfolgen in der Eröffnungsveranstaltung der 63. Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung vom 18.06. – 20.06.2015 in Hamburg.

Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik 2015 Ausschreibung

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) schreibt den mit

10.000 Euro

dotierten Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik für das Jahr 2015 aus.

Einreichungsschluss ist der 31. Juli 2015.

Für den Preis können Arbeiten eingereicht werden, die Innovationen in der Endoprothetik beschreiben. Er kann für diagnostische oder anwendungstechni-

sche Ideen vergeben werden. Die Preisarbeit kann in dem der Verleihung vorangehenden Kalenderjahr in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht sein. Auch publikationsreife Manuskripte können angenommen werden.

Arbeiten, die bereits ausgezeichnet oder die für eine andere Preisauszeichnung eingereicht wurden, können nicht angenommen werden. Eine schriftliche Bestätigung ist der Bewerbung beizulegen.

Bitte senden Sie Ihre **Bewerbung** um den Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, die **schriftliche Erklärung**, sowie ein **anonymisiertes Exemplar** (d.h. ohne Angaben der Autorennamen bzw. sollte die Arbeit bereits veröffentlicht sein, ohne Hinweise auf die Veröffentlichung) und eine **Originalarbeit** der Preisarbeit **ausschließlich per E-Mail** an info@dgooc.de.

*Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
E-Mail: info@dgooc.de*



Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis verliehen vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Das DNVF schreibt den mit

2.500 Euro

dotierten Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis aus.

Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und ist für die Auszeichnung und Förde-

rung einzelner oder einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, die Mitglieder des DNVF sind. Dies schließt die Mitglieder der im DNVF zusammengeschlossenen Fachgesellschaften, also auch die der DGOOC und der DGU und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute und Zentren, die Mitglied oder Fördermitglied im DNVF e.V. sind, ein.

Abgabetermin für Bewerbungen ist der **31.03.2015**.

Alle ausführlichen Informationen zu der Ausschreibung, den einzureichenden Bewerbungsunterlagen, der Jury etc. finden Sie unter <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de>

Neues und Informatives aus der Pharmaindustrie und Medizintechnik.
Ein Service des Georg Thieme Verlags.

Die nachfolgende Rubrik erscheint außerhalb der Verantwortung der Herausgeber und der Schriftleitung.
Die Inhalte spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung der Verbände und Gesellschaften wider.
Sie sind von den Firmen zur Verfügung gestellt, und alle Angaben sind ohne Gewähr.

Enzyme statt NSAR bei Überlastung im Sport

Leistungs- und Hobbysportler können von der entzündungsregulierenden Wirkung eines oralen Enzympräparats profitieren. Die unerwünschten Wirkungen der gängigen NSAR-Behandlung wären damit vermeidbar. Bei erschöpfenden sportlichen Betätigungen, etwa Marathonläufen, steigen die Spiegel des Zytokins Interleukin-6 (IL-6) ähnlich an wie bei Patienten mit Sepsis, erklärte PD Dr. Johannes Scherr, München¹. Der Anstieg bringe das Gleichgewicht aus pro- und antiinflammatorischen Stimuli aus der Balance. Inflammation und oxidativer Stress als Konsequenz der mechanischen Muskelfaserschädigung nehmen zu und können zahlreiche Organsysteme belasten. Der Überschuss an IL-6 beeinflusst auch die Blutgerinnung. Die Folge können Plaque-Rupturen mit einer erhöhten Plättchenaggregationsneigung, Gefäßverschluss und im Extremfall Arrhythmien und plötzlicher Herztod sein. Scherr wies darauf hin, dass die bei chronischen Entzündungen vermehrten proinflammatorischen Zytokinen eine Immunsuppression mit erhöhter Infektneigung (open window) bewirken können.

Proteolytische Enzyme haben sich zur Normalisierung der Zytokin-Balance als wirksame Alternative zu herkömmlichen NSAR erwiesen. Diese werden gerade von Breitensportlern häufig zur Linderung der Beschwerden bei ausgedehnten Belastungen prophylaktisch eingenommen, sind jedoch mit einer Reihe von Nebenwirkungen assoziiert. In einer Studie bei Probanden mit rheumatologischen Erkrankungen schnitt ein Enzympräparat² in puncto Beschwerdefreiheit und Verträglichkeit deutlich besser ab als ein NSAR.

Ob die orale Substitution proteolytischer Enzyme vor und nach einer erschöpfenden Belastung das Ausmaß der Entzündung und Muskelschädigung sowie die Inzidenz von Atemwegsinfektionen reduziert und das Ausmaß prothrombotischer hämostatischer Veränderungen senkt, wird in der Enzy-MagIc-Studie geprüft. 160 gesunde Marathonteilnehmer erhielten entweder das aus 90 mg Bromelain, 48 mg Trypsin und 100 mg Rutosid bestehende Enzympräparat oder Placebo. Primärer Endpunkt ist der Einfluss des Enzympräparats auf den Entzündungsmarker IL-6, zu den sekundären Endpunkten zählen die Frequenz von Infektionen der oberen Atemwege, Veränderungen der IgA-Konzentration im Speichel, Veränderungen der muskulären Kreatinkinase, muskuläre Schmerzen und Veränderungen weiterer Zytokine. Erste Ergebnisse der bereits abgeschlossenen Untersuchung werden noch in diesem Jahr erwartet, so Scherr.

Dagmar Jäger-Becker, Rodgau

¹ „Von Open-Window bis Überlastung: Therapiekonzepte für Athleten“ im Rahmen des Deutschen Sportärztekongresses in Frankfurt/Main im September 2014, Veranstalter: Mucos Pharma

² Wobenzym® plus, Mucos Pharma GmbH & Co. KG, Oberhaching

Rasche und effektive Abhilfe bei Gelenkschmerzen

Damit der Patient mit arthrotischen Beschwerden rasch wieder auf die Beine kommt, um seine gewohnten täglichen Aktivitäten absolvieren zu können, ist er einer antientzündlichen Arthrosetherapie zu unterziehen, die rasch ihre starke sowie anhaltende Wirksamkeit entfaltet und darüber hinaus gut vertragen wird. Dafür empfehlen die neuen Leitlinien der Osteoarthritis Research Society International (OARSI) den Einsatz selektiver COX-2-Inhibitoren, berichtete der in Ravensburg niedergelassene Orthopäde Dr. Fritjof Bock auf einer Pressekonferenz¹.

Einmal tägliche Einnahme

Unter den in Deutschland verfügbaren COX-2-Hemmern weist Etoricoxib² das breiteste Indikationsspektrum auf. Bock favorisiert dieses Präparat gegenüber den traditionellen NSAR, weil es nur einmal täglich eingenommen zu werden braucht und deshalb die Compliance fördert. Überdies entfaltet die Substanz rasch und anhaltend ihre analgetische Wirksamkeit. Dank der Akkumulations-Halbwertszeit von rund 22 Stunden ist eine gute Schmerzstillung rund um die Uhr zu erwarten.

Bestätigt wird die schnell und stark einsetzende Analgesie u.a. durch eine Metaanalyse aus 7 randomisierten Studien, an denen insgesamt 3544 Patienten mit arthrotischen Beschwerden teilgenommen hatten. Wie der WOMAC-Arthrose-Index bestätigte, entfaltet Etoricoxib bei entzündlichen Gelenkschmerzen eine rasche und ausgeprägte Wirksamkeit. Den Beweis dafür lieferte die sehr niedrige Number needed to treat (NNT). Damit sich die Intensität der Gelenkschmerzen nach 2 Wochen mindestens halbiert, brauchen lediglich 3,7 Patienten einmal täglich mit 60 mg Etoricoxib behandelt zu werden. Erhält der Patient dagegen täglich 2400 mg Ibuprofen, schnell die NNT auf 6,5 hoch.

Vor der Verschreibung Blutdruck messen

Weil das kardiovaskuläre Risiko mit der Dosis und der Dauer der Behandlung zunehmen kann, sind COX-2-Inhibitoren stets in der niedrigsten wirksamen Dosis über einen möglichst kurzen Zeitraum einzusetzen. Vor einer solchen Verschreibung wird deshalb in der Praxis von Bock immer der Blutdruck gemessen. Zudem gilt: Wegen gastrointestinaler Beschwerden muss eine Therapie mit Etoricoxib seltener abgebrochen werden als eine mit Diclofenac.

Karl B. Filip, Landsberg

¹ Pressekonferenz „Arcoxia®: Mit frühem Wirkeintritt und guter GI-Verträglichkeit den Alltag meistern“ im September 2014 in Frankfurt/Main, Veranstalter: Grünenthal

² Arcoxia®, Grünenthal GmbH, Aachen

Neue DVO-Leitlinie: Denosumab erhält Empfehlung zur Erstlinientherapie

Die kürzlich aktualisierte S3-Leitlinie des Dachverbands Osteologie e. V. (DVO) bietet evidenzbasierte und von allen relevanten Fachgesellschaften verabschiedete Handlungsempfehlungen für Prävention, Diagnose und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 60. Lebensjahr. Auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage unterstützt die Leitlinie die behandelnden Ärzte bei der Auswahl einer für den jeweiligen Patienten und sein individuelles Frakturrisiko am besten geeigneten Therapie und gewährleistet so eine qualitativ hochwertige Versorgung dieser Patienten. Eine der wesentlichen Neuerungen gegenüber der Vorversion der DVO-Leitlinie betrifft die medikamentöse Therapie der Osteoporose: Aufgrund der soliden Datenlage und der stark ausgeprägten Reduktion des Frakturrisikos an Wirbelsäule, Hüfte und Peripherie wurde nun erstmals auch der RANK-Ligand-Inhibitor Denosumab¹ aufgenommen – und zwar mit AAA-Bewertung als Erstlinientherapie.

Reduktion des Frakturrisikos

Die zuverlässige frakturprophylaktische Wirkung an Lendenwirbelsäule (LWS), Hüfte und Peripherie wird damit erklärt, dass Denosumab – anders als Bisphosphonate – die Knochenresorption nicht nur an trabekulären, sondern auch kortikalen Oberflächen hemmt. Wie die Langzeitdaten der FREEDOM-Studie (Fracture Reduction Evaluation of Denosumab in Osteoporosis) belegen, nimmt die Knochendichte während der 8 Jahre Therapie mit Denosumab kontinuierlich zu – an der LWS um 18,5 %, an der Gesamthüfte um 8,2 % (je $p < 0,05$ vs. Ausgangswert). Während der Behandlung lag die jährliche Inzidenz von neuen vertebrealen und nicht vertebrealen Frakturen konsistent auf niedrigem Niveau und betrug nach 8 Jahren 1,2 bzw. 0,7%. Zudem wirkt der RANK-Ligand-Inhibitor dem altersassoziierten kortikalen Knochenverlust am distalen Radius entgegen und kann sogar Knochen wieder aufbauen. So kann das Handgelenksfrakturrisiko verringert werden. Denosumab war während der gesamten Dauer der FREEDOM-Studie gut verträglich.

„Die anhaltende Frakturreduktion an allen skelettalen Bereichen, das gute Sicherheitsprofil und die compliancefreundlichen halbjährlichen Injektionsintervalle sind die Stärken von Denosumab“, konstatierte Prof. Christopher Niedhart, Heinsberg. „Dadurch hebt sich die Substanz von allen anderen antiresorptiven Therapien ab.“ Auch im klinischen Alltag habe sich das günstige Sicherheitsprofil des RANK-Ligand-Inhibitors bei mittlerweile mehr als 225 000 behandelten Patienten bestätigt.

Nach einer Pressemitteilung (Amgen)

¹ Prolia®, Amgen GmbH, München

Ergänzende bilanzierte Diät auch als Riegel

Seit Oktober 2014 gibt es eine ergänzende bilanzierte Diät¹ zusätzlich als Milchproteinriegel mit Schoko-Brownie-Geschmack. Der 60-Gramm-Riegel entspricht in seiner Zusammensetzung in Bezug auf den Gelenk-Aktiv-Komplex einer Tagesportion der bewährten Darreichungsform Granulat plus Kapseln. Er ist als Wochenpackung exklusiv in der Apotheke erhältlich. So kann die Nährstoffkombination auch unterwegs oder als geschmackliche Alternative zur bekannten Darreichungsform eingenommen werden.

Die ergänzende bilanzierte Diät enthält eine Kombination aus synergistischen Knorpelbestandteilen und gelenkaktiven Mikronährstoffen. Glucosaminsulfat, Chondroitinsulfat, Hyaluronsäure und Kollagenhydrolysat als Bestandteile der extrazellulären Matrix unterstützen den Knorpelstoffwechsel, N-Acetylcystein, Kalzium, Magnesium sowie die Vitamine D3, K1, C und B6 den Knorpel- und Knochenstoffwechsel. Außerdem liefert sie Omega-3-Fettsäuren und Antioxidanzien mit entzündungshemmender Wirkung.



Die Kombination aus synergistischen Knorpelbestandteilen und gelenkaktiven Mikronährstoffen ist nun auch als Riegel erhältlich. (Bild: Orthomol)

Die Wirksamkeit der Arthrosetherapie mit der ergänzenden bilanzierten Diät wurde aktuell bestätigt: In einer multizentrischen, randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie, in die 369 Patienten mit Kniegelenksarthrose aufgenommen wurden, erhielt die Verumgruppe (n = 143) über einen Zeitraum von 3 Monaten Orthomol arthroplus®, während die Kontrollgruppe (n = 153) lediglich Placebo erhielt. In der Verumgruppe gab es deutlich mehr Responder als in der Placebogruppe: 59,4 vs. 43,8%; $p = 0,008$. Als Responder galt, wer folgende Kriterien erfüllte: Es musste eine Besserung um mindestens 3 Punkte im Lequesne-Index, der u. a. Schmerzen und Beweglichkeit abfragt, belegt sein und das Globalurteil des Arztes musste „sehr gebessert“ bzw. „gebessert“ lauten.

Nach einer Pressemitteilung (Orthomol)

¹ Orthomol arthroplus®, Orthomol pharmazeutische Vertriebs GmbH, Langenfeld

Konservative Versorgung von Schulterbeschwerden

Welche konservativen Versorgungskonzepte bei Schulterbeschwerden infrage kommen, haben Experten auf einem Symposium im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2014 diskutiert¹.

Kortikosteroide mit erhöhter Komplikationsrate verbunden

Schulterbeschwerden können zu einem großen Teil konservativ behandelt werden. Hierbei sollten medikamentöse Therapieformen, z. B. orale Antiphlogistika, und oft auch Injektionen bzw. Infiltrationsbehandlungen mit den klassischen physiotherapeutischen Techniken, etwa manueller, physikalischer oder osteopathischer Behandlung, kombiniert werden. Obwohl Kortikosteroid-Präparate hier ein breites Anwendungsspektrum gefunden haben, zeigen Studien, dass ihre Anwendung im Sehnen- und Gelenkbereich mit einer erhöhten Komplikationsrate, z. B. Sehnennekrosen und -rupturen, sowie Infektionen verbunden ist, sagte Dr. Ralf Doyscher, Berlin. Auch ihre orale Anwendung sei durch das potenzielle Auftreten von systemischen Nebenwirkungen nicht ganz unproblematisch. Alternativen sind einige Substanzen aus der Gruppe der nicht steroidal Antiphlogistika (NSAID) sowie biologische und pflanzliche Präparate, z. B. ein natürliches Kombinationsarzneimittel². Der Wirkmechanismus beruht auf einem Multitarget-Multikomponenten-Ansatz: Danach korrigiert das Multikomponentenprodukt zusätzlich zur entzündungsmodulierenden Wirkung auch die Auswirkungen der Entzündung auf das Körpergewebe, erklärte Doyscher.

Natürliches Arzneimittel genauso wirksam wie Diclofenac

Eine konfirmatorische, auf Nichtunterlegenheit angelegte Studie² mit 449 Patienten zeigte erstmals, dass das natürliche Kombinationsarzneimittel (topisch) bei der Behandlung von Schmerzen und Entzündungen nach akuter Verstauchung des Sprunggelenks genauso wirksam ist wie Diclofenac-Gel³. In der TAASS-Studie (Traumeel Acute Ankle Sprain Study) waren die durchschnittlichen Verbesserungen der Beschwerden von Fuß und Sprunggelenk am Tag 7 mit 60–70% bzw. am Tag 14 mit 93–94% Schmerzlinderung in allen 3 Gruppen vergleichbar gut. Zudem war bereits nach 7 Tagen eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit nachweisbar. Die unerwünschten Wirkungen waren zum größten Teil leicht bis mäßig. Alle Therapien wurden gleich gut vertragen.

Bettina Baierl, Berlin

¹ Lunch-Symposium „Komplexes Schultergelenk – praktische Wege von der Diagnostik, über die Versorgung, hin zur Nachbehandlung“ im Rahmen des DKOU 2014 im Oktober 2014 in Berlin. Veranstalter: Heel

² De Vega CG et al. Int J Clin Pract 2013; 67: 979–989

³ Traumeel® S, Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden

Anwendungsbeobachtung zeigt klinisch relevante Schmerzlinderung mit blauen LEDs

Die ersten Zwischenergebnisse der Anwendungsbeobachtung (AWB) zum einzigen tragbaren Therapiegerät gegen Rückenschmerzen auf Basis von blauem LED-Licht¹ zeigen, dass die Lebensqualität von Schmerzpatienten deutlich gesteigert werden kann. Bei einem Großteil der Patienten verbesserte sich die empfundene Schmerzintensität von mäßigen bis starken zu leichten Schmerzen innerhalb einer 2-wöchigen Behandlung.

Ergebnisse von rund 18% der 1000 Studienteilnehmer

Die im Mai 2014 beim Internationalen Schmerzkongress (WIP) in Maastricht präsentierten Ergebnisse basieren auf der Untersuchung von 177 Patienten und damit ungefähr 18% der gesamten Patientenpopulation. Insgesamt nehmen 1000 Patienten an der Studie teil. Während der AWB nutzten die Patienten das Gerät 2 Wochen lang bis zu 2-mal täglich und füllten dabei spezielle Schmerzfragebogen aus, um eine durch die Therapie verursachte Veränderung der Schmerzintensität sowie Auswirkungen auf den Alltag und auf die Lebensqualität zu dokumentieren. Die Patienten wurden gebeten, sowohl ihre durchschnittliche als auch ihre maximal empfundene Schmerzintensität innerhalb der letzten 24 Stunden zu bewerten. Die Schmerzen wurden mit einer Visuellen Analogskala (VAS) gemessen. Darüber hinaus sollten die Patienten die schmerzbezogene Lebensqualität und die täglichen Aktivitäten – vor und nach der Nutzung des Therapiegeräts – messen. 47% der Patienten nutzten das Gerät im unteren Rückenbereich, 38% im oberen und 15% in beiden Bereichen gleichzeitig.

Nach der 2-wöchigen Anwendung verringerten sich die Schmerzen um durchschnittlich 33,3mm auf der VAS, was einer Schmerzreduktion von 61,8% entspricht. Zusätzlich reduzierte sich die Anzahl der Patienten, die von klinisch relevanten schmerzbezogenen Einschränkungen in ihrem täglichen Leben berichteten: von 77,8 auf 41,2% ($p < 0,001$). Damit einher ging eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität, die um 31,3% stieg ($p < 0,01$) – durchschnittlich um 6,5 Punkte auf der 41-Punkte-Skala des Quality-of-Life-Impairment-by-Pain-Inventars (QLIP). Die Daten der AWB zeigen, dass sich die Schmerzen der Patienten von einer mäßigen / starken Intensität zu einer leichten Intensität entwickelten. Am Ende des Untersuchungszeitraums waren 76,8% der Patienten im Bereich der leichten Schmerzintensität (3 cm oder weniger auf der VAS) verglichen mit 26% vor Nutzung des Therapiegeräts – eine therapeutische Verbesserung von 50,8%.

Nach einer Pressemitteilung (Philips)

¹ Philips BlueTouch, Philips GmbH, Hamburg

Ihre Fachbücher...



...jetzt auch für



PC



Laptop



Smartphone



Tablet



Reader

Viele Bücher gibt es jetzt auch als **E-Book**, sowohl als PDF wie auch als ePub.

Informieren Sie sich einfach unter
www.thieme.de/shop



Ein gesunder Rücken ist Nervensache

kausal

Als Therapieoption zur Behandlung von Nervenläsionen bei Wirbelsäulen-Syndromen, Neuralgien und Polyneuropathien

regenerierend

Unterstützt die Aktivierung körpereigener Reparaturvorgänge geschädigter Nervenstrukturen und deren Funktion

nur 1 x 1 täglich

Gut verträglich, auch über einen längeren Zeitraum bis hin zur Dauertherapie geeignet



Keltican. Trifft den Nerv.



www.rueckeninformation.de