



Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Juni 2015



**VSOU-Jahrestagung:
erfolgreich**

**GOÄ-Reform:
Fluch oder Segen?**

**Hygiene: Null Toleranz
für Infektionen**

Der ganz normale Wahnsinn

Die Zunahme des Wahnsinns und die Abnahme der Vernunft halten sich meistens die Waage.

(Kurt Haberstich)

Nie wäre ich auf den Gedanken gekommen, dass sich mein Deutscher Staat an altruistisch gespendeten Organen bereichern könnte. Doch er erhebt seit Beginn dieses Jahres Umsatzsteuer auf Knochenersatz. Wir haben darüber in den OUMN schon im letzten Heft berichtet. Natürlich haben wir uns auch umgehend an das Finanzministerium und das Bundesgesundheitsministerium gewendet. Es kam eine wenig befriedigende, spitzfindige Antwort vom Finanzministerium. Als Grundlage für die Besteuerung wird aufgeführt, dass es sich beim Skelett, respektive Knochen, nicht um ein Organ handeln würde. Woher man diese Weisheit hat, wird nicht erwähnt. Möglicherweise hat man in Wikipedia nachgelesen. Dort ist nicht erwähnt, dass Knochen ein Organ ist, also ist es kein Organ. Die Macht des Internets. Dabei kann man auch im Internet zahlreiche Belege dafür finden, dass Knochen ein Organ ist, was außerhalb jedes Zweifels feststeht.

Der Staat hält aber noch mehr für uns bereit. Ein Gesetzentwurf zur Stellungnahme jagt den nächsten. Ein Versorgungstärkungsgesetz, das 20.000 Kassensitze abbaut. Aber die Wartezeit von vier Wochen für einen Praxistermin ist zu lang. Ein Antikorruptionsgesetz, das den Praxisinhaber mit seinen Mitarbeitern schnell zur kriminellen Bande macht und in die Nähe der organisierten Kriminalität bringt. Ein Präventionsgesetz, in dem der Arzt gar nicht mehr vorkommt.

Das diesjährige Osterfest bescherte uns zwei nette Ostereier, die wir nicht einmal suchen mussten. Die faulen Eier fanden uns.

Da ist das Ei vom Direktzugang zum Physiotherapeuten. Immer wieder kocht das hoch. Einem Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zufolge sollen Physiotherapeuten mehr Geld bekommen. Zudem sollen sie künftig auch frei und ohne ärztliche Vorgabe darüber entscheiden können, welche Anwendungen ihre Patienten brauchen. Interessan-

terweise ist das Positionspapier einem Bundestagsabgeordneten der CDU zuzurechnen, der selbst eine große Physiotherapiepraxis betreibt. Damit hat er es in das ARD-Magazin REPORT geschafft. Die Union wolle sogar erproben lassen, dass sich Patienten auf Kassenkosten direkt an ihre Therapeuten wenden können, also ohne vorher zum Arzt zu gehen. Dies sei in anderen Ländern auch möglich. In anderen Ländern ist aber das gesamte Gesundheitssystem ganz anders geregelt. Bei uns gibt es einen Heilmittelkatalog und eine Budgetverantwortung, die beim Arzt liegt. Da darf man gespannt sein, wie das geregelt wird und wie und durch wen das bezahlt werden soll. Wer stellt dann überhaupt noch Diagnosen, eine ärztliche Kernkompetenz, die die Voraussetzung für jede Therapie ist? Schöne neue Welt, wenn man von allen therapeutischen Möglichkeiten jetzt nur noch die Physiotherapie bekommt, aber die ohne Diagnose und direkt ohne Arzt.

Erstaunlicherweise wird beim Direktzugang oft auf den Rückenschmerz verwiesen, als ob es nicht andere Krankheiten und Verletzungsfolgen auch gäbe. Und interessanterweise verweist man auf den nicht-spezifischen Kreuzschmerz, wobei die Nationale Versorgungsleitlinie im akuten Stadium in den ersten Wochen professionelle Physiotherapie ablehnt. Der gesundheitspolitische Sprecher der Union, Jens Spahn, sagte: „Therapeuten sind eine wichtige Stütze unseres Gesundheitswesens. Wir müssen diesen Beruf zukunftsfähig und attraktiv für Nachwuchs machen.“ Das gilt übrigens auch für Ärzte.

Das zweite Ei ist auch eng mit dem Kreuzschmerz verbunden. Die Ärzte röntgen zu viel. 50.000 Aufnahmen im Jahr stellt die TK in einer Studie fest. Der KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat das schon relativiert. 18 Millionen mal wird die Diagnose Rückenschmerz im Jahr gestellt, 2,2 Patienten werden geröntgt. Das relativiert die angeblichen 50.000 schon deutlich. Nun gehört es zu



Prof. Dr. Bernd Kladny, Generalsekretär DGOU

den Aufgaben einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, sich mit Studien auseinanderzusetzen. Wollten wir auch. Eine Übersendung der Studie erfolgt mit dem Hinweis auf Vertraulichkeit vor dem Hintergrund eines laufenden Begutachtungsprozess bei einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Pressemitteilungen dazu schreiben geht aber offensichtlich. Gute wissenschaftliche Praxis sieht anders aus. Dabei wird ein zentrales Problem gar nicht adressiert, dass nämlich die Basisleistungen Befragung und körperliche Untersuchung sowie Beratung einfach zu schlecht vergütet werden. Ein weiteres Problem bleibt außen vor. Ärzte haben keine Zeit. Aber nicht, weil wir zu wenig Ärzte haben. Nach der neuesten Ärztestatistik der Bundesärztekammer haben wir wieder 2,2 Prozent mehr Ärzte. Wir setzen unsere Ärzte für die falschen Aufgaben ein. Wie der letztjährige Präsident Bertil Bouillon treffend feststellte, läuft etwas falsch, „wenn ein Assistent besser über die untere Grenz-

verweildauer Bescheid weiß als über die Behandlungsziele“.

Das Deutsche Ärzteblatt schreibt, dass Klinikärzte 44 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation und bürokratischem Aufwand verbringen. Völlig verrückt wird es, wenn diese zeitliche Belastung für Chefärzte bei 5,5 Stunden pro Tag liegt. Man fragt sich, wann die eigentlich noch ärztlich arbeiten. 21 Prozent der Personalkosten entfallen in einem Krankenhaus auf Dokumentation und Bürokratie. Im niedergelassenen Bereich sieht es nicht recht viel besser aus. Kein Wunder, dass der Arzt beim Arztbesuch des Patienten im Schnitt nur gute sechs Minuten Zeit hat. Dafür geht dann der deutsche Patient aber 18 mal im Jahr zum Arzt, was dazu führt, dass an einem normalen Montagmorgen ca. neun Prozent

der Bevölkerung beim Arzt in der Sprechstunde sitzen. Statt Ärzte im System effizient zu entlasten, will man Patienten lieber gleich zum Therapeuten schicken. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt, aber vielleicht wird das dann billiger?

Was macht mir nun Hoffnung in dem ganzen Wahnsinn? Unsere beiden Generationen der Babyboomer und die „X-er“, die heute häufig in Verantwortung stehen, wurden im Laufe des medizinischen Werdegangs erheblichen Belastungen ausgesetzt und wir haben gelernt, diese ohne jegliches Aufbegehren wegzustecken. Wir mussten uns mit streng hierarchisch gegliederten Klinikstrukturen und unendlichen Arbeitszeiten einfach abfinden. Nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer Work-Life-Balance hat keiner gefragt. Vielleicht nehmen

diese beiden Generationen den ganzen Wahnsinn deshalb verhältnismäßig klaglos hin und kommen einfach damit zurecht, so wie man eben im Medizinsystem sozialisiert wurde. Jetzt wächst eine Generation Y nach. Für uns noch Wahnsinn, für diese Generation gelebte Realität, dass man all das, was bei uns nie möglich war, fordert und auch bekommt. Dieser Generation Y, die wir zunächst gar nicht recht verstanden haben, traue ich auch zu, dem ganzen anderen Wahnsinn in unserem System ein Ende zu bereiten.

Hoffentlich wird es zukünftig nicht so schlimm, wie es heute schon ist.

(Karl Valentin)

Ihr

Bernd Kladny



220 VSOU-Jahrestagung: Doppelspitze führt in die Zukunft: Erfolgreich verlief die 63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) vom 30. April bis 2. Mai 2015 in Baden-Baden.



241 GOÄ-Reform: Fluch oder Segen? Eine Überarbeitung der GOÄ ist seit vielen Jahren überfällig, denn eine Anpassung des GOÄ-Punktwertes hat seit 1996 nicht mehr stattgefunden. Bewegt sich jetzt etwas?



246 Null Toleranz für Infektionen: Aktuell ist die Krankenhaushygiene in aller Munde. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen in Deutschland sind nicht länger hinnehmbar.

Editorial

Der ganz normale Wahnsinn 205

Impressum

Nachrichten

Neues Auswahlverfahren zum Studium 214

Neuer Präsident des BDC 214

Konsolidierung des SpiFa 214

Ärztestatistik 2014 214

Anmeldung zur Summer School 2015 216

Kosten für Praxen gestiegen 216

Zuwahl im Vorstand des BVOU 216

Kritik am geplanten Direktzugang für Physiotherapeuten 217

Politik greift KBV-Vorschläge auf 217

Referentenentwurf zur Krankenhausreform 218

Fahrradunfälle durch Alkohol 218

Aus unserem Fach

VSOU-JAHRESTAGUNG
Doppelspitze führt in die Zukunft 220

INTERVIEW MIT VSOU-KONGRESS-PRÄSIDENTEN
Auf dem Sofa ist noch viel Platz 225

TAG DER VORKLINIK IN BADEN-BADEN
Eine Erfolgsgeschichte mit Zukunft 228

GESICHTER AUS O UND U
Orthopädietechniker im Einsatz für syrische Flüchtlingskinder 230

Startschuss für Forschungsdatenbank 231

NEUER FACHARZT IN ÖSTERREICH
Orthopädie und Traumatologie in der Zielgeraden 232

HANDLUNGSEMPFEHLUNG
RISIKOMINIMIERUNG
Patientensicherheit durch Prävention medizinprodukt-assoziiierter Risiken 233

NOVELLIERUNG DER MUSTER-WEITERBILDUNGSORDNUNG
Workshop kammeraktiver Mitglieder von DGOU-DGU-DGOOC-BVOU 237

WEITERBILDUNGS-BEFUGNIS
Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik Skelett 240

GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE
GOÄ-Reform: Fluch oder Segen? 241

REGISTERWORKSHOP
Bestandsaufnahme, Evaluation, Koordination der Register in O und U 243

Qualität und Sicherheit

KRANKENHAUSHYGIENE
Null Toleranz für Infektionen 246

Recht

GEWERBESTEUER IN DER ARZTPRAXIS
Wann ist Gewerbesteuer fällig? 248

DAS NEUE ANTIKORRUPTIONS-GESETZ
Was kommt auf die Ärzteschaft zu? 251

Unterwegs

AAOS ANNUAL MEETING 2015 IN LAS VEGAS
DGOU & OTA & ORS: „Kooperation ist keine Eintagsfliege“ 254

BVOU		DGOU		DGU	
Landestagung in Niedersachsen	259	Jahresbericht Sektion Wirbelsäule der DGOU 2014	264	Bogenrevision 2015 des TraumaRegister DGU®	274
Haftpflicht-Versicherung für Gastärzte	260	Neue Mitglieder	265	Neue Mitglieder	275
Neue Mitglieder	261	Neues aus der AOTrauma Deutschland	266	Verwendung des TraumaRegister DGU-Jahresberichts zur Präsentation der Kliniken	276
Mitgliederversammlung des BVOU	261	21. Jahrestagung: Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. D.A.F.	268	Ärzteliste Unfallchirurgie: Wichtige Orientierungshilfe	277
Mitgliederangebote	263	Gründung der Sektion Osteologie der DGOU	270		
		DGOOC			
		Bericht des AK Stoßwellentherapie	272		
		Intensivmeeting der DGORh 2015	273		
		Neue Mitglieder	273		
				VLOU	
				VLOU-Workshop in Berlin	278

Namen

Personalia	256
Wir gratulieren ...	257

Für Sie gelesen

281

Für unsere Mitglieder

Service/Preise	284
Kursangebote	286
OU Medizin und Markt	296

Erratum

Leider ist uns in der letzten Ausgabe ein Fehler in der Bildunterschrift unterlaufen.

Auf Seite 124 in der Ausgabe OUMN 2 muss es richtig heißen:



Dr. Werner Baumgärtner, MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland

Wir bitten um Entschuldigung!

Die Redaktion.



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

Dipl.Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Vizepräsident

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

Schatzmeister

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Vorstandsmitglied

PD Dr.med. habil. Axel Sckell, Greifswald

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



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

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



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



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

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

Neues Auswahlverfahren zum Studium

Ein neues Auswahlverfahren zum Medizinstudium fordert die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bmvd). „Die Abiturnote allein eignet sich nicht zur Bewertung der Eignung für ein Medizinstudium, außerdem sind Wartezeiten von mittlerweile 13 Semestern nicht mehr zumutbar für Studienbewerber und zudem verfassungsrechtlich fragwürdig“, heißt es in einem neuen Positionspapier. Das Fach Humanmedizin gehört zu den gefragtsten Studienfächern in Deutschland. Um die 8.999 Studienplätze im Wintersemester 2014/15 konkurrierten 43.002 Bewerber, das sind 4,8 Bewerber je Studienplatz. Die Studierenden fordern ein neues „polymodales Zulassungsverfahren“. Dieses Auswahlverfahren solle transparent, für alle Bewerber gleich, sozial gerecht und wohnortnah sein, ständig evaluiert und weiterentwickelt werden. Kriterien für die Auswahl sollten die Abiturdurchschnittsnote und ein Studierfähigkeitstest sein. Eine Berufsausbildung und Freiwilligendienste sollten in die Auswahl eingehen. (DÄB)



Neuer Präsident des BDC

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer ist neuer Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Bei der Mitgliederversammlung am 29. April 2015 in München wurde der amtierende Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) als neuer Präsident des BDC bestätigt. Die Idee der „Einheit der Chirurgie“ soll

durch seine Doppelfunktion weitergeführt und gestärkt werden. „Die Zusammenarbeit des BDC als mitgliederstärkste Chirurgenvertretung mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGCH ist Ziel und zugleich Herausforderung meiner Amtszeit“, so Meyer. „Zwei gleichwertige Partner auf Augenhöhe“ werden künftig ihre Beziehung intensivieren und im Interesse der Mitglieder beider Verbände, deren Belange noch gezielter umsetzen. (BDC)

Konsolidierung des SpiFa

Mit einem neu gewählten und erweiterten Vorstand sowie dem Beitritt weiterer Berufsverbände zum SpiFa hat die Konsolidierung der fachärztlichen Verbandslandschaft die entscheidende Hürde genommen. Der seit 2014 umgestaltete SpiFa vertritt nun die meisten Fach-

ärzte in Deutschland. Mit der Erweiterung des Vorstandes bildet der SpiFa den Zuwachs an Verbänden und die weitere Komplettierung der fachärztlichen Berufsfelder ab. Gewählt wurden Dr. med. Dirk Heinrich als 1. Vorsitzender, Dr. med. Axel Schroeder als 2. Vorsitzender und Dr. med. Christian Albring als 3. Vorsitzender. Neu als 4. Vorstand wurde Dr. med. Hans-Friedrich Spies gewählt. Der Wahl vorausgegangen war der Beitritt des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) sowie des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN), des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) und des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP). (red)



fololia / syda Productions

Ärztstatistik 2014

„Etwas mehr und doch zu wenig“, so fasste Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2014 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr um 2,2 Prozent auf 365.247. „Dieses leichte Plus reicht bei Weitem nicht aus, um die Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, die sich aus einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben“, sagte Montgomery. So verschieben sich die Prioritäten der Jungmediziner. „Wir haben es mit einer nachwachsenden Ärztegeneration zu tun, die berechnete Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellt“, erklärte Montgomery. „Wie zahlreiche Umfragen zeigen, legen diese jungen Ärzte großen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit, auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle.“ Die Folge: Immer mehr von ihnen entscheiden sich für eine Anstellung und gegen die Niederlassung. Zählte die Ärztestatistik im Jahr 1993 lediglich 5.397 im ambulanten Bereich angestellte Ärzte, so wuchs ihre Zahl an der Gesamtärzteschaft bis zum Jahr 2014 auf 26.307. Auch die Anzahl der Ärztinnen steigt. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei 33,6 Prozent. Seitdem hat er sich um 35,6 Prozent erhöht und beträgt jetzt 45,5 Prozent (2013: 45,0 Prozent).

Zu wenig junge Ärzte

Hinzu kommt, dass sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit im Jahr 2014 wie schon in den Jahren zuvor weiter erhöht hat: 2.757 Ärztinnen und Ärzte. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die Daten des Statistischen Bundesamtes. Demnach stieg die Zahl der Ärzte in Teilzeit zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2011 von 31.000 auf 54.000 Ärzte. Umfragen zufolge planen 23 Prozent der niedergelassenen Ärzte, bis zum Jahr 2020 ihre Praxis aufzugeben. Hinzu kommt ein personeller Mehrbedarf, der aus neuen Behandlungsmöglichkeiten, vor allem aber aus dem demografischen Wandel resultiert. Während heute fünf Prozent der Bevölkerung älter als 79 Jahre sind, wird ihre Zahl bis zum Jahr 2060 auf etwa 13 Prozent steigen. Viele Industriegesellschaften kennen dieses Phänomen: Je älter die Bevölkerung ist, desto höher ist die Behandlungsintensität und damit die Nachfrage nach Ärzten. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte im Jahr 2014 lag bei 18,3 Prozent. Zum Vergleich: Im Jahr 1993 waren noch 26,6 Prozent der Ärzte jünger als 35 Jahre. Weiterhin schrumpfte der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 26,6 Prozent auf 25,2 Prozent, während der Anteil der 50- bis 59-jährigen von 28,3 Prozent auf 28,5 Prozent anstieg. (www.baek.de/Statistik14)

Anmeldung zur Summer School 2015

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) veranstaltet vom 21. bis 22. September 2015 die siebte Summer School. Ein intensives Zwei-Tage-Programm in Ulm unter dem Motto „Tradition und Technik – der Weg in die Zukunft“ gibt Medizinstudenten umfassende Einblicke in das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Schwerpunkt der Summer School 2015 sind praktische Übungen in Kleingruppen zu den Themen AO Skills Lab, Osteosynthese, Arthroskopie und Endoprothetik. Studierende aller klinischen Semester können sich noch bis zum **11. Juli 2015** bewerben. Die Teilnahme ist kostenlos. Neben den praktischen Übungen gibt es für die Medizinstudenten an der Seite der DGOU-Incoming-Präsidenten Professor Dr. Florian Gebhard und Professor Dr. Heiko Reichel aus Ulm sowie weiteren Tutoren Impulsreferate und Podiumsdiskussionen zu den Themen Karriereplanung, Forschung sowie Karriere und Familie. Darüber hinaus bekommen die Studenten einen Einblick in die Praxis und Gelegenheit, mit typisch orthopädisch bzw. unfallchirurgisch versorgten Patienten ins Gespräch zu kommen.

Es stehen 30 Plätze für die Summer School 2015 zur Verfügung. Das Junge Forum der DGOU benennt aus den Bewerbungen in einem Auswahlverfahren die Kandidaten, die die Möglich-



Summer School 2014

keit erhalten, an der Summer School 2015 teilzunehmen. Die DGOU übernimmt die Kosten für die Übernachtung vom 20. bis 22. September 2015 und für die Abendveranstaltung am 21.09.2015. Die Anfahrt muss selbst getragen werden.

Link: Film über die Summer School 2013
<https://vimeo.com/80793629>

Mehr Informationen und Bewerbung unter:
www.jf-ou.de

Kosten für Praxen gestiegen

Zwischen 2009 und 2011 sind die Betriebskosten für Praxen um durchschnittlich rund fünf Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen die Verbraucherpreise um lediglich 3,2 Prozent. Das zeigt eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). „Angesichts faktischer Nullrunden überrascht es nicht, dass die Investitionsschwäche in den Praxen im Berichtszeitraum anhielt“, sagte der Zi-Geschäftsführer Dominik von Stillfried. Die Zahlen stammen aus dem „Praxis Panel“ des Zi. Die Wissenschaftler des Instituts analysieren dabei Kosten, Einnahmen und Überschüsse von Praxen und erheben die Arbeitszeiten von Ärzten. Die nun vorab veröffentlichten Ergebnisse entstammen einem Bericht mit 2013 erhobenen Daten. Sie umfassen die Jahre 2009, 2010 und 2011 und analysieren die Angaben von 4.739 Praxen, was einem bundesweiten Anteil von 4,9 Prozent entspricht.

Investitionen zurückgehalten

Die Gesamteinnahmen je Praxisinhaber stiegen laut der Analyse von 2009 bis 2011 um durchschnittlich 4,1 Prozent. Die Betriebskosten legten im selben Zeitraum stärker zu. Vor allem für Personal, Material und Labor sowie für Versicherungen, Beiträge und Gebühren mussten Ärzte zwischen 7 und 8,4 Prozent mehr aufwenden. Allerdings sank der Aufwand für Fremdzinsen deutlich um 18,1 Prozent, auch für Abschreibungen sowie Leasing und Mieten von Geräten gaben die Ärzte weniger aus als in den Vorjahren. Das zeigt, dass die Praxen sich mit Investitionen zurückhalten: Von 2009 bis 2011 sanken die Ausgaben dafür um etwa zehn Prozent. Die Untersuchung kommt auf einen durchschnittliche Jahresüberschuss 2011 je Praxisinhaber von 145.100 Euro. Nach Abzug von Vorsorge- und Versicherungs-

beiträgen sowie Einkommenssteuer blieb den Ärzten davon ein Nettoeinkommen von 71.476 Euro, was einem Stundensatz von 30 Euro entspricht. Die Einnahmen sind dabei von Fachgruppe zu Fachgruppe sehr unterschiedlich: Ein Viertel der Befragten erwirtschaftete weniger als 85.400 Euro, ein Viertel mehr als 181.600 Euro. Zu den Spitzenverdienern zählten zum Beispiel die Radiologen, am unteren Ende der Skala lagen Psychotherapeuten und Rehabilitationsmediziner. (dpa)

Zuwahl im Vorstand des BVOU

Auf der Mitgliederversammlung am 02.05.2015 auf der VSOU-Frühjahrstagung in Baden-Baden wurden Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz zum neuen Vizepräsidenten und PD Dr. med. habil. Axel Sckell als neues Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. gewählt. (red)



Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz



PD Dr. med. habil. Axel Sckell

Kritik am geplanten Direktzugang für Physiotherapeuten

Die Erstellung einer Krankheitsdiagnose und sich daran anschließende Therapieplanungen, Verordnungen und Verlaufsbewertungen sind ärztliche Aufgaben. Nach Ansicht von DGOU und BVOU sind diese nicht an Heilmittelerbringer wie beispielsweise Physiotherapeuten delegierbar. Die Spezialisten für Knochen und Gelenke kritisieren damit ein von der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion kürzlich vorgelegtes Positionspapier, wonach Physiotherapeuten stärker in Aufgabenbereiche der ärztlichen Versorgung eingebunden werden sollen. Dabei ist die Eröffnung eines Direktzugangs zum Patienten durch den Physiotherapeuten ohne vorherige ärztliche Konsultation und Diagnosestellung geplant. Münden diese auch von Berufsverbänden der Physiotherapeuten propagierten Forderungen in ein Gesetz, können Physiotherapeuten bei Schmerzen an Knochen, Gelenken und Muskeln zukünftig selbst diagnostizieren und therapieren. „Die Therapie beginnt mit der Diagnose. Die Stellung einer Diagnose ist eine ärztliche Kernkompetenz und steht damit bisher unter dem sogenannten Arztvorbehalt. Für physiotherapeutische Behandlungen darf der Weg des Patienten am Arzt nicht vorbeiführen“, sagt DGOU-Generalsekretär Professor Bernd Kladny. Der stellvertretende DGOU-Generalsekretär Professor Reinhard Hoffmann ergänzt: „Wenn bisher unbestrittene ärztliche Kernkompetenz durch andere Heilberufe ersetzt wird, handelt es sich um einen Dammbbruch mit nicht absehbaren Folgen für die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung.“

Hauptargumente für die geplante Diagnose- und Therapieverantwortung durch Physiotherapeuten sind angebliche Einsparpotenziale und die Vermeidung von Versorgungsengpässen durch steigende Patientenzahlen. DGOU und BVOU stellen infrage, ob diese offensichtlich wirtschaftlichen Überlegungen

Politik greift KBV-Vorschläge auf

Künftig soll auch die ambulante fachärztliche Weiterbildung finanziell gefördert werden. Bis zu 1.000 Stellen sind dafür vorgesehen. Die Neuerung gehört zu den Nachbesserungen, die die Regierungskoalition am geplanten Versorgungsstärkungsgesetz vornehmen will. Um die ambulante Weiterbildung besser organisieren zu können, sollen damit beauftragte Kompetenzzentren bis zu fünf Prozent der Fördersumme erhalten. Perspektivisch soll eine von der KBV vorgeschlagene Stiftung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung von Haus- und Fachärzten errichtet werden. Ferner ist geplant, dass Ärzte nach Abschluss der Weiterbildung und vor Erteilung der Zulassung in der Praxis weiterbeschäftigt werden können. Bislang werden nur Stellen zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gefördert. „Die Politik hat einen Teil unserer Vorschläge aufgegriffen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Dennoch gebe es etliche Punkte im Gesetzentwurf, die die KBV nicht gut heißen könne. Dazu gehören die Terminservicestellen, an denen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) weiterhin festhält. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Servicestellen sollen Patienten binnen vier Wochen einen Termin beim Facharzt vermitteln.

„Dass die Politik aber gleichzeitig eine Überarbeitung in Sachen Bedarfsplanung einleiten will, begrüßen wir“, erläuterte Gas-

sen. derart gravierende strukturelle Änderungen der Versorgungslandschaft rechtfertigen.

Die beiden Fachverbände für Orthopädie und Unfallchirurgie befürchten zudem einen Anstieg von Fehlbehandlungen sowie den Aufbau von Doppelstrukturen und Intransparenz. „Wir vermissen zudem eine Aussage zur Finanzierung des geplanten Vorhabens. Es tun sich zahlreiche ungeklärte Fragen hinsichtlich einer juristischen Verantwortung sowie einer budgetären Abbildung eigenständig agierender Physiotherapeuten auf“, sagt BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher. Gravierende Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, wie beispielsweise ein Bruch an der Wirbelsäule oder eine Entzündung der Bandscheibe, sind nicht immer offensichtlich. Sie führen jedoch zu starken Schmerzen. Die Diagnostik solcher Erkrankungen durch den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgt leitliniengerecht und zieht dabei alle denkbaren medizinischen Diagnosen und die Kombination unterschiedlicher Symptome in Betracht. Erforderliche diagnostische Mittel wie Analyse von Blutwerten, Röntgen, Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) müssen gezielt ärztlich angeordnet werden. Hier sind die diagnostischen Möglichkeiten und Kenntnisse zur Diagnosestellung durch Heilmittelerbringer eingeschränkt. Bisher ist die Diagnosestellung kein Lehr- und Prüfungselement in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten. „Das lässt sich auch nicht mit Zusatzkursen oder wenigen Stunden der Physiotherapieausbildung machen. Wenn das so einfach wäre, dann würden sich ein Medizinstudium und eine Facharztweiterbildung erübrigen“, sagt Kladny.

Quelle: DGOU-/BVOU-Pressemitteilung, Susanne Herda



sen. KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann sprach mit Blick auf die Förderung der ambulanten Weiterbildung von einem großen Erfolg. Dies seien erste Schritte, um mehr junge Ärzte für eine ambulante Tätigkeit zu gewinnen. Eine weitere Änderung am Gesetzentwurf betrifft unter anderem die umstrittene Aufkaufregelung von Praxen jener Ärzte, die in den Ruhestand gehen. Die Regelung sah ursprünglich vor, dass Arztpraxen in Regionen mit einem Versorgungsgrad von 110 Prozent aufgekauft werden sollen. Nun muss die Zahl der Arztpraxen den Bedarf um 40 Prozent übersteigen.

Nachrichten

Der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt am Main forderte den Gesetzgeber heute auf, zentrale Maßnahmen des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zu überarbeiten, beziehungsweise zu revidieren. „Insbesondere die Pläne für den Zwangsaufkauf von Vertragsarztsitzen, die Einrichtung von

Terminservicestellen und die geplante Zweitmeinungsregelung greifen massiv in die Kompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung ein und sind zu revidieren“, heißt es in einer Entschlie-ßung des Ärzteparlamentes. (www.kbv.de)

Referentenentwurf zur Krankenhausreform

Vor knapp fünf Monaten einigte sich die gemeinsame Arbeitsgruppe von Bund und Ländern auf die Eckpunkte der lange geplanten Krankenhausreform. Nun liegt ein erster Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium vor. Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Thomas Reumann, betonte dessen negative Folgen für die Krankenhausfinanzierung. „Das erklärte Ziel der Reform war, dass die Krankenhäuser auch in Zukunft eine hohe medizinische Qualität bieten können sowie sicher und gut erreichbar sind“, erklärte Reumann. „Qualität, Sicherheit und Erreichbarkeit kann es nur geben, wenn in den Krankenhäusern genügend gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte tagtäglich daran arbeiten können und ihre Gehälter auch finanziert werden. Außerdem müssen die Krankenhäuser baulich und mit ihrer Ausstattung auf dem neuesten Stand sein, um die steigenden Anforderungen an Qualität und Hygiene erfüllen zu können. An der Reform gibt es noch massiven Änderungsbedarf“, so Reumann. „Inakzeptabel sind die neu vorgesehenen Kürzungen bei der ohnehin unzureichenden Krankenhausvergütung“, erklärte der DKG-Präsident. „Die

Regelfinanzierung muss sicherstellen, dass die Tarifsteigerungen für die 1,2 Millionen Beschäftigten von den Krankenhäusern bezahlt werden können. Stattdessen solle der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent ab 2017 ersatzlos wegfallen und von den ohnehin zu niedrigen Krankenhauspreisen auch noch Produktivitätssteigerungen, vermutete Fehlbelegungen und ambulantes Potential abgezogen werden. Punktuelle Verbesserungen bei der Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren, bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse oder Sicherstellungszuschläge, würden diese Verschlechterungen nicht heilen. „Eines der Kernelemente der Reform, die Abkehr von der Systematik, dass der Preis für alle Krankenhäuser abgesenkt wird, wenn die Zahl der Patienten in einzelnen Krankenhäusern steigt, erweist sich bei genauerem Hinsehen als Mogelpackung.“ Die Politik habe diese Systematik zwar als großen Fehler des Finanzierungssystems erkannt, reagiere aber nur halbherzig.

Langfassung: www.surgical-tribune.com/articles/news/germany/9287_dkg

Fahradunfälle durch Alkohol

Wer fährt, der trinkt nicht und wer trinkt, der fährt nicht. Dies muss auch für Fahrradfahrer gelten. Wer als Radler Alkohol trinkt, sollte sein Fahrrad lieber nach Hause schieben oder stehen lassen, rät die DGOU. Fahrradfahren ist eine sehr komplexe körperliche und psychomentele Leistung. Der Radler benötigt Gleichgewichtssinn und Reaktionsfähigkeit. Beides wird durch Alkoholkonsum getrübt bzw. stark beeinträchtigt. „Die wenigsten können einschätzen, ab welchem Blutalkohol-Wert sie nicht mehr sicher auf dem Fahrrad unterwegs sind. Die meisten überschätzen sich und bringen damit sich und andere Verkehrsteilnehmer in Gefahr“, sagt Professor Reinhard Hoffmann. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes verunglückten im Jahr 2013 insgesamt 71.420 Fahrradfahrer im Straßenverkehr. 3.432 von ihnen standen unter Alkoholeinfluss. Allerdings gehen die Experten bei den alkoholbedingten Fahrradunfällen von einer hohen Dunkelziffer aus. In Deutschland gilt für Fahrradfahrer im Straßenverkehr ein Alkoholgrenzwert von 1,6 Promille. Bis zu diesem Wert bleiben Fahrradfahrer grundsätzlich straffrei, solange sie den Verkehr nicht gefährden oder sichtbare Ausfallerscheinungen zeigen. Ist das der Fall, beispielsweise weil der zweirädrige Verkehrsteilnehmer starke Schlingellinien fährt, kann bereits beim Nachweis von einem Blutalkohol-Wert ab 0,3 Promille ein Straftatbestand vorliegen. Orthopäden und Unfallchirurgen sehen den Wert der absoluten Fahruntüchtigkeit von 1,6 Promille für Fahrradfahrer kritisch. „Ausfallerscheinungen gibt es schon bei niedrigeren Blutalkoholwerten. Betroffene können nicht mehr richtig einschätzen, wie weit ein anderer



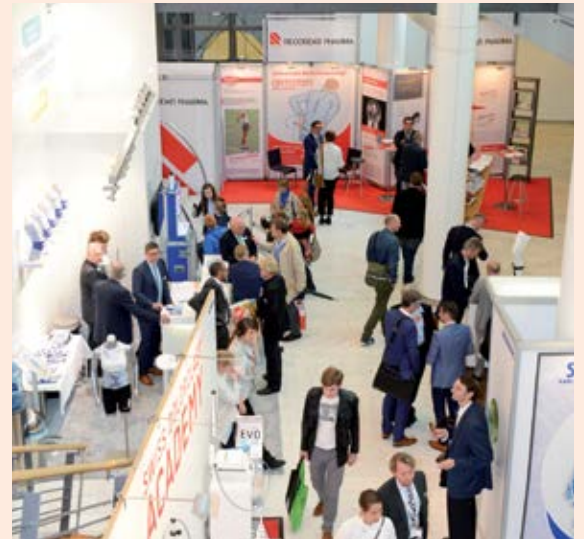
Foto: fotolia_photographie.eu

Verkehrsteilnehmer entfernt ist oder mit welchem Tempo er auf ihn zukommt. Außerdem sind die Schutzreflexe im Falle eines Sturzes eingeschränkt“, sagt Dr. Christian Juhra, Mitglied der Sektion Prävention der DGOU. Insbesondere die Münsteraner Fahrradunfallstudien des UKM und der Polizei Münster haben gezeigt, dass schon einfache Stürze unter Alkoholeinfluss zu Verletzungen führten, die stationär behandelt werden mussten, und dass die Mehrzahl der alkoholisierten Verkehrsteilnehmer Fahrradfahrer waren. Auch für Autofahrer gilt bei Auffälligkeiten die 0,3-Promille-Grenze.

Quelle: DGOU-Pressemitteilung, Susanne Herda



Eröffnung des VSOU-Kongresses



Industrierausstellung



Kongresspräsidenten vor dem Kongresshaus



Pressekonferenz auf dem VSOU-Kongress



Tag der Vorklinik



Gesellschaftsabend im Bayernlook

VSOU-JAHRESTAGUNG

Doppelspitze führt in die Zukunft

Vom 30. April bis 2. Mai 2015 fand die 63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) erstmals unter Leitung einer Doppelspitze in Baden-Baden statt. Dabei haben die beiden Kongresspräsidenten, der Unfallchirurg Prof. Dr. Volker Bühren (Murnau) und der Sportorthopäde und Reha-Mediziner Prof. Dr. Thomas Horstmann (Bad Wiessee), das Zusammenwachsen von O&U durch ihr ausgewogenes Programm sichtbar gemacht.



Am 30. April 2015 öffneten sich die Türen des Baden-Badener Kongresshauses wieder für die Besucher der 63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen. Baden-Baden gilt als Stadt der kurzen Wege, und das war auch gut so, da es fast ununterbrochen regnete. Umrahmt von der Musik des „Jugend- und Blasorchesters Murnau“ eröffneten die Kongresspräsidenten, Prof. Volker Bühren aus Murnau und Prof. Thomas Horstmann aus Bad Wiessee, den VSOU-Kongress 2015. Bühren sprach über die Chancen, die die Vereinigung von Orthopädie und Unfallchirurgie mit sich bringen. Er verwies auf die Möglichkeiten, die das gemeinsame Fach Jungmedizinern bietet, da es so breit aufgestellt sei und flexible und persönliche Entwicklungschancen enthalte. Auch für die geforderten Spezialisierungen bleibe genügend Raum. Gleichzeitig warnte er vor Bestrebungen durch Spezialisierungen, O und U wieder in neue Fachbereiche aufzusplitten. Zudem forderte er, das DRG-System zu überwinden, da dieses gerade in der Unfallchirurgie aufgrund der hohen Vorhaltekosten ungeeignet sei. Ein gesellschaftlicher und ethischer Konsens über die medizinische Versorgung müsse gefunden werden. Horstmann plädierte in seinem Eröffnungsvortrag für mehr Bewegung. Er wies auf die Problematik hin, dass die Deutschen jährlich im Durchschnitt ein halbes Kilo zunehmen und der Anteil der Menschen mit einem BMI über 25 stetig wachse. Orthopäden sollten vermehrt daran arbeiten, Menschen in Bewegung zu halten und dabei auch neue Wege gehen. So müssten Exergames nicht nur zu orthopädischen Schäden führen, sondern ließen sich auch gezielt in der Rehabilitation einsetzen. Trainingsprogramme bei Gonarthrose seien nur kostenintensiv zu Beginn, führten aber insgesamt zu geringeren Folgekosten bei betroffenen Patienten.



Carl-Rabl-Preis an Team Dr. Müller-Wohlfahrt



Vortrag Prof. Dr. Bühren



Studierende

Umfangreiches Programm

Nach dem Kongress blickte man in entspannte Gesichter. Durch die Doppelspitze sollten vermehrt unfallchirurgische Inhalte in den Kongress eingebracht werden, was nach Aussage von Prof. Bühnen „voll und ganz gelungen ist“. „Mit dem umfangreichen Programm aus Sport, Rehabilitation, Gelenkersatz bis hin zum Polytrauma konnte man zahlreiche Kongressteilnehmer begeistern“, so Prof. Horstmann. Großes Interesse und gut gefüllte Sitzungsräume gab es bei praxisorientierten Themen (z.B. Fußchirurgie), aber auch bei der medizinischen Spitzensportbetreuung, was sicherlich auch auf die Teilnahme von Dr. Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt zurückzuführen war. Die Podiumsdiskussionen zu den Themen „Sport ist Mord?“, „Das Leiden am Recht“ sowie „Generation Y“ fanden ebenfalls großes Interesse.

Ist denn Sport wirklich Mord?

Das Thema Sport war ein zentrales Thema auf dem diesjährigen VSOU-Kongress. In einer Podiumsdiskussion fragte der ehemalige Mittelstreckenläufer Prof. Thomas Wessinghage aus Bad Wiessee: „Welcher Sport könnte mörderische Qualitäten haben?“ Sport ist ein Phänomen unserer Zeit. Ob als Leistungssport (meist passiv konsumiert), Breiten-, Freizeit- oder Gesundheitssport, Sport ist ein Teil unseres Lebens geworden. Dabei ist der Begriff in höchstem Maße heterogen. Während Millionen von Menschen an jedem Wochenende viel Zeit darauf verwenden, die Resultate der Fußballspiele zu verfolgen, andere an Skilaufen interessiert sind oder sich dem Walking und Jogging widmen, berichten die Fitness-Studios aktuell über mehr als 9 Millionen zahlende Kunden in Deutschland.

Gefährlich wird Sport dann, wenn die Dosis nicht stimmt, darin waren sich die Diskutanten einig. So sinke zum Beispiel das Verletzungsrisiko im Profifußball seit Jahren, dafür steige aber die Zahl der Spieler, die unter den Folgen der Überlastung leiden, erläuterte der ehemalige Mannschaftsarzt des VfB Stuttgart und des SV Hoffenheim, Dr. Thomas Fröhlich. Ein Phänomen, das auch darauf zurückzuführen ist, dass junge Nachwuchsspieler bereits deutlich früher hohen Trainingsbelastungen ausgesetzt sind. Im alpinen Skisport stelle sich die Situation anders dar. Neues Material, neue Techniken verhelfen auch sportlichen Laien zu höheren Geschwindigkeiten. „Hinzu kommt, dass die allgemeine Fitness abnimmt, entsprechend steigen die Unfallzahlen“, sagte Prof. Klaus-Michael Braumann, Präsident des Deutschen Sportärztebundes. Aber nicht nur im Skisport fehle die Fitness, zu viele Menschen bewegen sich überhaupt nicht. Und dabei ist ein gut trainierter Mensch die beste Prävention“, sagte Prof. Dr. Thomas Horstmann. Fazit: Sport ist, wenn man es richtig macht, nicht Mord, sondern Gesundheit.

Nachwuchsförderung

Die Nachwuchsförderung hat seit Jahren einen besonderen Stellenwert bei der VSOU und ist ein wesentlicher Bestandteil des Kongresses. In diesem Jahr wurde engagierte Jung-Assistenten/innen besonders viel geboten. Erfahrene Chirurgen richteten ein OP-Trainingsprogramm mit primär unfallchirurgischen, aber auch bewährten orthopädischen Inhalten – in Kooperation mit der Industrie – aus. Der in Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum O&U und den YOUngster's O&U ver-

anstaltete „Tag der Vorklinik“ war ein gute Gelegenheit, das facettenreiche Fach Orthopädie und Unfallchirurgie näher zu beleuchten und die Studierenden hierfür zu begeistern. Gemeinsam mit Studierenden wurde das Forum „Generation Y – Fluch oder Segen?“ veranstaltet. Ein hohes Selbstbewusstsein, eine sehr gute Ausbildung und Vernetzung charakterisiert die Generation Y. In seinem Buch, das der Journalist Erik Albrecht gemeinsam mit dem Soziologen Klaus Hurrelmann „Die heimlichen Revolutionäre – Wie die Generation Y unsere Welt verändert“ schrieb, skizzierte er das Wollen und Tun der heute 16- bis 31-Jährigen. Diese Generation, geprägt durch existentielle Ängste wie den 11. September und die Finanz- und Eurokrise, lehnt strenge Hierarchien in der Arbeitswelt ab und fordert flexible Arbeitszeiten. Sie achtet auf gute Weiterbildungsmöglichkeiten und Supervision. Das Leben außerhalb der Arbeitswelt spielt für die jungen Leute eine weitaus wichtigere Rolle als für vorangegangene Generationen, wobei die Familie besondere Priorität genießt.

Wie Prof. Dr. Mario Perl aus Murnau in der Podiumsdiskussion ausführte, prallen hier zwei Welten aufeinander. Die Arbeitswelt an deutschen Kliniken ist nach wie vor stark hierarchisch strukturiert, der Workflow ist hoch, die Arbeitsabläufe nicht immer effizient. Gerade in Sachen Weiterbildung hinken wir weit hinter den Forderungen der Generation Y hinterher, diesbezüglich belegte eine Studie des Jungen Forums der DGOU, dass über 50 Prozent der gegenwärtig in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte unzufrieden mit Inhalt und Struktur der Weiterbildung in O&U sind. „Der Aufgabenbereich in einem operativen Fach lässt eine maximale Flexibilität leider nicht zu“, beschrieb Dr. Anna-Kathrin Döpfner vom Jungen Forum die Situation in deutschen Krankenhäusern. Zudem erfordere die Arbeit im OP gewisse Hierarchien, wie Prof. Bernd Kladny ergänzte. Allerdings benötigt das Fach qualifizierten Nachwuchs. „In unserem Bereich herrscht heute ein Bewerbermarkt vor.“ Für Kliniken sei es essentiell, neue Fachkräfte zu gewinnen. Die Generation Y könnte auch dazu beitragen, die heutigen Missstände, die die eigene Generation bisher nicht habe ändern können, in Zukunft zu überwinden.“ Kladny sieht diese Generation als Chance.

Preisverleihungen

In diesem Jahr hatten die jungen Kolleginnen und Kollegen erstmals die Gelegenheit, ihre wissenschaftlichen Beiträge als Kurzvorträge in speziell hierfür reservierten Sitzungen zu präsentieren. Zu jedem Hauptthema wurde der beste Vortrag mit einem Preis ausgezeichnet, jeweils mit 500 Euro dotiert. Die VSOU-Vortragspreise gingen an Dr. Abdulharim El-Marhoumi (Herne), Dr. Julia Wölfle-Roos (Ulm), Dr. Sven Vetter (Ludwigshafen) sowie Dr. Oliver Ludwig (Saarbrücken). Prof. Horstmann: „Es ist uns gelungen, dem Nachwuchs zu zeigen, dass es sich lohnt, weiterhin nach Baden-Baden zu kommen.“ Preisverleihungen sind mittlerweile auf dem VSOU-Kongress traditionell. Der mit 5.000 Euro dotierte „Carl-Rabl-Preis“ für hervorragende Publikationen ging dieses Jahr an Dr. Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt, PD Dr. Peter Ueblicher sowie Dr. Lutz Hänsel (alle München) für die überarbeitete und erweiterte Auflage der Monografie zum Thema „Muskelverletzungen im Sport“. Der „OUP-Bestpreis“ für den besten Artikel in der von der VSOU herausgegebenen „Zeitschrift für orthopädische und unfallchirurgische“

gische Praxis“ wurde an Dr. Burkhard Mai (Kassel) für seinen Artikel „Übersicht über die Operationsverfahren bei rheumatischen Pathologien des Fußes“ in der OUP 9/2014 vergeben.

Haftungsrechtliche Fallstricke

Steigen die arzt haftungsrechtlichen Fallstricke für Orthopäden und Unfallchirurgen? Diese Fragen waren Thema einer Podiumsdiskussion. „Die Medizin wird heute mit einem paradoxen Phänomen konfrontiert: Angesichts der Errungenschaften einer modernen Hochleistungsmedizin ist für die Patienten das Behandlungsrisiko ständig gesunken, wohingegen für die Behandler das Risiko, in irgendeiner Weise in die Fänge der Justiz zu geraten, stark gestiegen ist“, sagte Dr. Tonja Gaibler, Fachanwältin für Medizinrecht. Die Ursachen dieser Entwicklung seien vielfältig. Eine wesentliche Rolle spielen nunmehr auch die Entscheidung des Gesetzgebers, die Patientenrechte zu stärken. So ist am 26.02.2013 das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten, das die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze des Arzthaftungsrechts kodifiziert und punktuell erweitert hat.

Vorweg zu schicken ist, dass der Patient im Haftungsprozess Behandlungs- und/oder Aufklärungsfehler rügen kann. Im Ergebnis macht es für ihn keinen Unterschied, auf welchen Angriff er seine Ansprüche erfolgreich stützen kann. Während aber der Patient den Behandlungsfehler und den dadurch verursachten Gesundheitsschaden zu beweisen hat, liegt die Beweislast für eine ordnungsgemäße Aufklärung beim Arzt. Jeglicher Zweifel an einer korrekten Aufklärung geht also zu seinen Lasten. Dies wiederum verdeutlicht, warum Aufklärungsfragen im Arzthaftungsprozess eine so bedeutende Rolle spielen. Der sichere Nachweis der ordnungsgemäßen Patientenaufklärung ist ein elementarer Aspekt der Haftungsprävention. Die Aufklärungspflichten sind nun in § 630 e BGB normiert. § 630 e Abs. 1 regelt Inhalt und Reichweite der Aufklärungspflichten. „Zwar wird hierüber mit dem Patienten natürlich gesprochen, entscheidend kommt es jedoch darauf an, ob der Arzt diese Aufklärungsinhalte auch nachweisen kann. Von ganz besonderer Bedeutung ist hier die Pflicht zur Aufklärung über „echte“

Behandlungsalternativen. Es ist nach dem Gesetzestext „auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“. Dieser Passus entspricht durchaus der bisherigen ständigen Rechtsprechung, wird aber jetzt durch die ausdrückliche Erwähnung im Gesetzestext besonders betont. „Zu beachten ist dabei, dass auch ein Zuwarten oder der Verzicht auf eine Operation eine Alternative darstellen kann“, betonte Gaibler.

Der Blick nach vorn

Bei der diesjährigen Abschlussveranstaltung wurde das Zep-ter erneut an eine Doppelspitze übergeben. Prof. Dr. Dr.h.c. Joachim Grifka (Bad Abbach) und Prof. Dr. Ulrich Stöckle (Tübingen) werden den Kongress vom 28. bis 30. April 2016 in Baden-Baden leiten. Schwerpunktthemen werden Arthrose, Behandlungsergebnisse sichern, Technische Orthopädie und Sport sowie Alterstraumatologie sein.

Ines Landschek, Redakteurin OUMN

Inge Kölle, Pressereferentin VSOU-Kongress

Weitere Informationen unter:
www.vsou.de

KONGRESS IN ZAHLEN

Die bewährte Symbiose aus Information, Wissenstransfer und Industrieausstellung (mit über 140 Ausstellern) lockte über 3.000 interessierte Fachbesucher ins Kongresshaus und bildete erneut das Erfolgskonzept der traditionellen VSOU-Jahrestagung. Mit einem breitgefächerten Programm (ca. 400 Programmpunkte) für Fort- und Weiterbildung auf höchstem Niveau, informativen Fachvorträgen, Seminaren, Workshops und Podiumsdiskussionen sowie mit hochkarätigen Referenten sorgte der Kongress wieder für begeisterte Teilnehmer und für einen wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungsaustausch.



Am Anfang war vielleicht noch eine gewisse Skepsis zwischen O & U...

INTERVIEW MIT VSOU-KONGRESSPRÄSIDENTEN

Auf dem Sofa ist noch viel Platz

Über die Vereinigung des Fachs, das Gesundheitsfördernde und das Mörderische am Sport und die Sorge um den so anders gearteten Nachwuchs der Generation Y sprachen wir mit Prof. Dr. Volker Bühren und Prof. Dr. Thomas Horstmann, den Kongresspräsidenten der 63. Jahrestagung der VSOU (30. April bis 2. Mai 2015) in Baden-Baden.

Die Süddeutsche Vereinigung der Orthopäden hat sich vor fünf Jahren ein U angehängt und auf dem Kongress in Baden-Baden gibt es zum ersten Mal eine Doppelspitze in der Kongresspräsidentschaft. Wie weit ist der Vereinigungsprozess von O & U vorangeschritten?

Prof. Bühren: Auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Gesellschaften sind wir alle in der DGOU zusammengeschlossen, wobei die Einzelgesellschaften wie DGU und DGOOC noch ihre Strukturen beibehalten haben. Irgendwann wird es nur noch die DGOU geben. Wie die Führung aussieht, ob das unter einem hauptamtlichen Präsidenten und einem oder zwei Kongresspräsidenten sein wird, wird man sehen. Auch die VSOU hat die Unfallchirurgen integriert. Für die diesjährige Jahrestagung bot sich eine Doppelspitze an, um beide Fächer nach außen hin auch angemessen – vor allem auch in ihrer Vielfalt – zu vertreten. Ich denke, diese Doppelspitze hat ihren Charme.

Prof. Horstmann: Wir kamen von Anfang an fachlich und menschlich sehr gut mit-

einander aus. Dabei ist zwischen Prof. Bühren als Chefarzt einer BG-Unfallklinik und mir als ursprünglich von der Sportmedizin her geprägten und konservativen Orthopäden der Spagat besonders groß. Trotzdem vereint uns das Organ – das muskuloskeletale –, die Bewegung, der Spaß, einen Patienten wieder mobil zu machen.

Sie eint ja sicher auch die Überzeugung, dass O & U zusammengehören?

Prof. Bühren: Wir müssen da durch. Als Kongresspräsidenten können wir nur erfolgreich sein, wenn wir die gleiche Grundüberzeugung haben. Wir sind uns einig in der Sache, hegen persönliche Sympathien und dadurch lief die Präsidentschaft wie von selbst. Vor 10 Jahren mag es noch grundsätzliche Bedenken gegeben haben, dass vielleicht ein Fach dem anderen etwas wegnimmt. Das hatte ja etwas mit Existenz, mit Geld, mit den unterschiedlichen chirurgischen Schulen zu tun und mit Amtsträgern, die Angst um ihren Einfluss hatten. Da haben wir heute eine ganz andere Haltung, wir wissen, dass die Wahrheit nicht nur einen Namen

hat. Es ist auch ein Generationenproblem, das sich allmählich auswächst.

Und wie argumentieren Sie mit Kollegen, die die Vereinigung nicht so gelassen sehen?

Prof. Horstmann: Es gibt schon ab und zu mal geäußerte Bedenken, dass wir Orthopäden „eingatmet“ werden. Es ist bei einigen schon noch tief drin, sich nicht von den Unfallchirurgen unterkriegen zu lassen. Solche Vorbehalte haben wir bei der Vereinigung von Ost und West in Deutschland auch gehabt. Es braucht einfach Zeit und die nächste Generation, die schon da ist, empfindet gar nicht mehr den Unterschied. Man interessiert sich inzwischen immer mehr für das ehemalige Fach des anderen und spezialisiert sich mehr auf das Organ, das Knie oder die Hüfte – von der Prävention, Operation bis zur Rehabilitation. Und der Nachwuchs? Die Assistenzärzte haben überhaupt kein Problem mehr, sie fühlen sich als Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und nehmen auf irgendwelche Spitzfindigkeiten der Separierung keine Rücksicht. Jetzt gibt es noch ein bisschen Gerangel,

Aus unserem Fach

das ist so, als wenn man es sich auf der Couch zu zweit bequem machen will und erst mal seine Sitzposition finden muss, da ruckelt es und man muss aufpassen, dass man sich nicht anrempelt. Aber es ist genügend Platz für beide da.

Welche Probleme stehen noch an?

Prof. Horstmann: Die Fragen stehen in der Aus- und Weiterbildung an: Was machen wir mit der konservativen Orthopädie? Wir dürfen die niedergelassenen Kollegen, die 100 Kreuzschmerzpatienten am Tag in ihrem Wartezimmer sitzen haben, nicht verlieren. Wir dürfen und wollen die konservative Orthopädie nicht an Heilpraktiker, Osteopathen und Physiotherapeuten abgeben.

Prof. Bühren: Wir werden in unserem Fachgebiet in 20 Jahren eine ganz andere Ordnung haben; wir werden Spezialisten haben, die sich sehr auf die technische und technologische Weiterentwicklung konzentriert haben und genau eine Region behandeln werden. Aber wir werden immer noch den Orthopäden/Unfallchirurgen brauchen, der seine Patienten lebenslang konservativ und psychosomatisch betreut. Weil unser Gebiet so groß ist, leiden wir auch nicht unter Nachwuchsmangel. Die Jungen haben eine gute Perspektive. Das Gebiet O&U ex-

pandiert, die Couch ist groß genug, jeder wird seinen Platz finden.

Auf der VSOU-Jahrestagung waren viele junge Fachärzte, aber auch Medizinstudierende eingeladen. Die sogenannte Generation Y tritt auf den Plan. Beunruhigt Sie deren Forderungen?

Prof. Bühren: Jede Generation ist irgendwie anders, auch wir Babyboomer wollten damals nicht die Tradition der Alten fortsetzen. Die Generation Golf hat damals, als sie antrat, auch gesagt, stopp, keine unentgeltliche Nachtdienste, nicht immer Überstunden. Nun sagt die Generation Y, dass sie geregelte Arbeitszeiten möchte, um mehr bei der Familie zu sein. Es gibt nicht mehr die Hausfrauenehe. Die jungen Frauen wollen arbeiten und Familie haben und die jungen Männer auch. Das zeigt sich auch daran, dass junge Ärzte auch bei uns in Elternzeit gehen. Man arbeitet heute nicht weniger, aber verdichteter. Und dann ist es auch gerecht, mehr Freizeit haben zu können.

Prof. Horstmann: Frauen werden nicht mehr als 100 Prozent in ihrem Job arbeiten, wie es männliche Mediziner immer getan haben. Die Nachwuchsmediziner beiderlei Geschlechts sind ja auch bereit, dafür Einbußen bei Geld und Karriere

hinzunehmen. Die Krankenhäuser und auch die Politik werden sich darauf einstellen müssen.

Ein wissenschaftlicher Schwerpunkt auf dem Kongress war das Thema Sport. Von Sportverletzungen bis hin zur Prävention durch Bewegung. Sie, Prof. Horstmann, bilden um dieses Thema eine Klammer.

Prof. Horstmann: Die Sportorthopädie ist ein klassisches Zwischenfach, das relativ spezialisiert auf Gelenke und andere Entitäten des muskuloskelettalen Systems ist. Es ist ein Querschnittsfach, das immer schon beide Fächer O&U beinhaltet hat. Die Unfallchirurgen, die früher ihren Job als getan angesehen haben, wenn sie ein schönes Röntgenbild vor sich hatten, haben längst erkannt, dass die Nachbehandlung, die Reha, ein ganz entscheidender Schritt für die Lebensqualität der Patienten ist. Man muss zunächst einmal die Begriffe Sport und Bewegung im Sinne einer körperlichen Ertüchtigung auseinanderhalten. Es gibt keine wichtigere Prävention gegen die lebensstilbedingten Bedrohungen der Gesundheit – wie Übergewicht, Diabetes mellitus, Krebs – als regelmäßige Bewegung. Aber da ist zum Beispiel die Ganztagschule davor. Sportunterricht fällt häufig aus, die Sportvereine leiden unter Nachwuchsmangel. Und die Kinder haben Übergewicht. Es geht dar-



Foto: Ines Landschek

O&U kommen sich fröhlich näher...

um, dass man eine Form von Bewegung findet, die Spaß macht und die Muskulatur trainiert. Dann gehörte zum Thema „Sport ist Mord“, dem wir ein eigenes Forum auf dem Kongress gewidmet haben, die Extremsportarten mit ihrem hohen Gefährdungspotential. Und der Profisport.

Prof. Bühren: Profisportler sind die modernen Gladiatoren, die durch die Medien verbreitet sehr viel Aufmerksamkeit erregen. Die sind meist bereit, durch das mediale Interesse auch ihre Gesundheit zu ruinieren. Es geht um viel Geld und Ego.

Wie sieht ein Profifußballer am Ende seiner Karriere von „innen“ aus, ist er ein Wrack?

Prof. Horstmann: Es gibt Fußballspieler, die haben mit 22 Jahren schon so viel „auf die Socken gekriegt“, dass ihre Gelenke schon schwerste Arthrosen zeigen. Es gibt auch Spieler, die nicht so in dreckige Zweikämpfe gehen oder sich eher wie früher Herr Beckenbauer auf dem Feld bewegen, die haben weniger Schäden.

Werden die heutigen Profis viel zu schnell nach einer Verletzung auf den Platz zurück geschickt, ehe sie auskuriert sind? Welche Verantwortung haben dabei die Teamärzte?

Prof. Bühren: Der Spieler ist ein selbstbestimmter Patient und der kann im Prinzip selbst entscheiden. Er hat meist seine eigenen Vorstellungen und die sind abhängig von seinen Zielen und denen des Trainers. Wenn man bedenkt, dass ein Profispieler nur einmal im Leben an einer Weltmeisterschaft teilnehmen wird ... Da wird sehr wenig Rücksicht auf den eigenen Körper genommen, weil ja der Zeitraum eines Spielers sehr begrenzt ist. Ich finde es nicht richtig, die Verantwortung auf die Ärzte zu übertragen, wir können nur beraten und empfehlen und eventuelle Alternativen aufzeigen.

Prof. Horstmann: Dr. Müller-Wohlfahrt, der hier auf der VSOU-Jahrestagung für sein Buch „Diagnose der Muskelverletzungen im Sport“ ausgezeichnet wurde, hat gesagt: „Der Arzt entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten und Fitnesstrainer, wann ein Spieler wieder ins Training zurückkehrt.“ Was der Spieler dann macht, liegt nicht mehr in der Verantwortung des Arztes. Wenn ein Spieler so lange verletzt war und dann

wieder spielt, ist er nicht wieder auf dem Niveau von früher und vielleicht kommt er eine Zehntelsekunde zu spät, da passiert es wieder: er verletzt sich. Profifußballer sind wie Hochleistungsmaschinen, da braucht es nur eine Kleinigkeit, dass die Maschine aus der Balance kommt. Vielleicht will der Spieler die ehemals verletzte Stelle „schonen“ und schon überlastet er eine andere Sehne oder einen Muskel reflektorisch. Und dann verletzt er sich an dieser anderen Stelle. Auf jeden Fall braucht der Teamarzt den Rückhalt vom Verein.

Meine Herren, vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Ines Landschek.



Ines Landschek
Redakteurin OUMN



Tag der Vorklinik

TAG DER VORKLINIK IN BADEN-BADEN

Eine Erfolgsgeschichte mit Zukunft

Während der Frühjahrstagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e. V. (VSOU) in Baden-Baden richtete das Junge Forum O&U den zweiten Tag der Vorklinik aus und gestaltete eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Die neue Ärztegengeneration – Fluch oder Segen?“ sowie, gemeinsam mit der VLOU e. V. die Sitzung „Ausblick 2020 – Wo drückt der Schuh?“.

Nachwuchsförderung und Nachwuchsgewinnung sind zwei Hauptaufgaben des Ausschusses Junges Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Durch verschiedene Projekte soll die Faszination für das gemeinsame Fach Orthopädie und Unfallchirurgie (O&U) vermittelt werden und somit auch in Zukunft den Nachwuchs für unser Fach zu begeistern. Zahlreiche Projekte sind bereits etabliert. Prominente Beispiele sind der „Tag der Studierenden“, die „Summer School“, die „Road Show“ wie auch das Göttinger Wahlfach „Einführung in die Orthopädie und Unfallchirurgie“.

2. Tag der Vorklinik

Im Rahmen der Frühjahrstagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e. V. (VSOU) wurde bereits zum zweiten Mal der Tag der Vorklinik ausgerichtet. Dieser soll es ermöglichen, bereits Studenten in den ersten Semestern (1.– 7.) zu erreichen und den Funken für O&U frühzeitig überspringen zu lassen. Organisiert wird dieser Tag hauptverantwortlich durch den Leiter der Sektion Nachwuchsförderung (Dr. Jan Philipp Schüttrumpf, Magdeburg) und den Youngsters O&U (Luisa Peter

und Stefanie Weber, Göttingen). Über ein Onlinebewerbungsverfahren (www.jf-ou.de) wurden aus einer dreistelligen Bewerberzahl 40 Studenten/-innen ausgewählt, welche ein Stipendium für den Tag der Vorklinik erhielten. Dieses inkludiert neben der Teilnahme am Tag der Vorklinik auch eine Teilübernahme der Reisekosten wie auch die Übernachtung.

Im Anschluss an die Begrüßung durch Prof. V. Bühren und Prof. T. Horstmann erfolgte eine Gruppeneinteilung. Gruppen von zehn Studierenden wurden jeweils zwei Tutoren an die Seite gestellt. Höchster Wert wurde auf eine individuelle Betreuung gelegt, so dass die Workshops jeweils in Kleingruppen durchgeführt wurden. Im Anschluss an die wissenschaftliche Sitzung „Human Factors in O&U“ folgte die Podiumsdiskussion „Die neue Ärztegengeneration – Fluch oder Segen“, welche den Studierenden bereits einen tiefgreifenden Einblick in die Rahmenbedingungen des Berufes als Orthopäde und Unfallchirurg bot. Anschließend wurde ein umfangreiches Workshop-Programm geboten. Diese umfassten Osteosynthese-Stationen aber auch einen Sonografie- wie auch einen Orthesen- und Bandagen-Workshop. Auch in diesem Jahr erhielten wir unmittelbar ein

sehr zufriedenes Feedback durch die teilnehmenden Studenten.

Die neue Ärztegengeneration

Die Ärzte der Generation Y rufen laut gängiger Vorurteile nach geregelten Arbeitszeiten, einer ausgeprägten Work-Life-Balance und widersprechen den alten Hierarchien. Dies kollidiert mit den Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. Hinsichtlich der unumgänglichen Herausforderungen vor welche uns diese neue Ärztegengeneration stellt, ist eine sachliche Diskussion erforderlich, um sich den Forderungen dieser Generation Y erfolgreich stellen zu können. Bleibt es beim Status quo, so wird es in 15–20 Jahren mutmaßlich schwierig sein, einen geregelten Klinikbetrieb mit den aktuellen Organisationsstrukturen auf der einen und der Generation Y auf der anderen Seite aufrecht zu erhalten.

Jedoch sind noch weitere Aspekte des Generationenwechsels in O&U zu berücksichtigen: Die Gesundheitsbranche verlangt ein überdurchschnittlich hohes Maß an Innovation und Wandlungsbereitschaft. Mehr als die Hälfte des Umsatzes wird mit Innovationen erzielt, welche nicht älter als zwei Jahre alt sind. Betracht

tet man jedoch korrespondierend die fehlende Flexibilität von Organisationsstrukturen im klinischen Alltag, so erscheint genau hier ein beträchtliches Defizit vorzuliegen. Die kooperative, pragmatische Denkweise der neuen Generation gepaart mit ihrer guten Vernetzung mag diesbezüglich hilfreich sein, diesen aktuellen Defiziten zu entgegen. Vertreter aus Wirtschaft, Klinik und Journalismus waren eingeladen, über das Thema zu sprechen und Lösungsansätze aufzuzeigen. Gäste der Diskussionsrunde waren:

- Dr. Andreas Botzlar (2. Vorsitzender Marburger Bund)
- Dr. Boris Fröhlich (B. Braun/Aesculap)
- Erik Albrecht (Journalist)
- Prof. Dr. Mario Perl (stellv. Sprecher Junges Forum O&U)
- Prof. Dr. Bernd Kladny (Generalsekretär DGOU und DGOOC)
- Dr. Anna-Katharina Doepfer (Sektion Weiterbildung, Junges Forum O&U)
- Dr. Pouria Taheri (Dreifaltigkeitskrankenhaus Köln)
- Heiner Förster (HR Director von Johnson&Johnson Medical)

Generation Y denkt anders

Die Podiumsdiskussion bot spannende Aspekte aus den Berührungspunkten von Generation Y und dem Klinikalltag. Die anwesenden Studierenden, allesamt Teilnehmer des Tages der Vorklinik, lieferten – als Vertreter der Generation Y – hervorragende Denkanstöße und wiesen auf die, mutmaßlich zeitlich verzögerten, Auswirkungen auf den Sektor der ambulanten Versorgung hin. Als Kernaussage kann postuliert werden, dass auch die Generation Y als fleißig angesehen wird. Nichts desto trotz wird es erforderlich sein, neue Arbeitszeitmodelle zu entwickeln.

Auf Grund des Erfolges dieser Veranstaltungen haben die Planungen für 2016 bereits begonnen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei der DGOU, dem BVOU, dem VLOU und dem VSOU für die exzellente

Unterstützung bei der Durchführung dieser Projekte bedanken. Auch bedanken wir uns bei unseren Tutoren wie auch

unseren Industriepartnern (GE, Depuy Synthes, Sporlastic) für die freundliche Unterstützung.



Podiumsdiskussion „Die neue Ärztegengeneration – Fluch oder Segen“



Osteosyntheseworkshop



Fotos: Merschschin (3)

Sonografieworkshop



David Merschschin (Rummelsberg)
Luisa Peter (Göttingen)
Stefanie Weber (Göttingen)
Dr. Jan Philipp Schüttrumpf (Magdeburg)



Bastin mit dem Patienten Ahmed bei dessen ersten Gehversuchen mit der neuen Prothese.

GESICHTER AUS O UND U

Orthopädietechniker im Einsatz für syrische Flüchtlingskinder

Ende 2013 hat die international tätige Otto Bock Stiftung das Projekt „Kinder in Not – Hilfe für Syrien“ gestartet. In einem Flüchtlingslager im türkischen Malatya, nahe der syrischen Grenze, werden Kinder und Jugendliche, die an Gliedmaßen verletzt wurden, mit Prothesen, Orthesen und Rollstühlen versorgt.

45 Kinder und Jugendliche haben diese Hilfe bereits erhalten, 150 weitere benötigen noch eine medizintechnische Versorgung und Rehabilitation. Im Interview sprach der 31-jährige Orthopädietechniker und Projektleiter Abdulaziz Bastin über die Arbeit vor Ort. Bastin ist zum ersten Mal im Einsatz für ein solches Projekt. Verbunden mit seiner Arbeit im Camp in Malatya sind auch Versorgungen in anderen Flüchtlingszentren in der Türkei. Das gesamte Projektteam besteht aus zehn Orthopädie-Technikern aus den Ottobock-Gesellschaften in Istanbul und Ankara. Die Ausstattung der mobilen Werkstatt ermöglicht es, anprobefertige Prothesen und Orthesen vor Ort anzupassen. Bastin hat die Aufgabe, die Patienten bei ihrer Ankunft im Flüchtlingscamp zu untersuchen und einen Versorgungsvorschlag zu erstellen. Sobald der Stumpf versorgbar ist, nimmt er dessen Maße und macht einen Gipsabdruck. Hieraus entstehen dann der Schaft und die Prothese.

Welche Arbeitsschritte können Sie vor Ort im Flüchtlingscamp durchführen?

Die entsprechenden Abmessungen können wir vor Ort im Camp vornehmen. Die Schäfte werden dann anhand der Maße bei Ottobock Türkei gefertigt und wieder ins Camp geschickt. Hier passen wir die Schäfte den Patienten an und fertigen die Prothese/Orthese. Ich und ein weiterer Techniker sind in regelmäßigen Abständen vor Ort in Malatya.

Welche Probleme haben Sie täglich bei der Arbeit zu bewältigen?

Das Arbeitsumfeld ist schwierig – umgeben zu sein von 8.000 Flüchtlingen, die in dem Camp leben, ohne es verlassen zu dürfen. Im Sommer bei Temperaturen bis zu 40 Grad ist auch die Arbeit erschwert, denn der Versorgungscontainer ist nicht voll klimatisiert. Zu den körperlichen Belastungen kommt hinzu, dass sich die

Stümpfe der Patienten durch solche Temperaturen stark verändern können. Das muss bei meiner Arbeit immer mit einkalkuliert werden, andernfalls wird der finale Schaft nicht gut sitzen.

Welches sind die größten Herausforderungen in diesem Projekt?

Den Patienten Hoffnung auf ein neues Leben zu geben. Wir können die gliedmaßenverletzten Menschen mit medizintechnischen Hilfsmitteln versorgen, ihnen wieder Mut machen. Aber die ein-



Abdulaziz Bastin

zelenen Schicksale und das Erlebte kann man nur schwer behandeln.

Wie gehen Sie persönlich mit den Eindrücken im Flüchtlingscamp um?

Ich höre meinen Patienten zu. Sie erzählen mir von ihrem Leben, der Vergangenheit. Der Fokus liegt natürlich zu allererst darauf, sie wieder gesundheitlich fit zu machen. Patienten müssen lernen, mit ihrer Prothese umzugehen, sie zu akzeptieren. Dies erfordert auch eine Menge Lernwillen vom Patienten selber. Nur wer wieder fit im Kopf ist und Vertrauen in die Prothese zeigt, kann auch wieder normal an die Zukunft denken. Daran arbeite ich mit den Menschen, die zu mir kommen.

Welchen besonderen Herausforderungen stehen Sie dabei gegenüber?

Die meisten unserer Patienten haben es verlernt, zu lächeln. Das ist traurig zu sehen.

Wie bauen Sie Kontakt und Vertrauen vor allem zu traumatisierten Kindern auf? Wie reagieren diese auf Sie?

Zugang zu finden, ist häufig sehr schwierig. Insbesondere bei Kindern, die Schlimmes erlebt haben im Krieg. Die meisten von ihnen sind stark traumatisiert. Schon das Geräusch eines Hubschraubers oder Flugzeugs lässt sie erstarren, und man sieht ihnen ihre Ängste an.

Was war Ihr außergewöhnlichster Fall?

Außergewöhnlich ist für mich, wenn betroffene Menschen nach der Versorgung sogar stolz darauf sind, eine Prothese zu tragen. Ich habe ein Kind erlebt, das seine gesunde Hand mit der Prothesenhand versteckt hielt. So etwas erleben wir nicht immer. Einige Menschen benötigen bei ihrer Erstversorgung lange Zeit, um die Prothese überhaupt zu akzeptieren.

Auf welches Ereignis der nächsten Zeit freuen Sie sich schon?

Rio 2016 for Paralympic Games als Techniker des technischen Support-Teams vor Ort.

Was geben Sie Menschen mit auf den Weg, die vorhaben, in der Katastrophenhilfe tätig zu werden?

Eine Menge Geduld und Humor. Diese Menschen benötigen viel Einfühlbarkeit, Sensibilität und Zeit, das Erlebte zu verarbeiten.

Das Gespräch führten Miriam Buchmann-Alisch und Sabrina Weigl.

INFOS

„Kinder in Not – Hilfe für Syrien“: www.stiftung.ottobock.com

Startschuss für Forschungsdatenbank

Wer forscht an welcher Klinik aktuell zu welchem Thema in Orthopädie und Unfallchirurgie? Um hier Transparenz zu schaffen, die Vielfalt der wissenschaftlichen Leistungen an Kliniken und in den Fachgremien widerzuspiegeln sowie mehr Möglichkeiten für Kooperationen zu eröffnen, hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) eine Forschungsdatenbank O&U ins Leben gerufen. Initiiert und konzipiert wurde das Projekt durch Prof. Ingo Marzi und Prof. Hans-Christoph Pape vom Wissenschaftsausschuss der DGU in Zusammenarbeit mit der DGU- und DGOU-Redaktion.

Auf der DGOU-Website können alle wissenschaftlich Tätigen ab sofort ihre eigenen Forschungsprojekte eintragen und haben darüber hinaus künftig die Möglichkeit, beispielsweise für eigene Literaturrecherchen, über Schlagwörter nach aktuellen anderen Forschungsprojekten aus O&U deutschlandweit zu suchen.

„Wir möchten mit dieser Forschungsdatenbank die Wissenschaft im unserem Fach stärker unterstützen“, sagt DGOU-Präsident Prof. Michael Nerlich. „Darüber hinaus soll sie natürlich ein weiterer

wichtiger Service für unsere Mitglieder und Kooperationspartner sein. Meines Wissens sind wir die erste medizinische Fachgesellschaft, die eine solche Datenbank derzeit anbietet.“

Ziele der Datenbank:

- Wer forscht an welcher Klinik aktuell zu welchem Thema in Orthopädie und Unfallchirurgie? → Überblick über laufende Forschungsvorhaben aus Orthopädie und Unfallchirurgie
- Übersicht über Forschungsschwerpunkte in der Orthopädie und Unfallchirurgie aus den Bereichen Grundlagenforschung, Klinische Studien, Registerforschung, Translationale Studien und Versorgungsforschung
- Wissenschaftliche Leistungen an Kliniken und in den Fachgremien von DGU, DGOOC und DGOU widerspiegeln und transparent machen
- Mehr Möglichkeiten für Kooperationen eröffnen
- Rechercheangebot für Interessierte und externe Einrichtungen

Machen auch Sie mit, um diese Forschungsdatenbank möglichst schnell mit lebendiger Forschung zu füllen!

So geht's:

- Über die Eingabemaske tragen Sie Ihr Forschungsprojekt ein, wie üblich mit Titel, Abstract, Forschungsbereich, Laufzeit, Ansprechpartner etc., optional auch mit weiteren Informationen.
- Nach Beendigung des Eintrags bekommen Sie eine Bestätigungse-Mail. Die Online-Redaktion der DGOU prüft dann kurz die Daten, schaltet den Eintrag frei und informiert Sie darüber per E-Mail.

Miriam Buchmann-Alisch

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

www.dgou.de/wissenschaft/forschungsdatenbank-o-u.html

www.dgou.de/wissenschaft/forschungsdatenbank/forschungsprojekt-einreichen.html

Ansprechpartner:

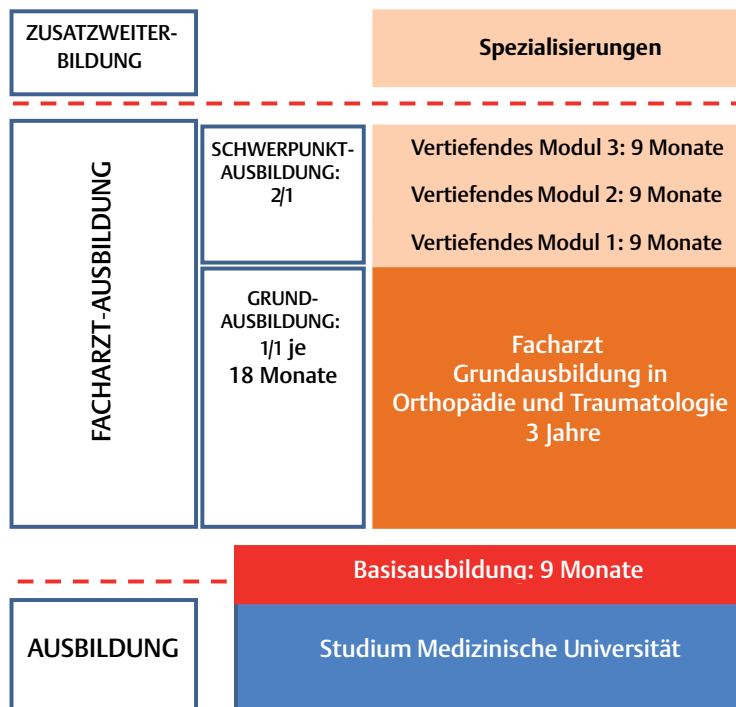
Miriam Buchmann-Alisch:
mbuchmannalisch@dgou.de
030 – 340 60 36 04
Sabrina Weigl:
sweigl@dgou.de
030 – 340 60 36 11

Orthopädie und Traumatologie in der Zielgeraden

Unfallchirurgie und Orthopädie haben sich in Österreich in den letzten Jahrzehnten als eigenständige Sonderfächer etabliert und auf hohem Niveau die Versorgung der Bevölkerung bewährt. Der epidemiologische Wandel der Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates sowie gesundheitsökonomische Überlegungen und europaweite Strategien zur Vereinheitlichung der Facharztausbildung haben auch in Österreich dazu geführt, das Aufgabengebiet dieser Sonderfächer neu zu definieren und in ein neues Fach überzuführen.

Da in Österreich eine Reform der Facharztausbildung geplant war, konnte im Rahmen dieses Prozesses die Strukturierung des neuen Faches erfolgen. Zielsetzung der neuen Ausbildungsstruktur war es, die Facharztausbildung einheitlich auf 6 Jahre mit einer 9 monatigen Einführungsphase zu strukturieren, wobei diese grundlegenden Fähigkeiten und Kenntnisse in den allgemeinen Spitals-tätigkeiten beinhaltet und im Wesentlichen dem „internship“ im angloamerikanischen Raum entspricht. Darauf aufbauend wird die Facharztausbildung mit einem 5 Jahre und drei Monate dauernden Ausbildungsgang weitergeführt, der ausschließlich im Sonderfach durchzuführen ist; nicht zuletzt deshalb, weil sich die Absolvierung der sogenannten Gegenfächer (z.B. Chirurgie, Pädiatrie, Neurologie, ...) als nicht effizient erwiesen hat. Die Ausbildung im Fach wird in eine Phase der Grundausbildung mit 36 Monaten und einer Phase der Schwerpunktsetzung von 27 Monaten gefasst. Diese 27 Monate werden in drei 9-Monatsabschnitte aufgeteilt und sollen eine Modularisierung der Ausbildung erlauben, um auch der Schwerpunktsetzung der jeweiligen Abteilung zu entsprechen. Im Falle des neuen Faches Orthopädie und Traumatologie wäre das in der Grundlagenausbildung je 18 Monate Orthopädie und Traumatologie, was 36 Monate Grundausbildung macht, danach können aus insgesamt 7 Modulen mit je 9 Monaten 3 ausgesucht werden; hier sind zwei aus dem jeweiligen Schwerpunkt Orthopädie oder Traumatologie zu wählen und eines aus dem jeweilig anderen Fach. Dies entspricht den Vorgaben der Europäischen Plattform für Orthopädie und Traumatologie (EBOT) der UEMS, wo gefordert wird, einerseits die Breite des

Facharztausbildung NEU: Orthopädie & Traumatologie



ganzen Faches zu lehren, aber auch eine Modularisierung und damit Flexibilität in den Schwerpunktthemen zu erlauben. Die Themen der Module sind Endoprothetik, spezielle operative Orthopädie (z.B. Arthroskopie) und konservative Orthopädie, sowie für die traumatologische Seite Osteosynthese, spezielle Traumatologie und konservative Traumatologie. Dadurch kann auf den jeweiligen vermehrten Bedarf an Fachkompetenz im jeweiligen Bereich eingegangen werden. So wird im Ski- und Sportgebiet Sportverletzungen als Schwerpunkt ausgeprägt sein und im städtischen Raum prothetische Versorgung der alternden Population, wodurch eine unterschiedli-

che Ausprägung der Versorgungsstruktur entsteht.

Ausbildung

Die Zuerkennung einer Ausbildungsstelle erfolgt anhand der reell erhobenen Operations- und Therapiezahlen, wobei 20–30% der Fälle auf Grund der Art und Ausprägung der Pathologien in der Regel für Auszubildende zur Verfügung stehen. Im Rasterzeugnis sind dann Richtfallzahlen für die Ausbildung angegeben, die vom Ausbildungsarzt zu erfüllen sind, wodurch sich eine Quote an Ausbildungsstellen pro Abteilung ergibt. Werden nicht alle Spezialfach-

gebiete an einer Abteilung angeboten, muss ein Rotationsprinzip eingeführt werden. Bis Fachabteilungen im Rahmen des neuen Faches „Orthopädie und Traumatologie“ geschaffen sind, ist das Ausbildungsprogramm zwischen einer orthopädischen und unfallchirurgischen Abteilung zu vereinbaren, wodurch ein langsamer Aufbau des neuen Faches erfolgen wird. Damit bleibt auch die Erhaltung der derzeitigen Fachkompetenz erhalten und auch Zeit, diese weiterzugeben. Die Versorgung Schwerverletzter soll als Spezialisierung im Anschluss an die Facharztausbildung in einem dreijährigen Ausbildungsprozess durchgeführt werden, hier ist der Ansatz einer multidisziplinären Versorgung gegeben, wo auch angrenzende Fächer in diese Spezialisierung eingebunden werden sollen (siehe emergency surgeon). Diese Ausbildung kann nur in einem Polytraumazentrum umgesetzt werden, da nur hier die Fallzahlen zur Verfügung stehen. Andere Spezialisierungen wie die Handchirurgie, Sportorthopädie, Wirbelsäulen- oder Tumorchirurgie könnten ähnlich fachübergreifend angeschlossen werden, was in Umfang und Durchführung noch herausgearbeitet werden muss, wobei auch hier die Fellowships im angloamerikanischen Bereich ein Vorbild sein könnten.

Neues Curriculum

In einem nun zweijährigen Prozess konnte die Fachgesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie ein gemeinsames und neues Curriculum entwickeln, be-

wusst wurde auf die bloße Zusammenlegung der Fächer verzichtet, da dies nicht den modernen Anforderungen des medizinischen Bedarfes entspricht. Die Fachbezeichnung Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie wurde durch die Bezeichnung „*Orthopädie und Traumatologie*“ ersetzt, was auch der Mehrheit der europäischen Mitgliedsstaaten in der Namensgebung entspricht.

Das Spektrum des neuen Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie umfasst die Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge aller Erkrankungen und Verletzungen von Knochen, Gelenken und damit verbundenen Weichteilen. Die Diagnose basiert auf der Anamnese und der körperlichen Untersuchung in Kombination mit bildgebenden Verfahren, Endoskopie und Laboruntersuchungen. Behandlungen bestehen aus konservativen und operativen Therapien entsprechend der wissenschaftlich gesicherten Evidenz und inkludiert biotechnologische Verfahren sowie Biologikaeinsatz, physikalischer Therapie und Ergotherapie, Orthesenversorgung, Prothesen- und Hilfsmittelleinsatz, sozialen Maßnahmen, Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitserziehung in jedem Lebensalter.

Neben diesem Ausbildungsgang haben sich die Fachgesellschaften geeinigt, Ausbildungsseminare mit einem standardisierten Curriculum in der Theorie des Faches zu organisieren, um die Kenntnisse des gesamten Faches zu vermitteln. Diese

umschließen zurzeit 18 Zweitagesveranstaltungen mit orthopädischen Themen, die jetzt durch die traumatologischen ergänzt werden sollen. Die Erfahrungen und Fertigkeiten sind im Rahmen der klinischen Abteilungen zu vermitteln und können durch Diplome (wie z.B.: Manuelle Medizin) oder Operationskurse (wie z.B.: AO Ausbildung für Osteosynthese) ergänzt werden.

Das neue Ausbildungsgesetz ist bereits mit Jahresanfang 2015 beschlossen worden und die einzelnen Ausbildungsordnungen und gesetzlichen Verordnungen sowie Übergangsbestimmungen sind implementiert bzw. kurz vor Abschluss, da mit 31. Mai 2015 der Startschuss für das neue Fach fällt. Damit hoffen wir den Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates entsprechende Fachkompetenz entgegensetzen zu können und damit der Versorgung und den Ansprüchen der gesamten Bevölkerung – gesund oder krank – gerecht zu werden.

Ein langer, gemeinsamer Weg beginnt!



Prof. Dr. Stefan Nehrer
Vizepräsident der ÖGO

Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken

Der verstärkte Einsatz innovativer Medizinprodukte ist im klinischen Versorgungsalltag unverzichtbar, aber auch mit spezifischen Risiken für die Patientensicherheit verbunden. So führt etwa die zunehmende Technisierung klinischer Prozesse zu höheren sicherheitstechnischen Anforderungen im Krankenhaus. Dies betrifft sowohl die Anwender von Medizintechnik, etwa durch den Einsatz verschiedener Gerätearten und -generationen, als auch die Betreiber von Medizintechnik, beispielsweise im Hinblick auf die gesetzlichen Pflichten zur Organisation und Überprüfung von (Wiederholungs-) Einweisungen, Schulungen der Berufsgruppen und bei meldepflichtigen Vorkommnissen.

Eine US-amerikanische Studie aus 2004 geht davon aus, dass es bei 100 Krankenhausaufnahmen bis zu 8,4 unerwünschten Medizinprodukteereignissen kommt. [4]. Dass es auch in deutschen Kliniken zu Risiken beim Medizinprodukteinsatz kommt, zeigen Studien zu kritischen Ereignismeldungen aus der Anästhesiologie und Pädiatrie [2, 6].

Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe Medizinprodukt-assoziierte Risiken (AG MPaR) des Aktionsbündnis Patientensicherheit die Handlungsempfehlung „Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken“ [1] veröffentlicht. Diese richtet sich sowohl an die Anwender, die Betreiber von Medizinprodukten im Krankenhaus und den Gesetzgeber und kann auf der Homepage des APS kostenfrei heruntergeladen werden (<http://www.aktions-buendnis-patientensicherheit.de>). Damit sollen auch haftungsrelevante Risiken vorgebeugt und die jeweiligen Verantwortlichkeiten klar benannt werden. Im Folgenden werden die wesentlichen Eckpunkte vorgestellt

Empfehlungen für die Anwender aktiver Medizinprodukte :

Einweisungen ernst nehmen

Jeder der Medizinprodukte anwendet muss vor Anwendung in die von Ihnen angewendeten Medizingeräte einschließlich Software eingewiesen werden – und zwar entweder durch vom Hersteller dafür befugte oder vom Betreiber beauftragte Personen. (Einweisung dokumentieren Lassen Sie sich dies dokumentieren. Eine Wiederholung der Einweisung kann gegebenenfalls notwendig werden. Die Einweisung soll nicht nur die Kenntnisse

über Zweckbestimmung, Feststellung der Funktionsfähigkeit, sachgerechte Handhabung (Training) vermitteln, sondern insbesondere auch über Risiken und bereits andernorts geschehene unerwünschte Ereignisse informieren. Im besonderen sollen Kenntnisse vermittelt werden über:

- die sachgerechte Handhabung und den Therapienutzen der Geräte;
- die vom Hersteller festgelegten Zweckbestimmungen sowie sicherheitstechnische Hinweise und Anwendungsbeschränkungen;
- den Einsatz von (un-)zulässigem Zubehör sowie (un-)zulässigen Kombinationsmöglichkeiten von Medizinprodukten und -produkten;
- die vom Hersteller vorgegebenen Fristen für die Geräteinstandhaltung sowie für sicherheits- und messtechnische Kontrollen;
- sämtliche Bedienelemente und die dazugehörigen Funktionen, das Bedienkonzept sowie die ordnungsgemäße Durchführung der Funktionsprüfung;
- den Aufbereitungsumfang sowie Aufbereitungsverfahren (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation) und Aufbereitungsintervalle;
- mögliche Fehler in der Anwendung von medizintechnischen Geräten;
- Verhalten bei eingetretenen Störungen/Vorkommnissen mit und ohne wesentliche Folgen für den Patienten.

Die gesetzlich geforderte Einweisung muss im Medizinproduktebuch dokumentiert werden. In Abhängigkeit von der Komplexität und den Risiken beim Umgang mit einem Medizinprodukt sollten die Anwender ggf. eine Wiederholung der

Einweisung nach einer bestimmten Zeit erhalten. Jeder Mitarbeiter hat die Pflicht, sich in neue Geräte und Software einweisen zu lassen. Die Gebrauchsanweisungen sowie weitere sicherheitsbezogene Informationen und Instandhaltungshinweise müssen im Krankenhaus jederzeit geräteenah vorhanden und einsehbar sein, beispielsweise über das Intranet.

Funktionsprüfung sorgfältig durchführen

Vor der Anwendung eines Medizinproduktes ist die Funktionsfähigkeit und der ordnungsgemäße Zustand vom Anwender zu überprüfen. Eine Checkliste – anzufordern vom Hersteller (!) – auch zur Dokumentation der Durchführung kann dies erleichtern und ist bei haftungsrelevanten Schadensfällen ein wertvolles Dokument. Ärzte bzw. ausgebildetes und am jeweiligen Gerät eingewiesenes nicht-ärztliches Fachpersonal sind verpflichtet, die Funktionsprüfung **vor der Inbetriebnahme** und **vor der Anwendung** hinsichtlich ihres ordnungsgemäßen Zustands und ihrer Funktionsfähigkeit zu prüfen. **Der Funktionscheck** ist zudem nach jeder Aufbereitung, nach Aufrüstung des Gerätes sowie nach technischen Instandhaltungsmaßnahmen (Inspektion, Wartung und Reparatur) durchzuführen. Dies betrifft nicht nur routinemäßig eingesetzte medizintechnische Geräte, sondern auch Geräte, die in selten genutzten Funktionsbereichen im Krankenhaus vorgehalten werden. Ergänzend zur Funktionsprüfung sollte nach Beendigung des Geräteeinsatzes darauf geachtet werden, dass die Geräte wieder in den Zustand gebracht werden, der dem zu Beginn der Anwendung entspricht. Der Prüfvorgang und die Verantwortungszuweisung sind von rechtlicher Bedeutung.



Fehler und Probleme immer melden

Im Zweifelsfall wird empfohlen, alle Ereignisse an das hausinterne Meldewesen zu melden. Je detaillierter die Angaben zu den beteiligten Medizinprodukten sind, desto eher können betroffene Geräte durch die Medizintechnik identifiziert, überprüft und gegebenenfalls ausgetauscht und sichergestellt werden [5]. Die Fachkollegen aus dem Meldewesen können leichter erkennen, ob medizinproduktassoziierte Risiken beteiligt waren. Meldungen sind dann an die Vigilanzbehörde weiterzugeben. Das Risikowissen sollte zusätzlich auch in das Critical Incident Reporting System (CIRS) gemeldet werden, wo es besser zugänglich ist. Auf diese Weise wird nicht nur der Meldepflicht bei Vorkommnissen nach gekommen, sondern was derzeit noch wesentlich wichtiger ist, wird die Grundlage dafür gelegt, dass

- die an unerwünschten Ereignissen beteiligten Geräte und Systeme einfacher identifiziert und sichergestellt,
- gleiche oder gleichartige Geräte gezielt durch die Medizintechnikabteilung überprüft und ggf. ausgetauscht sowie
- Prozesse im Rahmen der Ursachenanalyse besser nachvollzogen und ggf. zusätzliche Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit bei Einsatz von Medizintechnik im Haus umgesetzt werden können.

Risikoinformationen sind unabdingbar

Das Meldewesen verfügt über eine große Zahl von Risikoinformationen zu Medizinprodukten aus dem jeweiligen Arbeitsumfeld. Die Hersteller sollten diese Informationen adressatenspezifisch in aufbereiteter Form dem Anwender zur Verfügung stellen. Diese sind über die

Beschaffung oder direkt beim Hersteller einzufordern

Empfehlungen an Betreiber aktiver Medizinprodukte

Auch hierzu werden sehr konkrete Empfehlungen ausgesprochen, die auch dem Anwender zu vermitteln sind, um die haftungsrelevanten Risiken zu vermindern. Dazu gehören:

■ klare Zuständigkeiten schaffen:

Einrichtung einer Verantwortliche Stelle für Medizinproduktesicherheit: Diese Stabsstelle muß nach innen und außen für Fachkreise – auch Hersteller/Beschaffung – kenntlich gemacht werden, zum Beispiel medizinproduktesicherheit@einrichtungXYZ.de. Die Verantwortliche Stelle für Medizinproduktesicherheit ist erster Ansprechpartner für Anwender, Betreiber, Hersteller und Behörde und koordiniert die Kommunikation zwischen diesen Parteien. Sie sammelt intern und extern Meldungen und Wissen zu medizinproduktassoziierten Risiken, filtert diese und leitet den Mitarbeitern nur solche Informationen zu, die die Sicherheit in ihrem Arbeitsbereich betreffen.

Meldewesen organisieren: Je einfacher eine Meldung für den Anwender ist und je mehr relevante Risikoinformationen er zurückbekommt, desto höher ist die Akzeptanz des innerbetrieblichen und gesetzlichen Meldewesens. Motivationsfördernd sind zeitnahe Rückmeldungen zu den eingereichten Meldungen und Beschreibung evtl. getroffener Maßnahmen.

Systematische Beteiligung der Medizintechnik des Risikomanagements:

Haus- und Medizintechniker sowie auch Human-Factors-Experten (Fachgebiete: Ergonomie, Organisationspsychologie) sollen grundsätzlich bei der Beurteilung, Analyse, Bewertung und Prävention medizintechnik-assoziiierter Risiken beteiligt werden. Diese Berufsgruppen leisten durch ihr spezifisches Fach- und Erfahrungswissen einen wertvollen Beitrag zum sicheren Geräteeinsatz. Sie liefern wichtige Hinweise auf Schwierigkeiten im Umgang mit Geräten, so dass Wartungs- und Einweisungsprozesse verbessert werden können.

Sicherheitskultur aufbauen: Informationen im Meldewesen sind vertraulich und werden nicht gegen die Meldenden,

sondern nur zu ihrem Nutzen verwendet. Dies muss deutlich und unmissverständlich kommuniziert werden.

Notwendige Ressourcen bereitstellen: Es ist primäre Aufgabe der Geschäftsführung, die erforderlichen Ressourcen für alle Prozesse bereit zu stellen, die die Patientensicherheit fördern. Dazu gehören vor allem Personal und Zeit, die zur Verfügung gestellt werden müssen, damit der Anwender seinen obengenannten Pflichten bei der Anwendung der Medizinprodukte nachkommen kann. Dies wird kaum beachtet und muß im G-DRG System verankert werden, in dem die Kalkulationshäuser diesen Mehraufwand erfassen – evtl. Bildung neuer OPS Codices? – und abbilden.

Optimierungsbedarf für den Gesetzgeber

Die HE stellen folgende Defizite des bestehenden Vigilanzsystems vor, die durch Änderung der nationalen/europ. Gesetzgebung die Effizienz und damit Nutzen des Systems verbessern:

- Schutz des Meldenden vor beruflichen Konsequenzen
- Umgang mit dem Medizinprodukt nach einem unerwünschten Ereignis
- Verbesserte und schnellere Rückmeldung an die meldenden Anwender mit Darstellung der Entscheidungsgründe
- Meldeumfang ausweiten auch auf durch Produktdefizite hervorgerufene Anwendungsfehler
- Transparente Darstellung der Erkenntnisse an alle Anwender, Betreiber und Hersteller

Literatur beim Verfasser.



Prof. Dr.
Hartmut Siebert
Aktionsbündnis
Patientensicherheit e. V.
Am Zirkus 2,
10117 Berlin
info@aps-ev.de

INFORMATIONEN

Eine Langversion der Handlungsempfehlung wie auch weiterführende Informationen und Downloads rund um das Thema Patientensicherheit finden Sie im Internet unter:

www.aps-ev.de

NOVELLIERUNG DER MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG

Workshop kammeraktiver Mitglieder von DGOU-DGU-DGOOC-BVOU

Nicht nur in Rahmen der öffentlichen Diskurse zum Versorgungsstärkungsgesetzentwurf und dem zunehmenden Ärztemangel in ländlichen Regionen, sondern auch in vielen anderen Foren ergeben sich immer wieder Diskussionen über der Notwendigkeit einer Novellierung der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte. Diesem Thema widmete sich der Workshop kammeraktiver Mitglieder am 25.3.2015 in Berlin.

Die Wahrnehmung vieler Betroffener ist aber auch, dass es eigentlich nur an den notwendigen Ressourcen zur nachhaltigen Umsetzung der derzeit geltenden Weiterbildungsordnung fehle. Innerhalb der Chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbände im Gebiet Chirurgie schwelt zusätzlich ein Konflikt um die Zusammenführung der Facharztsäulen Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie zu einer Säule „Allgemein- und Viszeralchirurgie“ ohne muskuloskeletale Inhalte. Die gemeinsame Weiterbildungskommission der im Gebiet Chirurgie vereinigten Facharztsäulen unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) – gemeinsam mit den jeweiligen Berufsverbänden – hatte sich hierauf wiederholt und einstimmig verständigt. Im Nachsatz dieser Beschlüsse, die als Empfehlung auch nachhaltig (für entsprechende Beschlussvorlagen auf kommenden Ärztetagen) an die Bundesärztekammer (BÄK) herangetragen wurden, wird das „Aufgehen“ der bisherigen Facharzt-Säule Allgemeinchirurgie in einem Facharzt „Allgemein- und Viszeralchirurgie“ ohne orthopädisch-unfallchirurgische (OuU) Inhalte, besonders vom Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC), derzeit wieder in Frage gestellt. Dies führt nachvollziehbar zu allseitigen Irritationen.

Es besteht somit regelhafter Diskussions- und Abstimmungsbedarf zwischen Ärztekammern, Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Die DGOU hatte daher bereits seit Januar 2009 den informellen Austausch mit ihren kammeraktiven Mitgliedern implementiert. Viele Themen lassen sich dabei durch persönliche Kontakte der Mitglieder untereinander und den Verantwortungsträgern auf Verbandsebene „auf dem kleinen Dienstweg“ klären. Ein jährlicher, formeller

und strukturierter Austausch von Informationen aus den einzelnen Landesärztekammern und zugeordneten Bunde-gremien (z.B. STÄKO der BÄK) durch die „kammeraktiven Mitglieder“ von DGOU (DGOOC, DGU) und BVOU erscheint nicht nur vor den aktuellen Hintergründen grundsätzlich geboten.

Welche konkreten Vorschläge zur Änderungen der jetzigen WBO sind in den Landesärztekammern erfolgt?

Berlin:

Frau Tempka berichtet aus Berlin, dass hier die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeführt wurde. Ein erstes Logbuch wurde in den Antrag eingefügt, dies führte zu Protesten und soll jetzt kurzfristig geändert und im nächsten Nachtrag dann realitätsnäher neu gefasst werden. Ferner hat die Ärztekammer Berlin festgelegt, dass die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie nur mit Weiterbildungszeiten im Stationären Bereich und nicht im ambulanten Sektor erlangt werden kann.

Rheinland-Pfalz:

Herr Despang führt über die Lage in Rheinland-Pfalz aus, dass zwischenzeitlich eine Änderung der WbO erfolgt ist, so dass im Common Trunk für alle Weiterzubildenden im Gebiet Chirurgie ein halbes Jahr Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie Pflicht geworden ist. Motivation für diese Festlegung war nach seiner Einschätzung vornehmlich das Bemühen der Allgemeinchirurgen, für die Grundversorgungskliniken Assistenzärzte zu rekrutieren. Diese Mitteilung überraschte die Teilnehmer des Workshops angesichts der seit einigen Jahren bestehenden Beschlusslage der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie von DGCH und BDC, die Allgemein- und

Viszeralchirurgie ohne O- und U-Inhalte zusammenzulegen (s.o.) und somit die verpflichtende Rotation von Allgemeinchirurgen in die Orthopädie/Unfallchirurgie aufzuheben. Nun im Gegenzug alle Weiterzubildenden verpflichtend in die Allgemein-/Viszeralchirurgie rotieren zu lassen, ist ein Beschluss der allen Abstimmungen zuwiderläuft und für viele Kollegen eine unzumutbare Härte bedeuten kann. Aus den anderen Landesärztekammern wird abwartendes Verhalten berichtet, konkrete Änderungen lägen für das Gebiet Chirurgie nicht vor und würden auch zur Zeit nicht diskutiert.

Bildungsausschuss der DGU:

Bonnaire informiert, dass der Bildungsausschuss der DGU die OP-Zahlen für die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie überarbeiten und auf ein „realistisches Maß“ senken will, auch bezüglich Höhlentrauma. Der Entwurf wird voraussichtlich bis zum Sommer 2015 dem Vorstand der DGU (und nachfolgend dem Präsidium) zur Abstimmung vorgelegt werden. Anschließend muss noch ein geeigneter Weg gefunden werden, dies den Ärztekammern zu kommunizieren. Hier würde sicher die Einbindung der kammeraktiven Mitglieder eine wertvolle Unterstützung darstellen können.

Gegenseitige Information über den Stand der Weiterbildungsneuordnung sowie Abfrage der vertretenen Landesärztekammern (LÄK) zur Einschätzung des Prozesses und der Entwicklung auf dem kommenden Deutschen Ärztetag

Die Frage Frau Tempkas, ob es Kammern gibt, die die Novellierung der M-WBO nach dem gegenwärtigen Modell grundsätzlich ablehnen, wird von allen verneint. Smektala berichtet, dass am folgenden Tage die STÄKO WB tagen wird.

Aus unserem Fach

Sofern dort eine Einigung erzielt werden sollte, wird ein Wiki-BÄK 2.0 erstellt und dann die Fachgesellschaften erneut um Bearbeitung der Inhalte gebeten. Bezüglich des Ärztetages sind sich die anwesenden Delegierten weitgehend einig, dass hier ein fokussierter, allgemeiner Bericht von Herrn Dr. Bartmann zum Stand der Novellierung der MWBO-Novellierung erwartet werden kann. Sollten dennoch einzelne Delegierte Anträge betreffend orthopädisch/unfallchirurgische Inhalte in der Allgemein- und Visceralchirurgie stellen, werden von den dort anwesenden kammeraktiven Mitgliedern aus OuU konsequent unverzüglich Gegenanträge gestellt bzw. die Verweisung an den Vorstand der BÄK beantragt werden.

Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie?

Aus Anlass dieser Problematik und Unwägbarkeiten werden auch mögliche Perspektiven eines eigenen Gebietes Orthopädie und Unfallchirurgie erörtert.

Als **Pro-Argumente** werden genannt:

- bessere Abbildungs-/Weiterbildungsmöglichkeiten mit entsprechender Unterdisziplinen (resp. Zusatzweiterbildungen) (Wirbelsäule, Arthroskopie usw.) in einem eigenen Gebiet. Damit würde die fortschreitende Spezialisierung aufgegriffen und in einem eigenen Gebiet gebündelt und gehalten werden
- gesundheitsökonomische, qualitätssichernde und berufspolitisch zwingende (!) Konzentrierung von OuU-Inhalten auf ein Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie (Beispiele: Traumazentren, Endoprothesenzentren)
- ggf. Verkürzung der WB-Zeiten in eigenem Gebiet mit früherer Spezialisierung

Eine starke Mehrheit der anwesenden Mandatsträger lehnt ein eigenes Gebiet OuU jedoch derzeit eindeutig ab und führt dafür folgende **Contra-Argumente** an:

- kein anderes Gebiet würde dadurch formal gehindert, dennoch O- und U-Inhalte in die eigene Weiterbildung zu übernehmen (analoge Beispiel hierfür bestehen bereits)
- inwieweit hier zukünftige – möglicherweise modulhaft frei zu erwerbende Kompetenzlevel/-module einer neuen MWBO für eine zukünftige Berufsausübung greifen werden, ist zudem völlig unbestimmt

- faktisch würde ein Gebiet OuU die Abschaffung des Common Trunks und Möglichkeit entsprechender (gezielt-sinnvoller) Rotationen bedeuten – dies vor allem auch im Hinblick auf eine Traumaversorgung (Polytrauma/DGU)
- ob dies durch bilaterale Abkommen zwischen den dann neuen Gebieten kompensiert werden könnte, ist höchst ungewiss bis unwahrscheinlich
- mit dem Wegfall der Klammer Chirurgie (DGCH als Dach) würde auch die „Sprecherfunktion“ der DGCH und die Chirurgie insgesamt in der Außenwahrnehmung und -darstellung geschwächt werden
- absolut mangelnde Mehrheitsfähigkeit in den WB-Gremien und Vorständen der LÄK/BÄK für ein eigenes Gebiet OuU

Nach Austausch weiterer Aspekte und Einblick in die unterschiedlich formulierten WBO der einzelnen Landesärztekammern, erscheint es zur Zeit ausschließlich zielführend, dass auf allen Ebenen bis hin zum Deutschen Ärztetag konsequent die Zusammenführung der Säulen in die Allgemeine Viszeralchirurgie ohne O- und U-Inhalte vorangetrieben wird. An dieser Stelle betonen mehrere Teilnehmer, dass sich die Stimmverhältnisse in den Gremien und auf dem DÄT seit Dresden geändert hätten und die Orthopädie & Unfallchirurgie heute zahlenmäßig besser vertreten sei. Ein einfaches „Niederstimmen“ von OuU sei daher nicht zu erwarten.

Gibt es gezielte Bearbeitungswünsche an die DGOU aus den Reihen der kammeraktiven Mitglieder?

Heep sieht als einen der vorrangig zu klärenden Punkte die Regelung der Finanzierung der **Weiterbildung im ambulanten Sektor** an. Dies müsste in Gesprächen mit den Kassen und der KBV/den KVs geklärt werden. Voraussetzung hierfür seien entsprechende Zahlen über die tatsächliche Verteilung der Weiterbildungsassistenten. Diese liegen bei den Ärztekammern nicht vor und müssten einmal erhoben werden. Tempka weist darauf hin, dass hierzu sowohl in einigen Kammern, aber auch im Jungen Forum der DGOU bereits Vorbereitungen getroffen wurden, dennoch bleibt zu klären, ob auch unter Einbeziehung des BVOU hier noch bessere Daten regenerierbar sind. Despong regt an, dass **DGOU-Repräsentanten für** entspre-

chende **Sitzungen der LÄK-Gremien** als fachkundige Experten zum Standpunkt der Fachgesellschaft zu Themen der Weiterbildung zur Verfügung stehen sollten. Hoffmann begrüßt dies und sichert die Bereitschaft der DGOU-Repräsentanten derartigen Einladungen zu folgen, zu. Schimanke konstatiert Probleme bei der **WB-Befugniserteilung im Falle von Chefarztwechsellern**. Vielfach divergiert die beantragte Befugnis mit dem wirklich angebotenen Leistungsspektrum der Klinik. Hier sollte die Fachgesellschaft eine entsprechende Beratung und auch Unterstützung zur Zusammenarbeit mit größeren Centren anbieten.

Josten bemängelt, dass sich die Fachgesellschaft viel zu sehr auf Spontanreaktionen von Mitgliedern in den LÄK-Gremien und dem Ärztetag verlässt. Er regt an, eine deutschlandweite Erhebung anzustellen, welche FÄ O/U in entsprechenden Gremien vertreten sind und wo nicht; dort, wo noch Bedarf besteht, sollten Mitglieder gezielt angesprochen und für die Mitarbeit in den LÄK-Gremien motiviert werden. **Abschließend** bestätigen alle Teilnehmer, wie wichtig ein solches informelles Treffen zum Austausch und zur Meinungsbildung sei. Es ist daher wünschenswert, dies mit konkreten Informationen zur Vielfalt der föderalen Unterschiede in der gelebten Weiterbildungswelt auch künftig fortzusetzen. Nur so können OuU zukünftig für den Nachwuchs interessant bleiben und dennoch aktiv an der qualitativ hochwertigen Weiterbildung der KollegInnen und der Weiterentwicklung von O&U mitwirken – einem Ziel, dem sich alle Teilnehmer des Workshops auch zukünftig verpflichtet fühlen.

PS: Auf dem 118. DÄT wurde tatsächlich der Antrag zum Erhalt des Facharztes für Allgemein Chirurgie eingebracht und dann wie besprochen an den Vorstand verwiesen.

Teilnehmer des Workshops:

Joachim Arndt (Leiter Geschäftsstelle DGU)

Ulrich Biermann (Geschäftsführer der DGOU)

Felix Bonnaire (Leiter des Bildungsausschusses der DGU)

Andreas Botzlar (Mitglied der STÄKO WB, Vorstandsmitglied des MB, Mitglied des

Vorstandes BLÄK, Delegierter Deutscher Ärztetag, Delegierter Bayerischer Ärztetag)

Fritz-Joachim Despang (Mitglied der Vollversammlung der Bezirksärztekammer Koblenz und der LÄK Rheinland-Pfalz)

Hansjörg Heep (Vorstandsmitglied und Vorsitzender des WB-Ausschusses der LÄK Nordrhein, Mitglied der STÄKO WB)

Tobias Herrmann (Ausschuss Bildung und Nachwuchs der DGOU)

Reinhard Hoffmann (Generalsekretär der DGU, Stellv. Generalsekretär der DGOU)

Christoph Josten (Stellv. Vorsitzender WB-Ausschuss der LÄK Sachsen, Mitglied der Kammerversammlung)

Bernd Kladny (Generalsekretär der DGOOC und DGOU)

Wolfgang Linhart (Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, gewähltes Mitglied der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Delegierter für den deutschen Ärztetag)

Carsten Mohrhardt (Mitglied im Vorstand der Bezirksärztekammer Nordbaden, Mitglied der Vertreterversammlung der Bezirks- und Landesärztekammer Baden-Württemberg, Delegierter zum Deutschen Ärztetag)

Fritz Uwe Niethard (Past-Generalsekretär der DGOOC und der DGOU, Mitglied des DGOU-Ausschusses Weiterbildung und Nachwuchs)

Wilfried Schimanke (Stellv. Präsident der LÄK Mecklenburg-Vorpommern), Axel Sckell (Vertreter des BVOU)

Holger Siekmann (Mitglied WB-Kommission der LÄK Sachsen-Anhalt)

Rüdiger Smektala (Vorsitzender des Ausschusses Ärztliche Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Mitglied der STÄKO WB, Delegierter des Deutschen Ärztetages)

Almut Tempka (Leiterin des Ausschusses Bildung und Nachwuchs der DGOU)

Klaus Thierse (Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin,

Vorsitzender Gem. WB-Kommission LÄK Berlin)



Prof. Dr. Almut Tempka



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann



Prof. Dr. Bernd Kladny

Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik Skelett

Landesärztekammern Baden-Württemberg, Bayern

Neuerdings können Sie eine Weiterbildungs-Befugnis Röntgendiagnostik Skelett auch dann beantragen, wenn Sie

- nur über den „alten“ Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Chirurgie Schwerpunkt Unfallchirurgie nach WBO 1. Okt 1993 verfügen,
- oder wie bisher über den „neuen“ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie **und** die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett nach WBO 2003 verfügen.

Sonderfall Niedersachsen

Grundlage für die Berechtigung zur Zeugniserteilung ist neben einem entsprechenden Spektrum die eigene Qualifikation in der Zusätzlichen Weiterbildung Röntgendiagnostik – fachgebunden – Skelett ODER zumindest die Fachkunde nach der Röntgenverordnung (RöV) für den Bereich Skelett.

Die Landesärztekammern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe

In diesen Ärztekammern gilt immer noch: Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt die Bezeichnung (also die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett) führt ... Ich empfehle, in diesen Landesärztekammern dennoch eine Weiterbildungs-Befugnis zu beantragen, auch ohne den Besitz der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett mit Verweis auf die Landesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg bzw. Niedersachsen.

Da die Weiterbildungsinhalte der Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik umfassend Gegenstand der Weiterbildung für den FA Orthopädie und FA für Chirurgie Schwerpunkt Unfallchirurgie sind, ist es sinnvoll, die Befugnis zur Weiterbildung in der Röntgendiagnostik auch ohne das Führen der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik zu erteilen.

Immer gilt:

- Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt ..., fachlich und persönlich geeignet ist und eine **mehnjährige Tätigkeit** nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen kann.
- Der befugte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung **persönlich zu leiten**

und grundsätzlich **ganztätig** durchzuführen...

- Dem Antrag ist ein **gegliedertes Programm** für die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatz-Weiterbildungen, für die die Befugnis beantragt wird, beizufügen.
- **Apparative Voraussetzungen:** Eigene Röntgen-Abteilung oder Verfügung über eine Röntgen-Abteilung (Geräte und Personal (MTRA)).

Weitere Details siehe Paragrafenteil der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Durch den Erwerb dieser Weiterbildungs-Befugnis Röntgendiagnostik Skelett erhöhen Sie die Attraktivität Ihrer Einrichtung für Assistenten und Sie tragen zur Festigung der Röntgendiagnostik als integraler Bestandteil der Facharztbesetzung für Orthopädie und Unfallchirurgie bei.



Dr. Axel Goldmann.
Erlangen
Leiter der Sektion Bildgebende Verfahren der DGOU



GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE

GOÄ-Reform: Fluch oder Segen?

Eine fachliche und insbesondere auch honorarbezogene Überarbeitung der GOÄ ist seit vielen Jahren überfällig. Die jetzige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist seit 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert worden. Eine Anpassung des GOÄ-Punktwertes hat seit 1996 nicht mehr stattgefunden. Der Verbraucherpreisindex ist seitdem um 32 Prozent gestiegen. Erschwerend kommt hinzu, dass durch die Einführung des Zielleistungsprinzips auch die Menge der abrechenbaren GOÄ-Ziffern deutlich reduziert wurde, was immer wieder zu Diskussionen mit den Krankenversicherungen führt.

Im November 2009 vereinbarte die schwarz-gelbe Koalition eine Novellierung der GOZ und der GOÄ in ihrem Koalitionsvertrag. Die Reihenfolge lautete eindeutig GOZ vor GOÄ. Die GOZ ist in der vergangenen Legislaturperiode beschlossen worden. Seitens der Berufsverbände (VLOU, BVOU) sowie der Fachgesellschaften haben wir uns im Jahr 2010 und 2011 sehr intensiv in die Gestaltung der neu zu konzipierenden GOÄ eingebracht. Die zuständige Referatsleiterin seinerzeit war Frau Dr. Hofer, welche mittlerweile bei einer privaten Krankenversicherung tätig ist. Eine Vielzahl der orthopädischen und unfallchirurgischen Ziffern wurde unter Koordination der Kollegen Heppt, Schäfer und Heller neu konzipiert. Unsere Aufgabe bestand vornehmlich darin, aktuelle Entwicklungen abzubilden, Leistungskomplexe zu konzipieren und für einzelne Ziffern Zeiten einzuschätzen.

Intransparenz

Von Anfang an war die Situation sehr intransparent. Über Honorare wurde

nie gesprochen. Das einzige, was initial seitens der Bundesärztekammer dargestellt wurde, war, dass eine betriebswirtschaftliche Kalkulation der neuen GOÄ-Ziffern durchgeführt werden sollte, bei der mehrere Komponenten eine Rolle zu spielen haben. Einerseits die Honorierung der eigentlichen ärztlichen Leistung auf der Basis eines Arztlohnes von 16.000 Euro per anno. Hinzu kämen die Ausgaben für technische Leistungen, für Personalkosten und sogenannte Gemeinkosten, wie Haftpflichtversicherungen, Praxismieten oder Energie.

Historie

Die Historie fasste Herr Dr. Windhorst auf dem VLOU Workshop 2015 wie folgt zusammen:

Im Jahr 2012 erklärt das Bundesministerium für Gesundheit die vorhergehende Einigung zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband auf ein gemeinsames Konzept zur GOÄ-Novellierung zur Voraussetzung für eine Umsetzung einer neuen GOÄ. Nachdem sich Bundesärz-

tekammer und PKV-Verband im Jahre 2012 geeinigt haben, beschließt die Politik im Mai 2012, dass eine Inkraftsetzung einer neuen GOÄ vor der Bundestagswahl 2013 nicht mehr umsetzbar sei. Daraufhin ist auch die Einigung zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband nichtig. Der Antrag der Bundesärztekammer, den GOÄ-Punktwert unter Berücksichtigung der Inflationsentwicklung seit 1996 zu erhöhen, wird seitens der Bundesregierung im Januar 2013 abgelehnt. Gespräche zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer werden im Jahre 2013 wieder aufgenommen und in einer Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novellierung fixiert. Auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf erklärt Bundesminister Gröhe, dass die Voraussetzung für eine neue GOÄ darin läge, dass Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe sich einig werden.

Abgestimmtes „Paket“

In diesem Zusammenhang wurde vereinbart, dass bis zum 31. März 2015 ein ab-

gestimmtes GOÄ-Informationspaket mit den TOP 400 Gebührenpositionen bei der Bundesärztekammer vorgelegt wird. Dies ist erfolgt. Bestandteil ist auch der in vielen Verhandlungstagen zwischen Bundesärztekammer und der für die Endprothetik verantwortlichen Allianz PKV unter meiner kontinuierlichen Beteiligung konsentierter Abschnitt Endprothetik. Ende des Jahres 2016 soll eine greifenreife Entwurfsfassung vorliegen.

Vereinfachung und Entbürokratisierung

Das Ziel der neuen GOÄ soll neben einer Modernisierung, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit, die Vereinfachung und Entbürokratisierung sein. Anzustreben ist laut Bundesärztekammer aber auch ein fairer und angemessener Interessenausgleich zwischen PKV, Beihilfe und Ärzteschaft. Es soll vereinbarungsgemäß keine ökonomische Überforderung hier auftreten. Dies ist insofern schwer nachvollziehbar, da wir seit 1996 in keiner Weise eine Honoraranpassung erhalten haben. Dies ist in anderen Berufsgruppen, ich denke hier insbesondere an Juristen und Architekten, undenkbar. Dort sind die Gebührenordnungen regelhaft in adäquatem Umfang angepasst worden und daher gilt es, dies auch hier zu fordern. Seitens der Bundesärztekammer haben wir das Problem mit wechselnden Zuständigkeiten auf verschiedenen Ebenen neben einer bewussten Intransparenz, was die Zusammenarbeit schwierig gestaltet. Es hat den Anschein, dass die Manpower der Bundesärztekammer deutlich zu gering ist und dass die hier mit hohem Sachverstand und hohem Einsatz tätigen Kollegen maximal gefordert sind. Die dagegen verhandelnden privaten Krankenversicherungen, die sich die verschiedenen Bereiche aufgeteilt haben, haben eine adäquate Manpower, sowohl juristisch als auch medizinisch. Das Ziel der Versicherungsjuristen liegt eindeutig darin, die Abrechnung zu vereinfachen um den Verwaltungsaufwand der Krankenversicherung zu minimieren. Die fachliche Kompetenz der die Versicherung beratenden Kollegen ist hoch. Für die Endprothetik war es von Beginn an das Ziel, Leistungskomplexe zu bilden, die die verschiedenen Schweregrade der primären und der Revisionsendprothetik abbilden und die in der Vergangenheit regelhaft zu Abrechnungsdiskussionen führenden

Zifferkombinationen zusammenfassen. Dies wird dazu führen, dass die Menge der GOÄ-Positionen im Bereich der Endprothetik ansteigt, um die verschiedenen Schwierigkeitsgrade insbesondere unter Berücksichtigung des zu etablierenden Zeitleistungsprinzips abzubilden. Aufgrund einer Verpflichtung zur Verschwiegenheit sind weitere Details derzeit noch nicht kommunizierbar.

Keine Verlierer

Auch im letzten Ärzteblatt will sich Herr Dr. Windhorst zu Spekulationen über die Höhe der Honorarsteigerungen der neuen GOÄ nicht äußern. Es gehe nicht einfach um mehr Honorar, sondern auch um eine transparente und insbesondere nachvollziehbare GOÄ, in der alle medizinischen Leistungen abgebildet würden. Sie müsse zudem von den Patienten verstanden werden, insbesondere dann, wenn wie im Falle der Beihilfe, die Privatrechnungen nicht komplett seitens der Versicherung übernommen würden. Laut Windhorst dürfe eine neue, moderne Leistungsabrechnung keine Verlierer produzieren. Gleichwohl sei nicht auszuschließen, dass einzelne Bewertungen abgesenkt werden, weil die Kosten mancher Geräte oder Verfahren sich in den letzten Jahren drastisch reduziert hätten. Zukünftig soll seitens Bundesärztekammer und PKV-Verband eine gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ eingerichtet werden, um den medizinischen Fortschritt abzubilden und Fehlentwicklungen zu analysieren.

Endprothetik als Pilotprojekt

Derzeit ist neben den allgemeinen Leistungen aus orthopädischer Sicht nur die Endprothetik als Pilotprojekt verhandelt. Weder die konservative Orthopädie noch weitere Bereiche von Orthopädie und Unfallchirurgie sind nach 2010 nach meiner Kenntnis aktualisiert worden. So werden z.B. die arthroskopischen Ziffern nicht vom BVOU, VLOU oder den Fachgesellschaften sondern von einem anderen Berufsverband bearbeitet. Auch hier fehlt jegliche Transparenz aus Sicht der Bundesärztekammer. Es ist zu erwarten, dass im laufenden Jahr noch sehr viel Arbeit auf uns zukommt, um die ausstehenden orthopädischen Kapitel noch einmal zu überarbeiten und dem aktuellen Schema

anzupassen. Anders gesagt wäre es sehr wünschenswert, wenn man uns diese Arbeit machen ließe und dies nicht im Verborgenen stattfindet. Nachdem die Erfahrungen im Rahmen der Verhandlungen mit Bundesärztekammer und Allianz Private Krankenversicherung positiv waren, werden die anderen Ziffern möglicherweise von anderen privaten Krankenversicherungen verhandelt, was abzuwarten bleibt.

Mehr Manpower

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aus Sicht der Leistungserbringer die Lage derzeit als schwierig betrachtet werden muss. Die Bundesärztekammer arbeitet größtenteils im Verborgenen. Die Manpower ist gering. Die Zuständigkeiten wechseln häufig. Die geforderte Einigung im Vorfeld mit PKV-Verband und Beihilfe lässt eine deutliche und zwingend zu fordernde Steigerung der Gebührenordnung nicht erwarten. Es ist ein gewisser Zeitdruck gegeben, um in dieser Legislaturperiode die Gebührenordnung zu verabschieden. Man mag sich nicht vorstellen, was passieren wird, wenn in der nächsten Legislaturperiode möglicherweise eine rot-rot-grüne Regierung gewählt wird. Weiterhin ist unklar, wie im Bereich der Krankenhäuser mit der pauschalen Honorarminderung und mit der Schnittstelle DRG/GOÄ umgegangen wird. Auch Windhorst mahnt in seinem aktuellen Ärzteblattartikel „... wir müssen sehen, dass wir nicht in den Wahlkampf kommen“.

Unsere Aufforderung an die Bundesärztekammer kann nur lauten, unsere Interessen adäquat umzusetzen, die längst überfällige Honorarsteigerung einzufordern und mit adäquater Transparenz und Fairness auch innerhalb der verschiedenen Fachgruppen zu agieren. Es ist aus meiner Sicht nicht nachvollziehbar, wie wenig Manpower für ein solch existenziell wichtiges Gebiet zur Verfügung gestellt wird.



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, 1. Vorsitzender des VLOU und Vizepräsident des BVOU

Bestandsaufnahme, Evaluation, Koordination der Register in O und U

Der am 18.03.2015 in Frankfurt am Main durchgeführte Registerworkshop diente der Vorstellung und dem Austausch der einzelnen Register untereinander, mit dem Ziel den aktuellen Status zu evaluieren und bestehende bzw. weitere mögliche Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Registern zu eruieren. Teilnehmer des Workshops waren neben den Repräsentanten der einzelnen Register bzw. den Vertretern derjenigen Sektionen der Fachgesellschaften, die Register betreuen, auch Kollegen, die sich mit der Versorgungs- und Registerforschung und ihren Methoden auseinandersetzen.

Bereits nach den beiden Impulsreferaten, die Stärken und Schwächen der Register aufzeigten, und die konträren Thesen „Was kann ein Register leisten“ bzw. „Was kann ein Register nicht leisten“ erörterten, wurde deutlich, dass innerhalb der Gruppe ein Konsens besteht, dass Register als möglichst flächendeckende Instrumente der Versorgungsforschung einen Überblick über die Versorgungssituation in Deutschland erlauben, der Qualitätssicherung dienen und somit auch nach methodisch korrekter Evaluation der Ergebnisse zu Änderungen und Verbesserungen der Patientenversorgung beitragen können. Betont wurde jedoch auch, dass – im Gegensatz zu randomisiert kontrollierten Studien – Kausalzusammenhänge mittels der Register nicht ohne weiteres evaluierbar sind und somit Register und Studien als komplementäre Systeme zu verstehen sind.

Die europäische Dimension – insbesondere im Hinblick auf die geplante Umstrukturierung des Registernetzwerks der EFORT – wurde diskutiert. Man wird diesbezüglich die weitere Entwicklung abwarten und, wie bereits aktiv gelebt, die Zusammenarbeit mit den anderen europäischen Fachgesellschaften auf Ebene der Sektionen fortführen.

Folgende Register wurden vorgestellt:

- das Schulterendoprothesenregister sowie
- das Ellenbogenendoprothesenregister der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE),
- das EPRD® (DGOOC),
- das Sprunggelenkendoprothesenregister der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. (D.A.F.),

- das Rheumakomplikationsregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh),
- das Knorpelregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- das geplante Arthroskopie-Register
- das Beckenregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- das TraumaRegister der DGU®
- das AltersTraumaRegister der DGU®
- das Register für Pathologische Frakturen im Kindes- und Jugendalter der DGU-Sektion Kindertraumatologie und der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO)
- das Hand-Trauma-Register der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie
- das Wirbelsäulenregister der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

Im Rahmen der Vorstellungen wurde der Fokus auf die Zielsetzung/Fragestellung, Datensammlung, Struktur, Größe des Registers, etwaige Gewichtungen bei der Auswertung, Ergebnisse, Probleme, die Finanzierung aber auch auf bestehende und mögliche Kooperationen mit anderen Registern gerichtet. Darüber hinaus wurde diskutiert in welchem Maße in den einzelnen Registern die Nutzung von Routinedaten möglich ist.

Es wurde deutlich, dass die einzelnen Register sich hinsichtlich des Dokumentationsaufwandes erheblich unterscheiden und vor dem Hintergrund der Teilnahme der Versorger an verschiedenen Registern die Nutzung von Schnittstellen und Routinedaten einen wichtigen Schritt zur Reduktion des Dokumentationsauf-

wandes darstellt. Einige Register bieten bereits jetzt den Versorgern die Auswahl zwischen kurzen Minimaldatensätzen und umfangreicheren Erhebungsbögen für wissenschaftliche Fragestellungen.

Kooperation zwischen den Registern

Trotz der Vielfalt unterschiedlicher Register besteht bereits heute eine Kooperation zwischen den einzelnen Registern, insbesondere dort, wo inhaltliche oder strukturelle Überschneidungen bestehen: Ellenbogenprothesenregister und Schulterprothesenregister, Knorpelregister und Arthroskopieregister, Register für kindliche Frakturen und Traumaregister. Die Nutzung des gemeinsamen Patientenpseudonyms im Sprunggelenkendoprothesenregister, Rheumakomplikationsregister sowie Ellenbogenprothesenregister und Schulterprothesenregister ermöglichen anonyme Kreuzabfragen zwischen diesen Registern. Mit seiner Beteiligung vieler Institutionen (vor allem Industrie, Kostenträger und Fachgesellschaft) und der vorbildlichen Klärung der technischen und datenschutzrechtlichen Fragen, kann das EPRD® als „Blaupause“ angesehen werden und steht deshalb aktuell auch im besonderen Focus des BMG.

Darüberhinaus ist für einen Teil der Register – wie zum Beispiel die „kleinen Endoprothesenregister“ – die Nutzung der „patient reported outcome measures“ (PROMs) unabdingbar. Auch für die perspektivische Einbindung dieser Implantateregister in das EPRD® stellt die weitere Nutzbarkeit der PROMs eine *conditio sine qua non* dar. Die größte Herausforderung bei der Nutzung der PROMs ist die Auswahl für die jeweilige Befra-

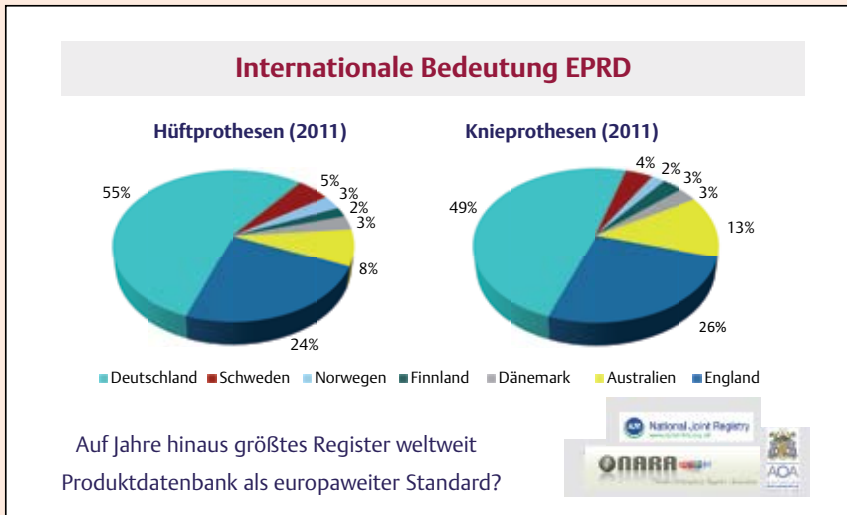


Abb. 1: Die vergleichsweise hohe Fallzahl in Deutschland unterstreicht die Notwendigkeit eines eigenen nationalen Registers „Fallzahlunterschiede und individuelle Besonderheiten der Gesundheitssysteme lassen eine unkritische Übertragung der Ergebnisse anderer nationaler Register auf die Versorgungssituation in Deutschland nicht zu. (Folie aus dem Vortrag zum EPRD®)

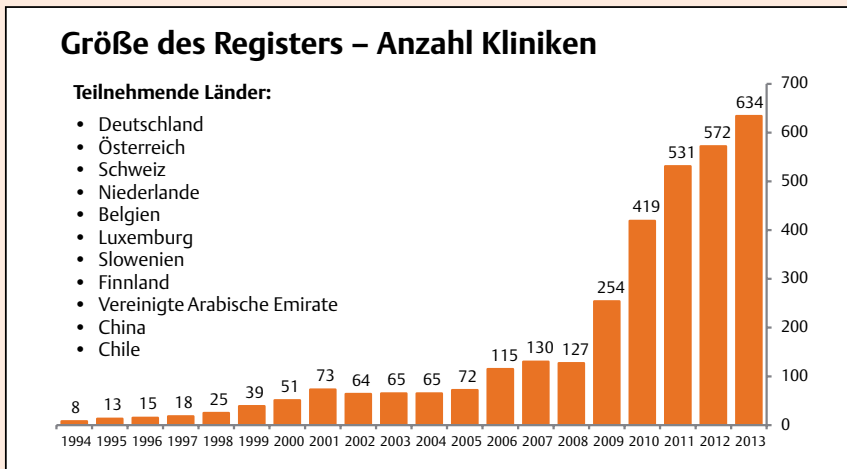


Abb. 2: Auch am „Erfolgsmodell Traumaregister“ mit internationaler Beteiligung wird deutlich, dass es einer mehrjährigen Entwicklung bedarf, bis eine repräsentative Beteiligung erreicht wird.

gungsform geeigneter und methodisch korrekt validierter Erhebungsinstrumente aus der Fülle verfügbarer Fragebögen. Der zentrale Erwerb eines geeigneten Lebensqualitätsscores, der dann den Registern zur Verfügung gestellt werden kann, wurde diskutiert.

Der mitunter beträchtliche loss of follow-up ist unter den gegenwärtigen gesetzlichen und kulturellen Bedingungen kaum zu vermeiden. Die Koppelung von Qualitätsinitiativen mit der verbindlichen Teilnahme an dem entsprechenden Register (EndoCert®/FussCert®, Traumanetzwerk) versucht dem entgegenzuwirken, wobei die Teilnahme aktuell noch durch Schnittstellenprobleme einzelner KIS-Anbieter ebenso wie klinikinterne IT-Probleme erschwert sein kann, wie die Erfahrung zeigt.

Neben dem EPRD®, das bereits immer wieder in den OUMN dargestellt wurde, sind mit dem Institut für evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) in Bern und dem AUC zwei weitere Kompetenzzentren für Auftragsdatenverarbeitung und die technische Unterstützung in den Registern in O und U vertreten.

Ausweitung der Register

Abgeschlossen wurde der Workshop mit einer Diskussion, wie man sich eine Umsetzung der im Koalitionsvertrag festgeschriebenen Ausweitung und dem Aufbau der Register aus der Sicht der Fachgesellschaft wünscht:

- der Fokus soll auf der Messung und Sicherheit der Qualität gelegt werden
- die Datenerhebungen sollte auf längere Frist erfolgen

- die Therapiefreiheit soll fortbestehen
- der Fortbestand der Register sollte auch bei „Regierungswechseln“ gesichert sein, dies ließe sich z. B. erreichen, wenn die Datenhoheit bei den Fachgesellschaften bliebe
- zur Sicherstellung der Methodik ist die frühzeitige Beteiligung von Epidemiologen und Statistiker notwendig, für die Interpretation der Ergebnisse der ärztliche Sachverstand unabdingbar
- bei Erstellung der Erhebungsinstrumente sollte eine Abstimmung mit bestehenden analogen internationalen bzw. ausländischen Registern erfolgen, um anschlussfähige / vergleichbare Daten zu generieren
- die Nutzung von Routinedaten sollte wo immer möglich erfolgen

Systematik?

- Unklare Systemerkrankung (Phosphatdiabetes?)
- Vordiagnostik Ukraine
- Multiple Frakturen



Abb. 3: Register ermöglichen eine systematische Evaluation seltener Krankheitsbilder (Folie aus dem Vortrag zum Register für kindliche Frakturen)

vigator. Auch für die sektorenübergreifende Dokumentation kann ein finanzieller Ausgleich z. B. in Form einer Leistungsziffer hilfreich sein.

Anregungen

Die folgenden Anregungen an die Fachgesellschaften DGOU, DGU und DGOOC zur Förderung der Registerarbeit in Orthopädie und Unfallchirurgie wurden formuliert:

- zentraler Lizenzerwerb eines geeigneten Lebensqualitätsscores und Zurverfügungstellung für die einzelnen Register
- Kontaktaufnahme mit dem BVMed zur Lösung der „Barcode-Problems“
- Verhandlung mit den Anbietern der KIS-Systeme über eine Standardschnittstelle statt individueller Verträge für jede einzelne Klinik, insbesondere im Hinblick auf die teils erheblichen Kostenforderungen einzelner KIS-Anbieter
- Diskussion mit den Kostenträgern und „der Politik“ über die erfolgte Änderung des § 115 b SGB V, vor dem Hintergrund, dass eine massive Verlagerung von insbesondere Eingriffen der Handchirurgie, von den Kliniken in die Praxen zu einem Datenverlust für die Register führen kann

Insgesamt belegte der Workshop eine etablierte, engagierte und kompetente Registerarbeit sowie ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft innerhalb der Fachgesellschaften und ihren Sektionen. Man wird aufmerksam verfolgen müssen, welche Weichenstellungen die Politik und das BMG für die Register vornimmt vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag geforderten Implantateregisters.

- ein stabiles Einlesen von Barcodes zur Erfassung von Implantaten ist aktuell noch nicht möglich, jedoch dringend geboten
- der Dokumentationsaufwand muss auf Dauer auch für kleinere Kliniken ohne Forschungsinfrastruktur zu leisten sein
- Schnittstellen zwischen Registern sollten, wo immer möglich, genutzt werden
- die Validität der eingegebener Daten ist zu einem gewissen Grad automatisiert über Plausibilitätskontrollen überprüfbar; Stichproben sind notwendig, um etwaige „erfundene“ Datensätze zu detektieren
- die Durchführung von Follow-Up-Untersuchungen ist für die überwie-

- gende Zahl der Register notwendig, die Wahl der Zeitpunkte wird aktuell oftmals den Kliniken überlassen
- Eine mögliche Kostenbeteiligung von Industrieanbietern wurde kontrovers diskutiert: teilweise wird dies angestrebt, teilweise abgelehnt; mitunter ist die Industrie nicht daran interessiert.
- Verschiedene, über die Koppelung an Qualitätsinitiativen hinausgehende Anreize für die Teilnahme an Registern wurden erörtert. Diese reichen von finanziellen Zuwendungen z. B. über die DRG in Form eines eigenen OPS-Codes für Teilnahme an Registern bis hin zur Nennung von Kliniken, die viele Daten beigetragen haben, in Portalen wie dem AOK-Na-



Dr. Tanja Kostuj



Prof. Bernd Kladny



Prof. Reinhard Hoffmann



KRANKENHAUSHYGIENE

Null Toleranz für Infektionen

Aktuell ist Krankenhaushygiene in aller Munde. Die Angaben zu nosokomialen Infektionen in Deutschland schwanken erheblich: Die Bundesregierung spricht von 400.000 bis 600.000, die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) von rund einer Million pro Jahr. Auch wenn sich diese Zahlen erheblich unterscheiden, sie sind nicht akzeptabel.

Auch wenn der Begriff Krankenhaushygiene im Moment zu trauriger Berühmtheit gelangt, dass überhaupt wieder über sie gesprochen wird, wurde aber auch Zeit. Denn in den letzten Jahrzehnten wurde die Hygiene massiv heruntergefahren, hier dazu einige Fakten:

- Die Zahl der Lehrstühle für Hygiene wurde in den letzten 25 Jahren von 26 auf heute noch 11 reduziert.
- An manchen medizinischen Fakultäten hören die Studenten Vorlesungen zur Hygiene im einstelligen Stundenbereich.
- 50.000 Pflegestellen wurden seit 1999 abgebaut. Deutschland hat heute europaweit die schlechteste Patienten-Pflege-Relation. Aus vielen Studien weiß man, dass die Patienten-Pflege-Relation einen massiven Einfluss auf die Infektionsrate im Krankenhaus hat.
- Viele Krankenhäuser sind in desolatem baulichen Zustand, weil vor allem die Länder sich weitgehend aus der Finanzierung zurückgezogen haben.
- Die Reinigungsqualität hat sich katastrophal verschlechtert, in manchen Krankenhäusern wird an zwei oder gar drei Wochentagen nicht mehr routinemäßig gereinigt. Sicherlich werden viele Infektionen über die Hände übertragen, aber Keime überleben eben auch auf Flächen.

Die Angaben zu nosokomialen Infektionen in Deutschland schwanken erheblich: Die Bundesregierung spricht von 400.000 bis 600.000, die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) von rund einer Million pro Jahr, die Bundesregierung nennt 10.000 bis 15.000 Todesfälle dadurch pro Jahr, die DGKH spricht von wenigstens 30.000 bis 40.000. Legt man die Schätzungen des Netzwerkes Sepsis zugrunde, dann sterben pro Jahr allein durch nosokomiale Sepsisfälle 20.000 bis 30.000 Patienten.

Dabei sind alle Zahlen – seien es 500.000 oder 1 Million nosokomiale Infektionen – neue Studien zeigen, dass viele Device-assoziierte Krankenhausinfektionen (z.B. Device-assoziierte Sepsis, Pneumonie, Harnwegsinfekte) verhindert werden können, teilweise fast vollständig.

Null Toleranz

Vor diesem Hintergrund hat sich, ausgehend von der DGKH, 2014 eine Initiative „Null Toleranz für Infektionen“ zusammengefunden, die das Thema Hygiene/Infektionen voranbringen will. In ihr arbeiten derzeit folgende Organisationen mit:

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

- Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens (BVÖGD)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv).

Derzeit ist die Initiative noch in der Findungsphase, denn in ihr treffen ganz unterschiedliche Organisationen aufeinander, die sich häufig in anderen Fragen konträr gegenüber stehen. Allein daher ist das Projekt schon interessant und es ist zu hoffen, dass aus der Zusammenarbeit bald neue Ideen und Aktivitäten erwachsen.

Grund zum Handeln

Die Ziele, die ich als Vertreter der DGKH in dieser Initiative sehe:

- Natürlich muss Hygiene wieder mehr in den Fokus medizinischen Handelns rücken.
- Aber: Ziel muss es auch sein, mehr zu tun zur Verhinderung von Infektionen generell. 25 Prozent der

Krankenhauspatienten erhalten Antibiotika. Das heißt: Ein Viertel der Krankenhauspatienten hat ein infektiologisches Problem. Wenn das kein Grund zum Handeln ist!

Dabei sollte die Initiative auch neue Wege gehen. Es ist dringend erforderlich, dass wir uns im Bereich der Hygiene und generell der Infektionsmedizin auch an anderen Bereichen orientieren, die erfolgreich gearbeitet haben. Dies heißt: Ohne Visionen geht es nicht. Und die Erfahrung anderer Bereiche zeigt: Visionen können realisiert werden:

Beispiel Verkehr

Seit den 70er Jahren konnte im Straßenverkehr die Zahl der jährlichen Verkehrstoten von über 20.000 auf unter 4.000 gesenkt werden. Hierzu wurden vielfältige gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen und teilweise sehr teure Entwicklungen in den Autos vorangetrieben: ABS, ESP, Bremsassistent, Kurvenlicht, Spurassistent, Navi-Systeme, Airbag, Kopfstützen, Geschwindigkeitslimits, Promillegrenzen, Anschnallpflicht usw. Viele der Entwicklungen haben unsere Autos sehr teuer gemacht. Gleichwohl waren sie nicht nachteilig für die deutschen Autos, sondern sie haben ihre Stellung auf dem Weltmarkt eher gefestigt. Dementsprechend vertritt seit mehreren Jahren der Deutsche Verkehrssicherheitsrat die „Vision Null“ und meint damit, dass Null Straßenverkehrstote angestrebt werden. Ebenso wird eine „Vision Zero“ heute im Bereich des Arbeitsschutzes von der gesetzlichen Unfallversicherung vertreten.

Gegenteil zur Luftfahrt

Die Erfahrungen der Luftfahrt lehren, dass zehn Mal mehr Flugzeugunfälle passieren, wenn das Einkommen der Piloten mit der Flugsicherheit verquickt ist. Dadurch ist eine zentrale Regel der Flugsicherheit heute, dass die nautischen Entscheidungen nicht vom Einkommen und von ökonomischen Kriterien beeinflusst werden dürfen. Im Gesundheitswesen ist die Entwicklung genau gegenläufig: Chefärzte erhalten Verträge mit einem hohen variablen Anteil, der überwiegend über schwarze Zahlen am Jahresende oder Mengenausweitung definiert ist. Also das Gegenteil zur Luftfahrt: Medizinische Entscheidungen werden verquickt mit ökonomischen. In

der Luftfahrt gilt die Devise: Entscheide so, als wäre Dein Kind an Bord. Würden wir so im Gesundheitswesen entscheiden, würden wir um viele Abteilungen und Häuser einen weiten Bogen machen. Und privat handeln wir ja auch so, wenn wir krank werden. Diesen Anspruch, den wir für uns selbst reklamieren, sehen wir seltsamerweise aber nicht für den „normalen“ Patienten.

Es ist zu hoffen, dass die Initiative neue Ideen hervorbringen wird, die über die Tagesdiskussionen hinausgehen und das Thema Hygiene und Infektionen innovativ voranbringen.



Prof. Dr. Walter Popp
Leiter Krankenhaushygiene Uniklinikum Essen



GEWERBESTEUER IN DER ARZTPRAXIS

Wann ist Gewerbesteuer fällig?

Das Bewusstsein der Ärzteschaft für drohende steuerliche Belastungen ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Neben der Umsatzsteuer für rein kosmetische Leistungen sind insbesondere die Möglichkeit von gewerblichen Einkünften und die damit einhergehende Gewerbesteuerpflichtigkeit von Bedeutung. Mehrere aktuelle Entscheidungen des höchsten deutschen Finanzgerichts, des Bundesfinanzhofs (BFH), haben nun Klarheit in wichtigen Teilaspekten gebracht.

Der BFH hat eine Obergrenze definiert, bis zu der gewerbliche Einkünfte in der Arztpraxis aufgrund von Geringfügigkeit unbeachtlich sind. Daneben gab es eine arztfreundliche Klarstellung zu der Frage, in welchen Fällen Einnahmen, die durch angestellte Ärzte erzielt werden, nicht zu einer Gewerbesteuerpflicht führen. Diese Urteile werden im Folgenden kurz erläutert und in den Gesamtzusammenhang der steuerlichen Verpflichtungen eingestellt:

1. Verschiedene Einkunftsarten

Ärzte können verschiedene Arten von Einkünften erzielen. In erster Linie geht es um Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG. Grundsätzlich können Ärzte aber auch gewerbliche Einkünfte erzielen. Dies ist immer dann der Fall, wenn keine privilegierten freiberuflichen Einkünfte vorliegen. Die eigene ärztliche Tätigkeit ist eine sog. Katalogtätigkeit nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 EStG und damit steuerlich privilegiert. Aber auch die Tä-

tigkeiten angestellter Fachkräfte (insb. Ärzte, MTAs etc.) und die daraus resultierenden Einkünfte gelten als freiberufliche Einkünfte, wenn eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit des Praxisinhabers besteht. Diese in § 18 Abs. 2 Nr. 1 S. 3 EStG enthaltene Regelung ist Gegenstand einer Vielzahl von finanzgerichtlichen Entscheidungen, in denen es um die Frage geht, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die Tätigkeit angestellter Fachkräfte in einer Arztpraxis noch als eigenständige freiberufliche Tätigkeit des Praxisinhabers gilt.

2. Einzelpraxis versus Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zunächst ist zu differenzieren zwischen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen). Erzielt ein Arzt in Einzelpraxis gewerbliche Einkünfte, so hat dies grundsätzlich keine Auswirkungen auf die übrigen von ihm erzielten freiberuflichen Einkünfte. Steuerrechtlich gilt bei einer Einzelpraxis

die sogenannte „Trennungstheorie“, nach der eine Einzelperson nebeneinander Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit und aus Gewerbebetrieb haben kann. Beide Einkunftsarten werden getrennt ermittelt und besteuert. Anders ist dies nur, wenn die den beiden Einkunftsarten zugrundeliegenden Tätigkeiten derart miteinander verflochten sind, dass der gesamte Betrieb als einheitlich anzusehen ist.

Bei einer Gemeinschaftspraxis hingegen führt die sogenannte „Abfärbetheorie“, die auf die Regelung in § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG zurückgeht, dazu, dass auch nur geringfügige gewerbliche Einkünfte auf sämtliche Einkünfte der Gesellschaft abfärben und damit auch die übrigen – für sich genommenen freiberuflichen – Einkünfte der Gewerbesteuer unterliegen.

3. Stempeltheorie und angestellte Fachkräfte

Bereits mit Urteil vom 25.10.1963 (Az: IV 373/60 U) hat der BFH die sogenann-

te „Stempeltheorie“ eingeführt. Danach setzt die freiberufliche Tätigkeit des Arztes voraus, dass dieser – von einfachen Routinefällen abgesehen – grundsätzlich seine Patienten selbst untersucht. Die von den hinzugezogenen Mitarbeitern erbrachten Leistungen müssen „den Stempel seiner Persönlichkeit tragen“. Der BFH geht dabei davon aus, dass gerade ein Arzt die vom Gesetz vorgegebene eigene Verantwortung nur tragen kann, wenn er die Patienten auch selbst untersucht hat.

Mit seinem aktuellen Urteil vom 16.07.2014 (Az: VIII R 41/12) hat der BFH entschieden, dass eine solche eigenverantwortliche Tätigkeit auch dann gegeben sein kann, wenn die von einer anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis erbrachten Narkoseleistungen an verschiedenen Einsatzorten durch eine angestellte Fachärztin eigenständig und ohne Kontroll- und Eingriffsmöglichkeit durch einen Gesellschafter erfolgen, sofern die Voruntersuchung des Patienten und die Entscheidung über das Ob und Wie der Narkose durch einen Gesellschafter getroffen werden und „problematische Fälle“ durch die Gesellschafter persönlich betreut werden.

Bisher wurde davon ausgegangen, dass die leitende eigenverantwortliche Tätigkeit voraussetzt, dass der Praxisinhaber jederzeit in das Behandlungsgeschehen eingreifen können muss. Von diesem Erfordernis hat der BFH im Falle der Anästhesisten Abstand genommen. Die Tatsache, dass die angestellte Ärztin während der Operationen, die ortsverschieden von den Räumlichkeiten der Gemeinschaftspraxis stattfinden, ohne Unterstützung der Gesellschafter arbeiten muss, sieht der BFH nicht als Ausschlusskriterium.

Aus hiesiger Sicht darf diese Rechtsprechung auf angestellte Ärzte in Zweigpraxen nicht übertragen werden. Soweit ein angestellter Arzt die Zweigstelle einer Arztpraxis eigenständig und ohne Anwesenheit des Praxisinhabers betreut, stellt dies in der Regel eine gewerbliche Tätigkeit dar. Denn die in der Zweigpraxis behandelten und betreuten Patienten werden ohne jegliche konkrete Einflussnahme der Praxisinhaber behandelt. Auch wenn der Praxisinhaber Behandlungspfade vorgibt und gegebenenfalls sogar stichprobenmäßig die Arbeit des angestellten Arztes überprüft, führt die

Ortsverschiedenheit dazu, dass die vom BFH bereits in früheren Entscheidungen aufgestellte Anforderung einer – von Routinefällen abgesehen – eigenen Untersuchung jedes einzelnen Patienten nicht erfüllt wird. Mangels Kenntnis der die Zweigpraxis aufsuchenden Patienten ist es dem Praxisinhaber nicht möglich, „problematische Fälle“ von „Routinefällen“ abzugrenzen. Der BFH stellt auch in seiner aktuellen Entscheidung vom 16.07.2014 darauf ab, dass die steuerpflichtigen Ärzte durch „eine regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit ihres angestellten Fachpersonals – patientenbezogen – Einfluss nehmen. Dieser „Patientenbezug“, der in der Anästhesistenentscheidung durch die eigenhändige Voruntersuchung gewährleistet war, entfällt jedoch bei einer Zweigpraxis.

Ortsgleich tätige angestellte Ärzte unterliegen hingegen der ständigen Kontroll- und Übernahmemöglichkeit durch den steuerpflichtigen Arzt, sodass in diesen Fällen eine eigenverantwortliche Tätigkeit auch dann anzunehmen ist, wenn nicht jeder Patient zunächst vom Praxisinhaber untersucht wird, da durch entsprechende Vorgaben und engmaschige Überwachung und Kontrollen vor Ort der Praxisinhaber leitend und eigenständig tätig wird. Dies gilt jedenfalls soweit aufgrund der Anzahl der angestellten Fachkräfte und der behandelten Patienten eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit des Praxisinhabers nicht ausgeschlossen ist.

4. „Infektion“ durch geringfügige gewerbliche Einkünfte

In mehreren Urteilen vom 27.08.2014 befasste sich der BFH nun auch mit der Frage, bis zu welchem Anteil am Gesamtumsatz und/oder bis zu welcher absoluten Höhe eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts gewerbliche Einkünfte erzielen darf, ohne dass die „Abfärbung“ greift.

In der aktuellen Entscheidung kam der BFH zu dem Ergebnis, dass gewerbliche Einkünfte bis zu 3 % des Gesamtnettoumsatzes der Gesellschaft unschädlich sind. Der BFH benannte diesen Prozentsatz explizit als definitive Obergrenze.

Daneben entschied der BFH, dass die gewerblichen Einkünfte ebenfalls nicht die absolute Höhe von 24.500,00 EUR

pro Jahr überschreiten dürfen (d.h. 3 % der Gesamtnettoumsätze und 24.500,00 EUR). Dieser Betrag entspricht dem gewerbsteuerlichen Freibetrag für Personengesellschaften und ist nach Ansicht des BFH auf die vorliegende Konstellation anwendbar. Denn bis zu diesem Betrag unterliegen gewerbliche Einkünfte von Personengesellschaften nicht der Besteuerung, sodass eine vergleichbare Interessenlage besteht. Ohne diese absolute Obergrenze würden umsatzstarke freiberufliche Personengesellschaften, wie z.B. große Gemeinschaftspraxen, ungerechtfertigt bevorzugt, da diese über die relative Obergrenze (3%-Grenze) allein andernfalls eine nennenswerte gewerbliche Tätigkeit entfalten könnten. Die Gesamtnettoumsatzgrenze, ab der die absolute Obergrenze von 24.500,00 EUR relevant wird, beträgt rechnerisch 816.666,66 EUR pro Jahr.

5. Folgen der Einstufung gewerblicher Einkünfte

Wird für eine Personengesellschaft die Gewerblichkeit der Einkünfte festgestellt, hat dies, je nach individuellem Einkommenssteuersatz der Gesellschafter und lokalem Gewerbesteuerhebesatz, regelmäßig eine steuerliche Mehrbelastung zur Folge, die sich dennoch häufig in einem überschaubaren Rahmen halten kann. Daneben ist jedoch zu beachten, dass die Gewerblichkeit regelmäßig zur Folge hat, dass die Personengesellschaft von der Einnahmen-Überschuss-Rechnung (EÜR) auf eine Bilanzierung umstellen muss. Im Unterschied zur EÜR, bei der die Besteuerung erst nach Abschluss des Wirtschaftsjahres erfolgt, sind bei der Bilanzierung unterjährige Zahlungen erforderlich, was eine Belastung der Liquidität der Gesellschaft jedenfalls im ersten Jahr der Umstellung zur Folge hat. Hinzu kommen regelmäßig höhere Ausgaben für Steuer- und ggfls. Rechtsberatung aufgrund der höheren Komplexität der Bilanzierung.

Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke, Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwalt Torsten Nölling, Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
AWienke@Kanzlei-WBK.de

Was kommt auf die Ärzteschaft zu?

Bereits im Herbst 2015 soll es in Kraft treten: Das Antikorruptionsgesetz, der Gesetzgeber will mit dem „Betrug auf Rezept“ aufräumen und künftig die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gewährleisten. Niedergelassenen (Vertrags-)Ärzten, die nicht aus Gründen des Patientenwohls, sondern aus eigenwirtschaftlichem Interesse Medikamente oder Hilfsmittel verordnen oder andere Leistungserbringer unzulässig empfehlen, drohen damit künftig nicht nur zivil-, zulassungs- und berufsrechtliche Konsequenzen, sondern auch eine strafrechtliche Verfolgung und Verurteilung.

Wer sich bisher schon an die geltenden Regeln gehalten hat, muss auch zukünftig nichts befürchten. Dennoch sollte man wissen, was die beabsichtigten Neuregelungen mit sich bringen, um nicht doch in die Strafbarkeitsfalle des neuen § 299a Strafgesetzbuch (StGB) zu treten.

I. Hintergrund der Neuregelung

Ausgangspunkt für das jetzige Durchgreifen des Gesetzgebers ist ein Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 29.03.2012. Darin hatte der BGH festgestellt, dass die bisher schon bestehenden strafrechtlichen Regelungen zur Bestechlichkeit und Bestechung nicht für niedergelassene Vertragsärzte gelten, wenn diese für ihr Verordnungsverhalten Kick-Back-Zahlungen von der Pharmaindustrie kassieren. Die daraus folgende strafrechtliche Bevorzugung insbesondere gegenüber angestellten und verbeamteten Klinikärzten wurde als ungerecht empfunden. Recht schnell herrschte daher in der Politik Einigkeit darüber, dass diese Gesetzeslücke geschlossen werden müsse. Seit Beginn des Jahres liegt nun der Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums vor, der mit der Neuschaffung des § 299a StGB künftig korruptes Verhalten niedergelassener Vertragsärzte unter Geld- oder Freiheitsstrafe stellt. Die Vorschrift dient insbesondere dem Schutz der Patienten, die sich darauf verlassen wollen, dass ihr behandelnder Arzt Entscheidungen ausschließlich aus medizinischen und nicht aus eigenwirtschaftlichen Gründen trifft. Geschützt werden soll außerdem der Großteil der Vertragsärzte und Wettbewerber, die sich an die geltenden Regeln halten.

II. Was wird künftig bestraft?

Zukünftig soll jeder Angehörige eines Heilberufs mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft werden, der –

vereinfacht ausgedrückt – sich einen Vorteil dafür versprechen lässt, annimmt oder selbst fordert, dass er bei der Verordnung, dem Bezug oder der Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten einen anderen in unlauterer Weise bevorzugt oder in sonstiger Weise seine Berufsausübungspflicht verletzt. Spiegelbildlich wird auch derjenige bestraft, der einem Angehörigen eines Heilberufs entsprechende Vorteile anbietet, verspricht oder gewährt. Die Strafbarkeit knüpft damit an die Merkmale Angehöriger der Heilberufe (ad 1), Bestehen einer Unrechtsvereinbarung (ad 2), Vorteil (ad 3) und unlautere Bevorzugung (ad 4) an. Die einzelnen Strafbarkeitsvoraussetzungen sollen nachstehend dargestellt und erläutert werden.

1. Betroffener Personenkreis

Die Neuregelungen gelten für alle Angehörigen der Heilberufe, also in erster Linie für die zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, aber auch alle anderen selbständig (freiberuflich) tätigen Gesundheitsberufe, wie etwa Krankengymnasten oder Logopäden. Nicht erfasst sind indes Heilpraktiker und Gesundheitshandwerker, wie etwa Hörgeräteakustiker, da diese keine staatlich geregelte Ausbildung absolviert haben und nicht zu den Gesundheitsberufen im engeren Sinne zählen. Auch angestellte oder verbeamtete Ärzte in Kliniken und MVZ müssen keine Änderungen durch das geplante Gesetz befürchten, da Korruption in diesem Bereich seit jeher strafbar war. Allerdings werden sich auch für diese die Strafandrohungen verschärfen.

2. Bestehen einer Unrechtsvereinbarung

Anknüpfungspunkt für die Strafbarkeit sind Absprachen zwischen Vertragsärzten und der Pharmaindustrie oder anderen Leistungserbringern, die beinhalten,

dass der Arzt eine Gegenleistung für die Bevorzugung bestimmter Arznei- oder Hilfsmittel bei seinem Ordnungsverhalten oder die Empfehlung bestimmter Leistungserbringer erhält. Auf schriftliche Verträge kommt es dabei nicht an, so dass in aller Regel auch mündliche Absprachen oder stillschweigende Übereinkünfte ausreichend sein werden. Auch kommt es im Ergebnis nicht darauf an, dass der Arzt den vereinbarten Vorteil tatsächlich erhält. Denn unter Strafe gestellt ist bereits das Fordern eines Vorteils, selbst wenn die Vereinbarung nicht zustande kommt oder der Vorteil sich nicht realisiert.

3. Begriff des Vorteils

Der Begriff des Vorteils ist weit zu verstehen und beinhaltet grundsätzlich jede Zuwendung, die bei normalem, d. h. regelhaftem Ordnungsverhalten nicht anfallen würde und welche die wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage des niedergelassenen Vertragsarztes objektiv verbessert. Vorsicht ist daher insbesondere bei Rabatten oder Darlehen, direkten Geldzahlungen, Provisionen oder prozentual an den Umsatz gekoppelten Vorteilen, die in monatlichen Raten fortlaufend gezahlt werden, geboten. Aber auch Urlaubsreisen, Einladungen zum Essen, Geschenke oder die Vermietung von Praxisräumen unter Marktniveau werden von der Regelung erfasst. Grundsätzlich kann eine unerlaubte Zuwendung auch in der Einladung zu medizinischen Kongressen oder der Übernahme von Kosten von Fortbildungsveranstaltungen bestehen.

4. Unlautere Bevorzugung

Ferner setzt die geplante Neuregelung voraus, dass der Vertragsarzt bei seinen Ordnungen Leistungserbringer „unlauter bevorzugt“, also gegen Wettbewerbsregeln verstößt. Eine unlautere Bevorzugung eines bestimmten Hilfsmittels oder Leistungserbringers liegt also insbesondere

re dann vor, wenn die Verordnung gegen gesetzliche oder berufsrechtliche Vorschriften verstößt. Zu denken ist hier an alle für Ärzte/Zahnärzte geltenden Spezialregelungen, etwa die Berufsordnungen und die sozialrechtlichen Regelungen im SGB V, Bundesmantelvertrag für Ärzte etc. Relevant sind hier vor allem diejenigen Vorschriften, die ungerechtfertigte Empfehlungen oder Zuweisungen bzw. unzulässige Verordnungen zum Gegenstand haben, wie etwa §128 SGB V (verkürzter Versorgungsweg) oder §§31 und 32 der Musterberufsordnung für Ärzte. Verstöße gegen diese Vorschriften können zukünftig bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nicht nur disziplinar- und berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, sondern auch strafrechtliche Ermittlungen der zuständigen Staatsanwaltschaften auslösen und zu Verurteilungen der Betroffenen führen. Zwingend ist eine strafrechtliche Verfolgung aber immer nur dann, wenn alle Tatbestandsvoraussetzungen der Neuregelungen vorliegen und der Betroffene vorsätzlich gehandelt hat, also wusste oder hätte wissen müssen, dass seine Handlungen strafbar sind. So mancher Staatsanwalt, der bisher wegen der eingangs genannten Rechtsprechung des BGH frustriert seine Ermittlungen gegen korrupte Ärzte einstellen musste, wird geradezu darauf warten, dass die Neuregelungen in Kraft treten. Diese neuen Strafvorschriften werden ihm ein neues Betätigungs- und Rechtfertigungsfeld eröffnen.

III. Kritische Einzelfälle aus der Praxis

Im Folgenden geben wir einen Überblick über ausgewählte relevante Bereiche, die mit den Neuregelungen des Antikorruptionsgesetzes im Zusammenhang stehen. Aufgrund der Vielzahl der möglichen strafrechtlich relevanten Konstellationen kann hier jedoch keine abschließende Darstellung erfolgen; es soll in erster Linie das Problembewusstsein angeregt werden.

1. Fortbildungs-Sponsoring

Nach §32 Abs. 2 und 3 der Muster-Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) ist ein Sponsoring von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen durch die Pharmaindustrie grundsätzlich erlaubt. Eine Strafbarkeit nach §299a StGB ist demnach ohne das Hinzutreten weiterer Tatbestände regelmäßig nicht zu erwarten. Problematisch wird es aber, wenn durch die Kooperation mit Pharmaunternehmen als Gegenleistung für die Finanzierung der Fortbildun-

gen (Vorteil) das jeweilige Unternehmen bei Verordnungen oder der Abgabe von Arzneimitteln ohne sachlichen Grund vom fortgebildeten Arzt bevorzugt wird bzw. werden soll. Ist dies der Fall, ist der strafrechtliche Bereich eröffnet. Nicht berufswidrig und auch nicht strafrechtlich relevant ist es hingegen, wenn der Sponsor lediglich das legitime Ziel verfolgt, durch die jeweilige Veranstaltung sich selbst zu Werbezwecken hervorzuheben.

2. Kick-Back-Zahlungen, Rabatt- und Prämiensysteme

In dem vom BGH entschiedenen Fall hatte eine Pharmareferentin unter der Bezeichnung „Verordnungsmanagement“ ein Prämiensystem für die Verordnung von Medikamenten aus ihrem Vertrieb entwickelt. Danach sollte jeder verschreibende Arzt 5% der Herstellerabgabepreise als Prämie dafür erhalten, dass er Arzneimittel des Unternehmens verordnete. Die Zahlungen wurden als Honorar für fiktive wissenschaftliche Vorträge ausgewiesen. Die beteiligten niedergelassenen (Vertrags-) Ärzte wurden letztlich nicht verurteilt, da sie nach Auffassung des BGH nicht als Amtsträger oder Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der geltenden Bestechlichkeitsdelikte anzusehen seien. Künftig werden solche Modelle strafbar sein.

3. Kooperation mit Hilfsmittelerbringern

Gleiches gilt für unzulässige Kooperationen niedergelassener (Vertrags-) Ärzte mit Hilfsmittelerbringern (Hörgeräteakustiker, Orthopädienschuhmacher etc.). Daneben sind die berufsrechtlichen Vorschriften der §§31 und 33 MBO-Ä zu berücksichtigen. Danach dürfen Ärzte ihre Patienten nicht ohne hinreichenden Grund an bestimmte Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen verweisen. Ferner ist geregelt, dass die vereinbarte Vergütung der erbrachten Leistung wertmäßig entsprechen muss, wenn Ärzte z.B. im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln erbringen. Nach §128 Abs. 2 SGB V schließlich dürfen Leistungserbringer Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.

Bei der Zusammenarbeit mit Unternehmen der Medizinprodukteindustrie und Hilfsmittelerbringern (Hörgeräte, Kontaktlinsen, Verbände, Prothesen, Implantate etc.) muss daher zukünftig noch stärker auf unabhängige ärztliche Entscheidungen Wert gelegt werden. Die dazu bestehenden berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorgaben sind strikt zu beachten. Dies sollte sich auch in einer stringenter Dokumentation niederschlagen. Für den Fall eines strafrechtlichen Vorwurfes können dann Entlastungsbeweise leichter geführt werden.

4. Anwendungsbeobachtungen

Konsequenzen aus der neuen Strafvorschrift ergeben sich auch für sog. Anwendungsbeobachtungen. Sofern diese nicht dem reinen Marketing dienen und ihre Ergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden, sind sie nach der Gesetzesbegründung ausdrücklich forschungs- und gesundheitspolitisch wünschenswert. Die Annahme eines Vorteils in der Form der Teilnahme an einer vergüteten Anwendungsbeobachtung erfüllt den Tatbestand des neuen §299a StGB allerdings nur bei Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung. Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an Anwendungsbeobachtungen gezahlt werden, sind nach ihrer Art und Höhe so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht. Finden sich in derartigen Vereinbarungen auffällig hohe Vergütungsregelungen, stellen diese regelmäßig ein Indiz für das Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung und damit für eine Strafbarkeit dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn die vorgesehene Vergütung den teilnehmenden Arzt nicht für seinen zusätzlichen Aufwand entschädigen soll, sondern ihm als Provision für die unlautere Bevorzugung bestimmter Präparate gewährt wird.

5. Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt

Auch bei der beruflichen Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Heilberufen kann es künftig vermehrt zu Verfahren wegen des Verdachts der Korruption kommen. Ein – grundsätzlich nach §18 MBO-Ä erlaubter – Zusammenschluss zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden ist dann berufsrechtlich verboten, wenn er der Umgehung des Verbots der Zu-

weisung gegen Entgelt (§ 31 MBO) dient. Werden also Vorteile für eine unlautere Bevorzugung bei der Zuweisung gewährt, ist zukünftig der Straftatbestand des § 299a StGB eröffnet. Aus diesem Grunde sollten Vereinbarungen über bestehende Zusammenschlüsse überprüft und eine mögliche Strafbarkeit bei künftigen Vorhaben ausgeschlossen werden.

6. Zusammenarbeit mit sonstigen Heilmittlerbringern

Auch bei der Zusammenarbeit mit Heilmittlerbringern, wie z.B. Physiotherapeuten oder Logopäden, ist Vorsicht geboten. Nach § 23b MBO-Ä können sich Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen auch mit Angehörigen dieser Berufsgruppen zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen, was sich etwa bei Orthopäden und Physiotherapeuten oder HNO-Ärzten und Logopäden anbietet. Hierbei ist jedoch unbedingt darauf zu achten, dass die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt bleibt und die Verantwortungsbereiche der Kooperationspartner gegenüber den Patienten getrennt bleiben. Ebenfalls muss in Bezug auf das Zuweisungsverbot die bereits angesprochene Regelung des § 31 MBO-Ä befolgt werden.

7. Kooperationen im Gesundheitswesen

Schließlich werden sich zukünftig auch bei den an sich so gewünschten Kooperationen im Gesundheitswesen vermehrt strafrechtlich relevante Konstellationen ergeben: So arbeiten heute schon Fachärzte aus Krankenhäusern mit ihren Kollegen in den Arztpraxen, aber auch mit Apothekern eng zusammen. In den Praxisnetzen ist das geregelte Miteinander von Haus- und Fachärzten Alltag. Auch in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, die sich gerade erst entwickelt, regeln Ärzte, Krankenhäuser und andere Gesundheitsberufe eine patientenorientierte Versorgung über eigenständige Leistungs- und Geldverteilung. In jeder dieser Kooperationsformen wird künftig ein ehrgeiziger Staatsanwalt vermeintlich korrumpierbare Elemente finden. Auf diese besonderen Umstände hat auch schon der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (Spifa) richtigerweise hingewiesen.

IV. Fazit

Die beabsichtigten Neuregelungen im Korruptionsstrafrecht vermitteln den Anschein, dass künftig diejenigen nie-

dergelassenen Vertragsärzte, die sich an die Regeln der Berufsausübung halten, vom vielfach zu beobachtenden Generalverdacht der Geldschneiderei befreit werden. Künftig muss allerdings im Einzelfall genau geprüft werden, auf welche Kooperationen sie sich einlassen und ob das eigene Ordnungsverhalten den gesetzlichen Regelungen entspricht. Es ist davon auszugehen, dass auf Grundlage der neugeschaffenen Straftatbestände künftig die Staatsanwaltschaften vermehrt den niedergelassenen Vertragsärzten auf die Finger schauen werden. Es ist vermehrt mit Strafanzeigen zu rechnen, da nach dem Gesetzentwurf nicht nur der benachteiligte Konkurrent oder Patient, sondern auch die Ärztekammer des Vertragsarztes, bestimmte Wettbewerbsverbände sowie die privaten und gesetzlichen Krankenkassen betroffener Patienten Strafantrag bei den zuständigen Ermittlungsbehörden stellen können. Mit der Neuregelung werden zudem auch die Regelungen über die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in den §§ 81a und 197a SGB V erweitert. Hier soll ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Ärztekammern und Staatsanwaltschaften sowie den Krankenkassen stattfinden. Im Rahmen des angelaufenen legislativen Verfahrens werden sich die neuen Vorschriften zur Korruption im Gesundheitswesen aller Voraussicht nach nicht mehr entscheidend ändern, zumal man grundsätzlich gegen die Bekämpfung von Korruption in unserer Gesellschaft kaum vernünftige Gründe ins Feld führen kann. Daher ist damit zu rechnen, dass die Neuregelungen noch im Herbst dieses Jahres in Kraft treten werden. Die Mehrheit der großen Koalition im Bundestag löst damit ein Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein. Alle von den Neuregelungen (erstmalig) betroffenen Ärztinnen und Ärzte sollten sich daher frühzeitig auf ein neues strafrechtlich vermintes Betätigungsfeld einstellen und Vorsorge treffen.

Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke, Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwältin Linda Kuball

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
AWienke@Kanzlei-WBK.de



AAOS ANNUAL MEETING 2015 IN LAS VEGAS

DGOU & OTA & ORS: „Kooperation ist keine Eintagsfliege“

Der DKOU 2015 steht ganz im Zeichen der Internationalisierung. Im März haben die beiden Kongresspräsidenten der DGOOC und DGU, Prof. Rüdiger Krauspe und Prof. Michael Nerlich, als deutsche Delegation am AAOS Annual Meeting 2015 in Las Vegas teilgenommen. Nerlich hat dort die mit den amerikanischen Fachgesellschaften Orthopaedic Trauma Association (OTA) und Orthopaedic Research Society (ORS) vereinbarten Kooperationen offiziell unterzeichnet.

Welche neuen Möglichkeiten diese Kooperationen im Einzelnen mit sich bringen, erläuterte Nerlich im Interview mit Redakteurin Miriam Buchmann-Alich.

Sie kommen gerade vom AAOS Annual Meeting in Las Vegas zurück – was bringen Sie mit?

Neben dem fachlichen Austausch mit den amerikanischen Kollegen haben wir die Kooperationsvereinbarungen mit der OTA und der ORS gemeinsam unterzeichnet, alles dokumentiert und die Ziele für die kommenden Jahre definiert.

Wie kam es zu dieser Kooperation und welches sind die Ziele?

Der Anlass von unserer Seite war, dass wir unseren Kongress mehr internationalisieren, also auch englischsprachig anbieten wollten. Dies natürlich mit einem Partner, der bei den nicht deutschsprachigen Orthopäden und Unfallchirurgen bekannt ist. Die OTA ist die bekannteste internationale Gruppierung und hat auch sehr viele europä-

ische Mitglieder, die regelmäßig an den Treffen der Amerikaner teilnehmen.

Dies ist eine der wenigen Kooperationen, die die OTA in den letzten Jahren eingegangen ist ...

Ja, einige Vereinigungen aus Europa und weltweit sind schon daran gescheitert. Der Präsident der OTA sagte dies mit dem schönen Satz „We are quite picky“. Dass die OTA mit uns eine Kooperation vereinbart hat, ist also auch eine gewisse Auszeichnung für die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie.

Die OTA wird auf dem DKOU 2015 eine internationale Session unterstützen.

Ja, wir haben gemeinsam mit unserem neuen Kooperationspartner OTA einen halben Kongressstag für eine internationale Session geplant. Etwa die Hälfte der Beiträge hierfür wird von der OTA bestückt, die andere Hälfte von der deutschen Seite oder auch von anderen europäischen Experten.

Was ist konkret geplant?

Mittlerweile haben Deutsche und Amerikaner gemeinsam Themen festgelegt, die alle betreffen, im Wesentlichen klassische Frakturen. Eine Sitzung behandelt das Thema „How do I get out of this jam – tips&tricks in the treatment of proximal femur fractures“. Eine weitere Sitzung beleuchtet den Schwerpunkt „How do I get out of this jam – tips&tricks in the treatment of proximal humerus fractures“. Es soll jedoch nicht nur um deren Behandlung gehen, sondern darum, wie man die Probleme bewältigt, die dabei immer mal wieder auftreten.

Im Zuge der Internationalisierung haben Sie auch eine Kooperation mit der Orthopaedic Research Society gestartet – was ist mit deren Vertretern auf dem DKOU geplant?

Die ORS wird mit vier Keynote-Speakern vertreten sein, die auf Vorschlag der ORS kommen und ausgewiesene Forscher sind. Céline Colnot spricht zum Thema Frakturheilung und Osteologie, Anthony

Hollander und Scott Rodeo behandeln das Thema Regeneration von Knochen, Knorpel und Weichgewebe, darunter die Themen Stammzellen, PRP und Wachstumsfaktoren, und Robert Mauck ist Keynote-Speaker bei der Sitzung „Mechanobiologie“. Sie werden gemeinsam mit unserer DGOU-Sektion Grundlagenforschung die Sitzungen der Sektion unterstützen und gestalten. So konnten wir aus Amerika nicht nur die klinische Seite der Unfallchirurgie gewinnen, sondern auch die Grundlagenforschung in O und U adressieren.

Der diesjährige DKOU soll sich insgesamt ja besonders durch eine internationale Öffnung auszeichnen ... Zeigt sich dies bereits im Vergleich zu den Vorjahren?

Wir sind da schon sehr breit aufgestellt. Es wird ein ansprechendes, die gesamte Bandbreite der Orthopädie und Unfallchirurgie betreffendes internationales Programm. Insgesamt wurden in diesem Jahr über 250 englischsprachige Abstracts eingereicht. So viele hatten wir noch nie. Die Auswertung läuft noch, eingebunden sind auch Reviewer aus der ORS.

Im Gegenzug wird Deutschland im Oktober 2015 Gastland beim Annual Meeting der OTA in San Diego / Kalifornien sein ...

Ja, die Amerikaner haben uns als Antwort gegeben, dass sie glücklich wären, Deutschland als Gastnation beim Annual Meeting der OTA begrüßen zu dürfen. Bei dieser großen Ehre haben wir natürlich gleich zugesagt.

Welche Themen sind Ihnen dabei besonders wichtig?

Unsere Delegation wird das deutsche Versorgungssystem in Orthopädie und Unfallchirurgie vorstellen und Fachvorträge halten. Wir werden natürlich speziell zeigen, wie sich das deutsche Traumasystem durch das TraumaRegister und das TraumaNetzwerk der DGU weiterentwickelt hat. Da haben wir schon die Nase vorn, was die flächendeckende Versorgung der ganzen Bundesrepublik angeht.

Welche weiteren konkreten Aktionen sind für die kommenden Jahre geplant?

Auch das ist im Vertrag schon angesprochen. Diese Kooperation ist keine Eintagsfliege. Wir haben zunächst für die nächsten drei Jahre festgelegt, dass wir uns regelmäßig austauschen und bei den Meetings der Amerikaner intensiver vertreten sein werden.

In welchen Fachgebieten von O und U können wir Ihrer Meinung nach von den amerikanischen Kollegen noch am meisten lernen? Und auf welchen Gebieten lernen die Amerikaner von uns?

Von den Amerikanern lernen können wir in Bereichen, wo sie superspezialisiert sind, zum Beispiel bei manchen Gelenkoperationen, die sie in großer Stückzahl durchführen. Umgekehrt braucht sich die deutsche O und U aber in keinsten Weise zu verstecken. Wir sind absolut auf Augenhöhe und in der Spitze insgesamt sogar breiter aufgestellt als die Amerikaner. In den USA gibt es absolute Spitzenuniversitäten und Experten, aber für die Größe des Landes insgesamt gesehen sind dies eigentlich nicht so viele Experten mehr im Vergleich zu Deutschland.

Prof. Nerlich, ich danke Ihnen für das Gespräch.



Unterzeichnung des Kooperationsvertrags durch DGU-Präsident Prof. Michael Nerlich und OTA-Past-President Prof. Ross Leighton



Sitzung beim AAOS Annual Meeting 2015 in Las Vegas mit den OTA-Repräsentanten (v. l.) Prof. Ross Leighton (Past President), Prof. Theodore Miclau (President), Dr. Robert Probe (Past President) und Prof. Peter Giannoudis (International Relations Chair).

Fotos: Dr. Markus Loibl

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN:

Orthopaedic Trauma Association (OTA): ota.org
 Orthopaedic Research Society (ORS): www.ors.org
 DKOU 2015: www.dkou.de

Namen

Personalia



PD Dr. Gerwin A. Bernhardt, Weiterbildungsassistent an der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie der Medizinischen Universität Graz und Facharzt für Chirurgie hat sich mit der Arbeit „Postoperative Lebensqualität“ im Fach Chirurgie habilitiert; er ist u.a. als Qualitätsmanagementbeauftragter an der Klinik beschäftigt.



Dr. Matthias Münzberg ist neuer medizinischer Direktor von PHTLS Deutschland (Pre Hospital Trauma Life Support). Er tritt die Nachfolge von Dr. Christoph Wölfl an, der nach acht Jahren vom Nationalen Board in den Beirat wechselt.



PD Dr. Marcus Egermann hat zum 01.03.2015 die Position des Direktors des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie am Katholischen Klinikum Mainz, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz, übernommen. Davor war er Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg.



PD Dr. Thilo Patzer hat sich 2014 über „Läsionen der langen Bizeps-Sehne, deren Einfluss auf die glenohumerale Translation und auf glenohumerale Chondralläsionen unter Berücksichtigung verschiedener Therapieformen“ für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie an der Orthopädischen Klinik der HHU Düsseldorf habilitiert.



Prof. Dr. Sascha Flohé hat am 1.4.2015 die Nachfolge von Prof. Dr. Christian Voigt als Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen angetreten. Zuvor war er als stellvertretender Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf tätig.



Dr. Oliver I. Schmidt hat am 1.4.2015 die Position des Chefarztes der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie am Schweizer Kantonsspital Langenthal übernommen. Vorher war er als Oberarzt der Wirbelsäulenchirurgie am HELIOS-Park-Klinikum Leipzig tätig.



Dr. Jan-Hauke Jens leitet seit Oktober 2014 gemeinsam mit Dr. Christian Friescke das Kompetenzzentrum für Endoprothetik und Gelenkchirurgie des Krankenhauses Tebea chefärztlich und ist seit 1. März 2015 neuer Ärztlicher Direktor der Klinik.



PD Dr. Ralf Skripitz, ltd. OA / stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Orthopädie an der Universitätsmedizin Rostock, wurde die Bezeichnung apl. Professor für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie verliehen. Er ist auch neuer Vorsitzender des Forums der Nichtselbstständigen Ärzte der DGOOC.



Prof. Dr. Peter Cornelius Kreuz hat im Dezember 2014 eine APL Professur mit dem Schwerpunkt „Gewebeersatz am Bewegungsapparat“ an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock erworben. Prof. Kreuz engagiert sich in zahlreichen Gesellschaften wie z.B. der DGOU, der ICRS oder dem Knie-Knorpel/Meniskus-Komitee der AGA.



PD Dr. med. Dr. phil. Maik Stiehler, UniversitätsCentrum für Orthopädie & Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, hat sich im März 2015 mit der Arbeit „Stammzellbasierte Konzepte der Knochenregeneration“ habilitiert.



PD Dr. Fabian M. Stuby, Leitender Oberarzt der BG-Unfallklinik Tübingen, Abt. für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Universitätsklinik Tübingen, hat sich zum Thema „Flexible Osteosynthese des vorderen Beckenringes. Ein neues Konzept zur Stabilisierung nach Open-Book-Verletzung; Klinische und biomechanische Grundlagen, Entwicklung und biomechanische Testung“ am 21.4.2015 habilitiert.



PD Dr. rer. nat. Sebastian Immanuel Wolf von der Medizinischen Fakultät der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg hat sich mit der Erteilung der Venia Legendi für das Fach Orthopädische Biomechanik am 20.3.2015 habilitiert.



Ursula Grunau, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Dr. Hartmut Stinus (v. li. n. re.)

Ursula Grunau, Assistentin des Schatzmeisters der Initiative'93, und **Prof. Dr. H. G. Näder** wurden im Rahmen der Sitzung des Kuratoriums der Initiative'93 Technische Orthopädie für ihre langjährige engagierte Arbeit zur Unterstützung der Initiative'93 Technische Orthopädie und vor allem auch des Travelling Fellowship Nordamerika geehrt. Frau Grunau führt seit Gründung der Initiative das Sekretariat des Schatzmeisters und hält den direkten Korrespondenzdraht in dieser Hinsicht zur DGOOC. Sie ist maßgeblich mitbeteiligt an der Organisation der Travelling Fellowship, die alle zwei Jahre mit Besuchen an mehr als 28 Centers of Excellence in Nordamerika jungen Kollegen, die sich auf diesem Gebiet wissenschaftlich engagieren, offen steht. Hartmut Stinus und Bernhard Greitemann als Vertreter der Initiative'93 Technische Orthopädie und der VTO bedankten sich im Rahmen einer kleinen Feier für das weit über das normale Maß hinausgehende Engagement von Frau Grunau..

Wir gratulieren ...



Zum 80. Geburtstag

... Dr. Yasser Abbara, Düsseldorf
 ... Prof. Dr. Albrecht Encke, Frankfurt/Main
 ... Dr. Gerhard Haustedt, Chalampe le bas
 ... Dr. Uto Kleinstäuber, Hannover
 ... Dr. Joachim Knipping, Merseburg
 ... Dr. Gerlinde Kretzschmar, Dresden
 ... Dr. Reiner Mühlbach, Biesenthal
 ... PD Dr. Dieter Paul, Dresden
 ... Dr. Jürgen Saupe, München
 ... Dr. Helga Vossen, Bad Kreuznach

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Thomas Brinkmann, Hamburg
 ... Dr. Enver Dagaslan, Lohr
 ... Dr. Nicolas Straus, Bochum
 ... Prof. Dr. Josef Schuster, Dachau
 ... Prof. Dr. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen

Zum 90. Geburtstag:

... Dr. Karl-Heinz Drogula, Berlin
 ... Prof. Dr. Fritz-Ludwig Rueff, München

Zum 95. Geburtstag

... Dr. Hans Curtius, Augsburg
 ... Dr. Rolf Hegemann, Unna



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
des VLOU: info@vlou.de

Landestagung in Niedersachsen

Dr. Wolfgang Böker



Dres. J. Berling, M. Hausdorf, U. Kleinstäuber, A. Gassen, W. Böker (v.li.n.re.)

Die diesjährige Landestagung des Berufsverbandes in Niedersachsen am 21. Februar 2015 stand unter dem Thema „Zukunft der Orthopädie – rettet uns der neue EBM?“. Zu diesem Thema konnten hochkarätige Referenten gewonnen werden. Allen voran der neue KBV Vorsitzende Dr. Andreas Gassen sowie die Spitze der KVN. Der ursprünglich vorgesehene Beitrag des Vorsitzenden der niedersächsischen kassenärztlichen Vereinigung, Mark Barjenbruch, musste allerdings durch seinen Stellvertreter Dr. Jörg Berling gehalten werden, da dieser krankheitsbedingt ausgefallen war. Die Lücke wurde allerdings optimal geschlossen, zumal auch der Kollege Berling seit Jahren in der KV tätig ist, und dort in viele Bereiche eingearbeitet ist.

Die sehr gut besuchte Veranstaltung in den Räumlichkeiten der KVN in Hannover wurde aber mit einem Vortrag des stellvertretenden BVOU-Landesvorsitzenden, Dr. Marcus Hausdorf, über den aktuellen Stand der Thematik der Zulassungserweiterung von Volon A 40 für peridurale Infiltrationen begonnen. Er ging insbesondere auf die Problematik der Indikation und der Vergütung im Rahmen des EBM ein. Die anschließende Diskussion belegt, wie problematisch die gegenwärtige Rechtslage ist. Dieses Thema wird uns in Zukunft sicherlich noch weiter beschäftigen. Eine abschließende Bewertung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicherlich noch nicht möglich.

Anschließend hat Dr. Jörg Berling über verschiedene landespolitische Aspekte und die Arbeit der KV referiert. Zunächst hat er über die Honorarverhandlungen in Niedersachsen für 2015 berichtet. Danach wurde der Referentenentwurf zum GKV- Versorgungstärkungsgesetz vorgestellt. Dabei ging Dr. Berling auch auf den umstrittenen Kauf von Kassenarztsitzen in überversorgten Gebieten ein. In Niedersachsen würde das in der jetzigen Ausprägung bedeuten, dass 70 Sitze (16%) oberhalb der Sperrgrenze liegen. Lediglich in den Kreisen Nienburg, Gifhorn und Hameln-Pyrmont liegt keine Überversorgung vor.

Terminservicestellen

Weitere Themen waren die Terminservicestellen, die neuen Regelungen bezüglich der MVZ, die Richtgrößenprüfungen,

die Strukturverträge und die Förderung der Weiterbildung. Eingehend wurde auch über die bereits teilweise eingeführte ambulante spezialärztliche Versorgung berichtet, sowie über den Referentenentwurf des eHealth- Gesetz.

Abschließend ging der Kollege Berling kurz auf die Weiterentwicklung des EBM ein, um dann zum nächsten Redner, den KBV Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen überzuleiten. Dabei stellte er die altbekannte Tatsache fest, dass die Orthopäden in ein Korsett aus RLV- und QZV- Leistungen eingeschnürt sind. Die RLV-Leistungen machen ca. 48%, die QZV-Leistungen etwa 37% des Honorars aus. Knapp 10% fallen auf EBM entdeckelte Leistungen, 2% sind Vorab-Leistungen, die restlichen 3% sind Kosten/ Beitragserfassung.

Höhepunkt

Andreas Gassen nahm diesen Ball in gewohnt souveräner Manier auf, und gab einen detaillierten Einblick in die Arbeit der KBV. In einem Schaubild stellte er dar, welche Stellschrauben nötig sind, um einen GOP zu kalkulieren, und wer an diesen Stellschrauben im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung dreht. Themen wie kalkulatorische Arztlohn, leistungsbezogener Zeitbedarf und Fixkostenvergütung wurden umfassend dargestellt. Der Vortrag war, wie erwartet, der Höhepunkt der Veranstaltung an diesem Samstag. Abschließend ging Andreas Gassen noch auf die Entwicklung im Belegarztwesen



Dr. Jörg Berling, KVN



Dr. Andreas Gassen, KBV-Vorsitzender

Aus den Verbänden

ein. Während die Anzahl der Ärzte die ambulante Operation erbringen in den Jahren von 2009 bis 2013 um 2,9% gestiegen ist, ging die Zahl der Belegärzte im gleichen Zeitraum um 15,3% zurück, die Zahl der Leistungen ist sogar um 17% gesunken.

Diskussion

Abschließend fand noch eine lebhafte Diskussion mit allen Anwesenden und

den beiden Hauptrednern unter der Moderation des Landesvorsitzenden Dr. Wolfgang Böker statt. Diese Gelegenheit nutzten viele Anwesenden, ihre sicherlich berechtigten Nöte und Sorgen vorzutragen, in der Hoffnung, dass dies sowohl in Hannover als auch Berlin Gehör findet. Insgesamt war die Veranstaltung, die von Dr. Uto Kleinstäuber angeregt wurde, eine willkommene Gelegenheit, direkt mit den Spitzen von KBV und KVN ins Gespräch zu kommen. Die rege Teilnah-

me an den Diskussionen erfüllte die im Vorfeld geweckten Erwartungen.



Dr. Wolfgang Böker,
Lüneburg,
Landesvorsitzender
Niedersachsens.

Haftpflicht-Versicherung für Gastärzte

Eine Serviceleistung für BVOU-Mitglieder

Olga Zöllner, Funk Gruppe



Zwecks Förderung der Fort- und Weiterbildung seiner Mitglieder hat der BVOU eine Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung abgeschlossen. Damit wird den BVOU-Mitgliedern die Sorge genommen, für eine an einem fremden Krankenhaus im Rahmen der Fort- und Weiterbildung auszuübende Gastarztstätigkeit evtl. ohne Versicherungsschutz zu sein. Auch Ärzte, welche Kollegen als Gäste zur Fort- und Weiterbildung in ihrem Krankenhaus aufnehmen, profitieren von dieser Serviceleistung des Berufsverbandes zu gleich.

Jeder Arzt muss sich gemäß § 21 Musterberufsordnung gegen Schadenersatzansprüche aus seiner ärztlichen Tätigkeit hinreichend versichern, andernfalls gefährdet er seine Approbation (§ 6 BÄO). Freiberuflich tätige Ärzte müssen Ihre Tätigkeit in der Regel selbst versichern. Die Berufs-Haftpflicht-Versicherung hat zwei Aufgaben: die Befriedigung der berechtigten als auch die Abwehr der unberechtigten Schadenersatzansprüche.

In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

Versichert sind BVOU-Mitglieder aus der Tätigkeit auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie als Gastarzt im In-

land, in Österreich und in der Schweiz, jeweils bis zu 8 Wochen im Jahr. Diese Absicherung besteht automatisch kraft Mitgliedschaft im Berufsverband. Der Versicherungsschutz entspricht nicht den (Pflicht)-Versicherungsvorschriften in Österreich oder der Schweiz.

Sollte für die Tätigkeit des Gastarztes nach den dortigen Vorschriften eine eigene persönliche Versicherungspflicht bestehen, muss vor Ort im Ausland Versicherungsschutz vereinbart werden.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Gastarzt während der Hospitation bzw. zum Zeitpunkt des Schadeneintrittes bereits Mitglied im BVOU war.

Zeitlicher Umfang des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht auch für den gastgebenden Arzt aus der Beschäftigung von Gastärzten im Inland, wobei der einzelne Gastarzt nicht länger als 8 Wochen im Jahr tätig sein darf.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz für den gastgebenden Arzt ist, dass er zum Zeitpunkt des Eintrittes eines möglichen Haftpflichtschadens bereits Mitglied im BVOU war.

Definition der Gastarztstätigkeit

Ein Gastarzt im Sinne des Versicherers ist ein Arzt, der

- zur Erweiterung und Vertiefung seiner beruflichen Fähigkeiten oder zur Erlernung einer besonderen medizinischen Technik
- unentgeltlich und nicht in hauptamtlicher Stellung, z.B. an einer Klinik, einer Tagesklinik, einem MVZ, einem OP-Zentrum oder in einer Arztpraxis hospitiert, um die von ihm angestrebten Fertigkeiten zu erlernen.

Bei den Kollegen, die unbezahlt am Krankenhaus arbeiten (weil sie keine Anstellung gefunden haben), **handelt es sich nicht um Gastärzte** im Sinne der Versicherungsbedingungen!

Erweiterung des Versicherungsschutzes für YOUngster's

Auch das Berufs-Haftpflichtrisiko der Studenten/Famulanten und Ärzte im Praktischen Jahr (PJler) als BVOU-Mitglieder gilt im Rahmen und Umfang des Gastarztvertrages des Berufsverbandes automatisch subsidiär (sofern hierfür anderweitig kein Versicherungsschutz besteht) als mitversichert. Hierbei handelt es sich um eine erweiterte Serviceleistung des BVOU für seine Mitglieder/YOUngster's_

Nachwuchsmediziner in OU. Dieser Versicherungsschutz besteht bis zur Erlangung der Approbation.

Vereinbarte Deckungssummenhöhe

Versicherungsschutz besteht für ambulante und stationäre Gasterztätigkeiten und gilt für versicherte Schäden bis zu einer Deckungssumme von

10 Mio.€ pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Im Versicherungsjahr ist diese zweifach maximiert.

Leistungen der anderweitig bestehenden Haftpflicht-Versicherungen, die das Mitglied selbst oder Dritte (z. B. der Krankenhausträger) für ihn/zu seinen Gunsten abgeschlossen haben, gehen dieser obligatorischen Absicherung vor.

Versicherungsschutz der Gasterzt-Haftpflicht-Versicherung besteht daher subsidiär.

Wie kann ich diesen Versicherungsschutz in Anspruch nehmen?

Falls Zweifel bestehen, ob die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit als Gasterztätigkeit im Sinne der Haftpflicht-Versicherung auszulegen ist, wird empfohlen, sich vor Aufnahme dieser Tätigkeit den Versicherungsschutz bestätigen zu lassen. In diesem Fall kontaktieren Sie bitte die Geschäftsstelle des BVOU. Nach Prüfung der Mitgliedschaft erfolgt dann von dort die Weiterleitung Ihrer Anfrage an die Funk Gruppe zwecks abschließender Prüfung und Erstellung einer Versicherungsbestätigung.

SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER



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

Kontakt:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
 Funk Ärzte Service
 Valentinskamp 20
 20354 Hamburg
 Ansprechpartner:
 Olga Zöllner
 fon.: + 49 40 35914-494
 fax + 49 40 3591473-494
 o.zoellner@funk-gruppe.de

Neue Mitglieder

Dr. Ludwig **Bause** 48324 · Sendenhorst
 Dr. Barbara **Behnke** 23538 · Lübeck
 Prof. Dr. Volker **Bühren** 82418 · Murnau
 Dr. Thomas **Jurgan** 53757 · Sankt Augustin

Dr. Florian **Kaltenbach** 79108 · Freiburg
 Dr. Sebastian **Mohr** 73180 · Saalfeld
 Ekkehard Friedrich **Röpke** 39288 · Burg
 Steffen **Schiele** 37073 · Göttingen

Prof. Dr. Richard Josef **Stangl** 90592 · Schwarzenbruck
 Edmund **von Werner** 63065 · Offenbach

Mitgliederversammlung des BVOU

Joachim Stier

Die Mitgliederversammlung in Baden-Baden brachte Neuerungen und Perspektive auf Künftiges – sie war eine Versammlung der Erwartung auf das Kommende. Die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) hat einen guten Lauf, wie der verantwortliche BVOU-Vorstand Prof. Dr. Karl-Dieter Heller anlässlich der Mitgliederversammlung in Baden-Baden berichtete. Und man hat Größeres mit ihr vor. Dies wird auch am kommenden Geschäftsführer des BVOU, Dr. med. Jörg Ansorg, liegen, der die entsprechende Expertise auch auf diesem Gebiet mitbringen wird. Und dies liegt an der Erkenntnis, dass eine solche Institution ein perfektes Instrument sein kann, neue und vor allem jüngere Mitglieder für den Verband zu gewinnen. Die Fortbildungslandschaft in der Orthopädie und Unfallchirurgie ist vielfältig, aber

unübersichtlich. Und sie ist ein Markt, wie der lohnenswerte Blick auf das Pendant in der Unfallchirurgie zeigt – die AUC. Das sei ein richtiges Unternehmen, so Karl-Dieter Heller, und ein solches soll die ADO auch werden. Die organisatorische ADO-Leitung hat vor kurzem Sibylle Reichelt übernommen.

Nächste Ärztegeneration

BVOU-Schatzmeister Dr. med. Helmut Weinhart bestätigte die weiterhin solide Kassenlage, aber auch das größte Manko des Verbandes: stabile Mitgliederzahlen zwar, aber keinen Zuwachs in der begehrteten und umkämpften Zielgruppe der nachkommenden Ärztegeneration. Dass das Schiff BVOU genau daraufhin umgebaut werden soll, unterstrich Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher. Nicht nur

die Referatsstruktur, die das weitere Feld der Verbandsaktivitäten sinnvoll aufteilt und als kleine Einheiten zur Handlungsfähigkeit führt, und der ADO-Umbau sollen diesem Zweck unter anderem dienen. Auch die Internetpräsenz wird auf eine völlig neue Basis gestellt: „Unser neuer Internetauftritt wird interaktiv angelegt sein“, fasste Johannes Flechtenmacher zusammen. Es wird eine Plattform, auf der die Mitglieder auch arbeiten, sich austauschen können. Weg von der statischen Architektur, hin zu einem dynamischen, verbindenden Auftritt: „Ein Arbeitspferd, keine Designschnitte“, brachte es Johannes Flechtenmacher auf den Punkt.

Berufspolitisch bewältigt der Verband eine Flut an Gesetzesinitiativen und Vorstößen. Auf das Anti-Korruptionsgesetz

sollten die Orthopäden und Unfallchirurgen besonders achten – hier lauerten viele Fallstricke. Doch, so konnte der politisch gut unterrichtete Präsident vermeiden, lägen zu den entscheidenden Schwachstellen des Gesetzes – dies ist vor allem die fehlende juristische, präzise Definition einzelner Tatbestände – wichtige Gutachten auch seitens der KBV dem Gesetzgeber zwischenzeitlich vor: „Dies wird gehört werden“, wusste Johannes Flechtenmacher zu berichten. Auch das Thema Substitution versus Delegation kommt den Orthopäden – aber auch Gynäkologen, HNO-Ärzten oder Augenärzten – bedrohlich nahe. Ein Arbeitspapier der CDU/CSU-Fraktion – initiiert von einem Physiotherapeuten – sorgte für Unmut im BVOU. Hierzu steht der Präsident in Kontakt mit den anderen betroffenen Verbänden.

Gut gewappnet hat sich der Verband auf eine TK-Studie zur Röntgenleistungen hin – hier ärgerte vor allem, dass die TK vorschnell mit einem einseitigen Anprangern der O und U an die Presse ging, die Studie aber unter Verschluss hielt mit dem Hinweis, sie läge einer Fachzeitung zur Begutachtung auf Veröffentlichung vor. Dies ließ der DGOU-Generalsekretär und kooptiertes Vorstandsmitglied Prof. Dr. Bernd Kladny der TK nicht durchgehen: Die Studie liegt dem Verband mittlerweile vor und die Antwort ist auch schon fertig – für den Fall, dass die Studie veröffentlicht wird.

Blackbox GOÄ

Prof. Heller und BVOU-Vorstand Dipl.-Med. Frank Schulz, der im Rahmen der Versammlung als Nachfolger von Helmut Mälzer in den engeren Zirkel des Geschäftsführenden Vorstands auf die Po-



Vizepräsident Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz

sition des Vizepräsidenten nachgewählt wurde, monierten unisono die „Blackbox“ Bundesärztekammer in Sachen GOÄ: „Wir wissen nicht, wo der Weg uns hinführen wird. Unsere Hausaufgaben sind erledigt – doch was am Ende in Euro und Cent herauskommen wird, dazu kennen wir keine exakten Zahlen“, so Karl-Dieter Heller. Kritisch zu sehen ist die Erwartung des Ministeriums an die Ärzte, sich im Vorfeld mit der PKV und der Beihilfe zu einigen. Diese haben natürlich wenig Interesse daran, dass etwas teurer wird: „Wir brauchen aber 30 Prozent mehr, um den Verlust der letzten Jahre auszugleichen. Und es gibt einen Zeitdruck: Bald sind wieder Bundestagswahlen und veränderte Mehrheiten können die Bürgerversicherung auf die politische Agenda setzen.“

Frank-Ullrich Schulz berichtete den Stand in Sachen Novellierung der Musterweiterbildungsordnung. Er ist Mitglied der Ständigen Kommission Weiterbildung, die in regelmäßigen Abständen tagt. Neues daraus: Es wird künftig doch nur zwei Weiterbildungsmodi geben: „Kennen und Können“ sowie „Beherrschen“ – das Aufhängen auf vier Abschnitte ist damit vom Tisch. Nicht vom Tisch ist das Hin und Her, ob O und U ein Gebiet im Gebiet werden kann. Erst sah es so aus, dies könne glatt durchlaufen, jetzt gibt es wieder Gegenwind, dass in die Allgemein- und Viszeralchirurgie doch wieder traumatologische Inhalte eingebracht werden sollen.

EBM-Entwicklung

Vorstandsmitglied und KBV-Chef Dr. Andreas Gassen berichtete über den Stand der EBM-Entwicklung. Es gäbe gute Gründe für das Vorgehen „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“. Anders als mit der Reform 2008/09, die das Fach zurückwarf, soll dieses Mal alles besser durchgespielt werden. Die Eingaben der Verbände werden in der KBV durchgerechnet und die Ergebnisse der Simulation wieder an sie zurückgegeben, um ggf. noch Änderungen vornehmen zu können. Realistisch sei daher das Jahr 2017. Entscheidend sei die Neukalkulation des Arztlohns im EBM – dies ist, so Andreas Gassen, mit den Kassen im letzten Jahr so vereinbart. Entscheidend, weil jede EBM-Reform kostenneutral durchgeführt werden wird – entlang des Prinzips, linke Tasche, rechte Tasche. Doch die KBV Erhebung zu diesem Thema habe einen erheblichen Nachbesserungsbedarf belegt. So ist es möglich, dass durch diese



Dr. Axel Sckell ist neues Vorstandsmitglied



Dr. Christian Probst als Oberarzt, Mitglied im Gesamtvorstand

Öffnungsklausel dem „Kalkulatorischen Arztlohn“ erhebliche Mittel in den EBM zusätzlich einfließen könnten, die dann idealerweise in die damals benachteiligten Gruppen fließen sollten.

In neuer Position bzw. neu im Vorstand des BVOU sind PD Dr. habil. Axel Sckell, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Universitätsklinik Greifswald, und Dr. Christian Probst, Oberarzt in der Abteilung Orthopädie, Unfallchirurgie und Sport (Chefarzt Prof. Dr. Bertil Bouillon) am Klinikum Köln-Merheim.

Dr. Sckell war bereits Mitglied im Gesamtvorstand auf der Position des „Vertreters der Oberärzte“; er ist nun in den Vorstand zugewählt worden. Auch auf seiner neuen Position möchte Axel Sckell das Verbindungsglied zwischen Klinik und Praxis vertreten und sich insbesondere für die Jüngeren einsetzen. Dr. Probst aus Köln wurde ebenfalls in Baden-Baden zum neuen Vertreter der Oberärzte gewählt und gehört damit dem Gesamtvorstand an.



**25%
Rabatt**

Höchste Qualität und Funktionalität kennzeichnen die zeitgemäßen und innovativen möve-Kollektionen. Selbstverständlich sind die möve-Frottierwaren Öko-TEX schadstoffgeprüft. Überzeugen Sie sich von dem breiten Farbspektrum sowie den natürlich und nachhaltig gewonnenen Materialien. Bestellen Sie bequem im Online Shop Frottierwaren wie Handtücher, Bademäntel und Badteppich-hochwertige Frottierprodukte für Ihr Wohlbefinden.



**7%
Rabatt**

Ganz egal, wohin es auch gehen soll, bei L'TUR finden Kurzentschlossene ihre ganz persönliche Traumreise. Ob Strandurlaub, City-Trip, Fernreise oder Kreuzfahrt: unter täglich mehr als 50 Millionen Angeboten ist für alle, die spontan nix wie weg wollen, das Richtige dabei. Schließlich greift Europas größter Anbieter von Last Minute-Reisen auf ein riesiges Sortiment zurück.



**bis zu
20%
Rabatt**

Egal ob Sie ein Auto für den Wochenend-Einkauf, für ein langes Wochenende mit Freunden oder für den Sommerurlaub benötigen. Bei Avis finden Sie für jeden Bedarf das richtige Fahrzeug. Vom Kleinwagen über einen Kombi bis hin zur Luxus-Limousine ist für jeden Geschmack etwas dabei.



**15%
Rabatt**

Italienisches Lebensgefühl, Design, Farben, Trends und Produkte in Bestform zeichnen unsere Kollektionen aus. Setzen Sie Zeichen mit LEONARDO Produkten und profitieren Sie von exklusiven 15 % Rabatt auf das gesamte Sortiment! Von Vasen und Tischlichtern, bis hin zu hochwertigen Kelchglasserien – wir haben die idealen Begleiter für Ihr Zuhause und tolle Geschenkideen für jeden Anlass.

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

Jahresbericht Sektion Wirbelsäule der DGOU 2014

M. Richter, F. Kandziora, A. Korge, K. Schnake

Die im Jahr 2012 begonnene sehr erfolgreiche Arbeit der Sektion mit den sechs Arbeitsgruppen konnte auch im Jahr 2014 fortgesetzt werden. Die etablierte und bewährte Organisationsstruktur der Sektion wird beibehalten:

- Jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf dem Jahreskongress DKOU in Berlin im Oktober,
- Jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf der Jahrestagung DWG im Dezember (2015 Frankfurt),
- Jahresbericht der Sektion für die Mitglieder.

Diese Struktur ermöglicht einen regelmäßigen und effektiven Austausch über die Aktivitäten der Sektion. Die beiden jährlichen Treffen sollen neben dem Jahresbericht vor allem der Information aller Mitglieder dienen:

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

Auch 2014 wurde der DGOOC-Kurse Wirbelsäule im Januar in Berlin im Rahmen der Weiterbildung: „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Andreas Korge erfolgreich von der Sektion durchgeführt.

Die jährliche wissenschaftliche Sitzung der Sektion auf dem DKOU stand unter der Überschrift: „Evidenzbasierte Indikationen in der Wirbelsäulenchirurgie“ und war wie auch im Vorjahr sehr gut besucht. Im Folgenden die Berichte der Arbeitsgruppen:

Osteoporotische Frakturen

K. Schnake, T. Blattert, O. Gonschorek
Die Arbeitsgruppe „Osteoporotische Frakturen“ hat sich im Jahr 2014 und 1. Quar-

tal 2015 viermal getroffen. Zudem gab es noch zwei Treffen einer kleineren Gruppe zur Reliabilitätsprüfung der von der AG entwickelten Klassifikation osteoporotischer thorakolumbalen Frakturen („OF-Klassifikation“). Hier konnte mit einem Fleiss-Kappa (Koch und Landis) von 0,63 ein substantiell gutes Ergebnis erreicht werden. Die Ergebnisse der AG wurden auf der DKOU, der DWG und regionalen Veranstaltungen vorgetragen und haben auch Einzug in die Masterfolien der Basiskurse der DWG gehalten. Ein Abstract wurde im *European Spine Journal* publiziert.

Die Therapieempfehlungen für osteoporotische Wirbelfrakturen wurden mit Hilfe von Vertretern konservativer Therapieverfahren der DGOOC und DWG finalisiert. Zur prospektiven Evaluation der OF-Klassifikation und des OF-Scores wurde eine monozentrische Studie in Nürnberg/Fürth begonnen. Im 2. Quartal des Jahres 2015 wird zudem eine prospektive multizentrische Evaluation aus den Reihen der AG beginnen.

Multicenterstudie Densfrakturen

O. Gonschorek, T. Vordemvenne
Im Rahmen einer retrospektiven Erfassung an acht Kliniken wurden insgesamt 204 Patienten in einem 2-Jahreszeitraum erfasst. Ziel der Studie war es, eine Übersicht über die aktuellen Versorgungsstrategien bei Densfraktur des Älteren unter besonderer Berücksichtigung von Komplikationen und Frühmorbidity zu erhalten. Die Datenerfassung ist abgeschlossen, eine Publikation – nach Beschluss der Sektion – primär in englischer Sprache ist in Vorbereitung. Aus den Ergebnissen haben sich interessante Aspekte ergeben, die im Rahmen einer prospektiven multizentrischen Studie näher analysiert werden sollen.

Studie Rasputhine (A 3.1)

M. Scholz, F. Kandziora
Die RASPUTHINE Studie vergleicht prospektiv randomisiert die zwei häufigsten

chirurgischen Behandlungsstrategien bei inkompletten Berstungsfrakturen des thorakolumbalen Übergangs (Magerl A3.1.1) ohne neurologisches Defizit. Entsprechend der Fallzahlkalkulation, basierend auf den Daten der A3.1.1 Pilot-Studie (BGU Frankfurt) müssen 123 Patienten in jedem Studienarm eingeschlossen werden. Derzeit läuft die Rekrutierung der Patienten durch die 15 beteiligten Kliniken. Erfreulicherweise haben weitere Kliniken ihr Interesse zur Teilnahme an der Studie erklärt. Somit konnten nach Beratung durch die lokalen Ethikkommissionen, die folgenden Kliniken für eine aktive Teilnahme an der Studie gewonnen werden: Dr. med. Mark Dreimann, Klinik für Unfall- Hand und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Dr. Markus Loibl, Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg. Am 2.6.2014 erfolgte das zweite Studientreffen in Frankfurt. Über den aktuellen Stand des Projektes wurden auf dem Jahreskongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2014) sowie dem Jahreskongress der Deutschen Wirbelsäulenchirurgischen Gesellschaft (DWG 2014) im Rahmen der Sektionssitzungen berichtet.

Wirbelsäulenoperationen unter Antikoagulation

M. Quante, J. Franke, V. Bullmann
Leider wurde seitens des BMBF die Förderung des Projektes „Perioperative bleeding risk due to chemoprophylaxis of thromboembolism and handling of ASS prophylaxis in spinal decompressive surgery“ abgelehnt. Die Kritikpunkte wie Relevanz der Fragestellung, Expertise des Projektteams, wissenschaftliche Qualität und Innovationsgrad waren aus unserer Sicht durch die Gutachter zum Teil sehr oberflächlich argumentiert und bei dem immensen Aufwand seitens des Teams der Universität Lübeck koordiniert durch Prof. Quante. Als Konsequenz daraus wurden von der Arbeitsgruppe dann folgende Szenarien diskutiert:

1. Eine erneute „große“ Antragstellung in dem primär angedachten Volumen macht keinen Sinn, da es ja einerseits wenig positive Resonanz gab und andererseits die Möglichkeiten mehr oder weniger auf die schon probierten Institutionen beschränkt sind. Es ist also wahrscheinlich, dass ein erneuter Anlauf beim BMBF oder bei der DFG wieder viel Arbeit generiert und wieder keine Akzeptanz erwarten lässt.
2. Kompletter neuer Antrag mit modifizierter Fragestellung unter z.B. Hinzunahme anderer Antikoagulantien oder anderer Operationen.
3. „low budget“ Studie, die vom Input freiwilliger Zentren lebt.

Da seit Gründung der Arbeitsgruppe immer mehr Zentren auch ohne wissenschaftliche Studie unter ASS operieren und sicher somit auch Argumente, für eine solche Studie verloren gehen, sind die Mitglieder der Arbeitsgruppe zu dem Schluss gekommen, der Sektion vorzuschlagen die Arbeitsgruppe zu beenden. Die Problematik wurde im Rahmen der Sektionssitzung in Leipzig bei dem DWG-Kongress der Sektion berichtet und ausführlich diskutiert. Nach der Diskussion wurde der Vorschlag die Arbeitsgruppe zu beenden angenommen.

Therapieempfehlung „Degenerative Instabilität an der LWS“

B. Wiedenhöfer, T. Niemeyer, T. Hallbauer

Zwei Publikationen wurden fertig gestellt und die Manuskripte eingereicht. 1. „Is there consensus in treatment of degenerative high-grade spondylolisthesis? Results of the online-survey of the division of spine surgery of German Society of Orthopaedic and Trauma Surgery (DGOU)“ 2. „Is the degree of instability able to consolidate the floating opinions concerning the treatment algorithms of degenerative spondylolisthesis? Results of the online-survey of the division of spine surgery of German Society of Orthopaedic and Trauma Surgery (DGOU).“

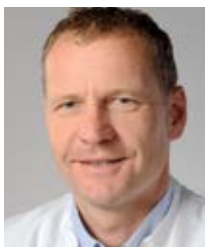
Arbeitsgruppe Tumoren und Metastasen

A. Disch, U. Liljenqvist, K. Schaser

Nach Online-Befragung der Mitglieder der DWG zur operativen Behandlung von Tumoren der Wirbelsäule von Mai bis im August 2013 wurde, in Folge der Präsentation der Ergebnisse zur DKOU 2013, ein Manuskript der Resultate erstellt, das zur entsprechenden Publikation ansteht. Als multizentrisches Projekt wurde zur Sitzung im Rahmen des DKOU die „sekundäre Immundepression

bei tumorbedingten Querschnittslähmungen“ vorgestellt. Im Rahmen einer Pilotstudie am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité in Berlin konnte eine systemische Immundepression bei entsprechenden Patienten nachgewiesen werden. Aufgrund der bislang kleinen und inhomogenen Patientengruppe erfolgte die Anfrage an die Mitglieder der Sektion zur Teilnahme. Nach den bislang erfolgten Zusagen ist der Einschluss erster Patienten nach Erteilung des Ethikvotums Ende zweites Quartal 2015 geplant.

Mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurde ferner die Etablierung einer Patientendatenbank zum „Outcome nach benignen/malignen Primärtumoren der Wirbelsäule“ vereinbart. Neben einer retrospektiven Studie der Fälle der letzten 10 Jahre ist simultan der Einschluss von Patienten in eine prospektive Studie vorgesehen. Neben dem Fokus der Primärtumoren an der Wirbelsäule sollen die Verläufe nach operativer Behandlung von Nierenzell-Karzinom- und Mamma-Karzinom Metastasen retrospektiv multizentrisch erfasst werden, um entsprechende Prognosefaktoren für die Therapie ableiten zu können. Ein Anschluss an das Register der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) ist in Planung.



Prof. Dr. Marcus Richter,
Vorsitzender der Sektion Wirbelsäule
Prof. Dr. Frank Kandziora, stellv. Vorsitzender
Dr. Andreas Korge, München
Dr. Klaus Schnake, Frankfurt
(v. li. n. re.)

Neue Mitglieder

Anousheh **Alamouti** · Heidelberg
Tarek **Alfugahi** · Köln
Mahfoudh **Al-Qershi** · Cuxhaven
Dr. Robert **Arrich Ferdi** · Essen
Dr. Oliver **Bannier** · Sindelfingen
Dr. Stefan **Bark** · Lübeck
Dr. Heiko **Baumgartner** · Freudenstadt
Dr. Tasja **Brischmann** · Chemnitz
Silke Annette **Busam** · Lorsch
Tobias Iming **Chan** · München
Alexander **Damm** · Werneck
Dr. Christian **Eberle** · Pforzheim
Dr. Abdelrehim **El Tayeh** · Freiburg
Dr. Christoph **Engels** · Linz
Marius Julian **Fischer** · München

Dr. Johannes **Flechtenmacher** · Karlsruhe
Jakob **Hax** · Duisburg
Knut **Höhler** · Göttingen
Mike **Holl** · Kassel
Matthias **Hollatz** · Thun
Dr. Nicole **Jachol** · Bad Dürkheim
PD Dr. Christian **Kammerlander** · München
Oliver **Kamp** · Bochum
Dr. Kai Buscalavida **Köster** · Bad Hersfeld
Frans **Kurek** · Almere
Dr. Severin **Langer** · Murnau
Markus **Leibe** · München
Dr. Christoph **Nau** · Frankfurt am Main
Hanna **Neumann** · Berlin
Tanja **Niedermair** · Regensburg

Jane **Nitschke** · Halle
Kerstin **Orpel** · Düren
Dr. Tobias **Padberg** · Königs Wusterhausen
Hadrian **Platzer** · Heidelberg
Dr. Markus **Röhr** · Erlangen
Christoph **Sauerbrey** · Burg
Bernhard **Schierbaum** · Laatzen
Patrick **Schröter** · Halle
Dr. Benjamin **Schulze** · Garbsen
Ulrike **Schwamb** · Zweisimmen
Jakob **Sieker** · Boston
Dr. Paul **Simons** · Mainz
Dr. Dirk **Stolz** · Gießen
Dr. Waleed **Tayeb** · Stuttgart
Christoph **Trägenapp** · Berlin

Neues aus der AO Trauma Deutschland

Prof. Michael J. Raschke (Präsident), Münster & Prof. Karl-Heinz Frosch (Community Development), Hamburg

Die AO Trauma Deutschland entwickelt sich nach der Umstrukturierung dynamisch weiter. Das Kerngeschäft Fortbildung, Forschungsförderung und persönliche Weiterentwicklung der Mitglieder steht unverändert im Focus. Mit der Satzungsänderung im Jahr 2013 hat die Deutsche AO sich den internationalen Strukturen der Aufteilung in die klinischen Divisionen **Trauma**, **Spine**, **CMF** und **VET** angeglichen, ohne dabei die Gemeinsamkeiten und Gemeinschaftlichkeit aufzugeben. Die AO Trauma Deutschland begrüßte vor kurzem das 400. Mitglied, Dr. Peter Wilhelm, Klinikum Leonberg, was für die Attraktivität des neuen Konzeptes spricht.



Das 400. Mitglied

Jahrestagung 2015

Am 8./9. Mai 2015 fand in Tübingen, an dem Ort an dem 45 Jahre zuvor die Absichtserklärung unterzeichnet wurde, die AO Deutschland zu gründen, die Jahrestagung mit 125 Mitgliedern statt. Es war ein historisches Treffen mit dem ersten Vorsitzenden, dem heutigen Eh-

renpräsidenten Siegfried Weller. Auf der Jahrestagung wurden die folgenden 18 neuen Mitglieder in die Akademie der AO Trauma Deutschland aufgenommen: Alt, Böcker, Bula, Dietz, Dumont, Hankemaier, Heineck, Heiss, Histing, Hofmann, Klenner, Knop, Meyer, Münzberg, Schweigkofler, Sellei, Stange und Wölfl.

Auf der Mitgliederversammlung wurde das dreifache Geschäftsführende Präsidium für drei weitere Jahre im Amt bestätigt. Dieses setzt sich zusammen aus: Michael Raschke (Präsident), Hans-Jörg Oestern (Past-Präsident), Florian Gebhard (Vize-Präsident) und Ulrich Stöckle (Schatzmeister).

Zum Erweiterten Präsidium gehören zusätzlich: Prof. Georg Duda, Berlin (Forschung), Prof. Karl-Heinz Frosch, Hamburg (Community Development), Prof. Heiner Winker, Erfurt (Education), Prof. Dr. Thomas Blattert, Schwarzach (Spine), Prof. Max Heiland, Hamburg (CMF) und Prof. Andrea Meyer-Lindenberg, München (VET).



Präsidium AO Trauma

Aus dem Beirat standen 6 von 12 Posten zur Wahl. Aus 10 Kandidaten wurden gewählt:

Felix Bonnaire (Dresden), Ulf Culemann (Celle), Freddy Grützner (Ludwigshafen), Edgar Mayr (Augsburg), Fabian Stuby (Tübingen) und Joachim Windolf (Düsseldorf).



Neue Beiratsmitglieder

Zu Ehrenmitgliedern wurden Prof. Hans Zwipp, Dresden und Prof. Dankward Höntzsch, Tübingen ernannt. Die Ehrung fand während des Gesellschaftsabends im Evangelischen Stift Tübingen statt.

Fortbildung: Kurse & Seminare

Im Bereich der Schulung waren im Jahr 2014 insgesamt 398 Referenten und 52 Instruktoren in Kursen und Seminaren aktiv. Einige davon an mehreren Events, sodass es insgesamt zu 695 Einsätzen als Referent oder Instruktor kam. Insgesamt 1.975 Kursteilnehmer verteilten sich auf 73 Kurstage. Im Jahr 2015 sind 31 Kurse, 14 Seminare und 4 weitere Schulungs-



Fotos: Jürgen Staiger

veranstaltungen geplant. Dies sind 31% aller AO Trauma Kurse in ganz Europa.

Wir möchten daran erinnern, dass Faculty Mitglieder (Referenten und Instruktoren der AO Trauma Veranstaltungen) auch AO Trauma Mitglied sein sollten. In Zukunft werden wir es ermöglichen, den Mitgliedsbeitrag im Rahmen der Spesenrechnung zu verrechnen.

Es sind noch Plätze frei für den AO Trauma Europe Faculty Retreat vom 5-12.12.2015 in Davos. Diese Veranstaltung ist an den Faculty Nachwuchs aus Europa gerichtet. Bewerben können sich Unfallchirurgen, die bereits erste Erfahrung als AO Faculty sammeln konnten. Der Retreat dient dem Austausch der Erfahrung als Faculty, der Vernetzung und der Einführung in die Davos Kurse. Inhaltlich stehen Falldiskussionen im Vordergrund, aber auch die Beteiligungsmöglichkeiten an zukünftigen Schulungsaktivitäten.

Fellowships & Reisestipendium

Aktuell gibt es 24 AO Trauma Fellowship Zentren in Deutschland. Die Anzahl wird noch steigen, da weitere Kliniken sich beworben haben und diese Möglichkeit auch neuen Kliniken offen steht. So erlebt der ursprüngliche Gedanke und das Qualitätsmerkmal, **AO-Klinik** zu sein, eine Renaissance. Im Jahr 2014 kamen 66 Fellows nach Deutschland, davon 9 aus Europa, 34 aus Asien, 3 aus Latein Amerika, 5 aus Nord Amerika und 15 aus dem Nahen Osten. Im europäischen Vergleich bedeutet dies, dass 70% aller Fellows, die nach Europa kamen, an eine deutsche Klinik wollten, was für die exzellente globale Reputation unserer Disziplin spricht.

Ausbaufähig ist die Anzahl der deutschen Ärzte, die sich für Fellowships im Ausland bewerben. In 2014 wurden lediglich zwei deutsche Fellows gefördert, beide gingen in die USA. Hier werden wir in Zukunft verstärkt diese attraktive Förderung unseres Nachwuchses bewerben.

Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auf die geänderten AO Trauma Fellowship Kategorien. Zusätzlich zum bekannten Fellowship für Unfallchirurgen unter 45 Jahren, die AO Trauma Mitglied sind und einen Basis und Fortgeschrittenen Kurs absolviert haben, gibt es das „Meet the Expert“ Fellowship. Es

richtet sich an erfahrene Chirurgen, die zur Verbesserung eines ganz speziellen fachlichen Gebietes für 2-4 Wochen zu einem entsprechenden Experten reisen wollen.

Die Bewerbungsfrist für eines der AO Trauma 250 Fellowships weltweit für das Jahr 2016 läuft bis zum 31. Juli 2015.

Das Reisestipendium 2015 wurde im Rahmen der Jahrestagung an Frau PD Dr. Isabella Mehling, BG Unfallklinik Frankfurt vergeben. Sie wird damit Prof. Jesse Jupiter in Boston besuchen, um von seiner Expertise im Bereich Handchirurgie zu profitieren.



Reisestipendium an PD Dr. Isabella Mehling

Master of Fracture Care

Die AO Trauma Deutschland hat eine Initiative gestartet, um die Stellung des Unfallchirurgen deutlicher hervorzuheben, die Qualität zu steigern und die Attraktivität zu erhöhen. In einem Pilotprojekt „Master of Fracture Care (MoFC)“ hat eine Arbeitsgruppe erste Kriterien für die konkrete Ausgestaltung definiert. Dies wurde dem europäischen Gremium der AO Trauma vorgestellt. Dr. Münzberg und Dr. Stange werden das Konzept weiter ausarbeiten und einen Antrag an den Strategiefonds der AO Trauma stellen, um das Projekt weiter voranzutreiben.

Forschung & Wissenschaftspreis

Im Jahr 2014 wurden sechs Projekte gefördert mit einem Gesamtvolumen von 91.000,- EUR. Der Wissenschaftspreis 2014 wurde an Dr. Dirk Wähnert, Münster, vergeben für seine Arbeit über „*Implantataugmentation – eine Option in der Therapie osteoporotischer Frakturen*“.

Für den diesjährigen Preis werden noch Bewerbungen entgegengenommen. Der



Wissenschaftspreis an Dr. Dirk Wähnert

Preis wird am 20. Oktober auf dem AO Trauma Deutschland Symposium im Rahmen des DKOU vergeben. Einsendungen können noch bis 31.8 geschickt werden an georg.duda@charite.de.

Das Bewerbungsformular finden Sie unter www.aotrauma.org/deutschland.

Auch für Forschungsanträge und Bewerbungen gilt: bitte vorher AO Trauma Mitglied werden.

AO Start-Up Grants

Die Bewerbungsfrist für die AO Start-up Grants endet am 15. Juli 2015. Es gibt zwei Kategorien, beide begrenzt auf eine Fördersumme von 60.000,- CHF pro Jahr mit einer Laufzeit von maximal 2 Jahren:

- **Young investigators** who are within five years of the completion of his/her terminal degree (eg MD, DVM, PhD, etc.) or within five years of initiation of his/her first assistant professor position at an academic institution. Individuals currently enrolled in residency programs or fellowships are also considered young investigators.
- **Experienced researchers** submitting novel high-risk projects.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Michael J. Raschke
Präsident AO Trauma Deutschland
michael.raschke@ukmuenster.de

INFORMATIONEN

Weitere Informationen zu allen Themen und Ausschreibungen sind erhältlich unter www.aotrauma.org/Deutschland



21. Jahrestagung: Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. D.A.F.

Bayreuth, 20. – 21. März 2015

Dr. Heino Arnold

Vom 20. bis 21. März 2015 fand in Bayreuth die 21. Jahrestagung der Deutschen Assoziation für Fußchirurgie (D.A.F. e.V.), Sektion der DGOU, unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml, statt. Die Veranstaltung unter der Leitung von Kongresspräsident Dr. Heino Arnold vom Orthopädischen Zentrum Fichtelgebirge stand dieses Jahr unter dem Motto „Einmal Standard – immer Standard? – Was ändert sich, was bleibt?“. Als Veranstaltungsort diente das neue Gebäude der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth mit drei Hörsälen und zahlreichen Seminarräumen sowie einem großen Ausstellfoyer.

Offizieller Kooperationspartner der ausrichtenden Fachgesellschaft war der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., Landesverband Bayern, der am Sonnabend, den 21. März 2015, auch mit einem eigenen Vortragsblock

vertreten war. Auf diese Weise sollte der heutzutage mehr denn je erforderliche Schulterchluss zwischen niedergelassenen und in der Klinik arbeitenden Ärzten besonders akzentuiert werden.

Offizielles Gastland des diesjährigen Kongresses war Frankreich, das mit einer Delegation von sechs Gästen vertreten war: Pierre Barouk, Michel Maestro, Nazim Mehdi, Stéphane Ménager, Alexandre Rochwerger, Eric Toullec). In einer eigenen Sitzung boten sie einen Überblick über aktuelle fußchirurgische Entwicklungen in Frankreich.

Als Ehrengäste besuchten Greg Berlet (USA), Hakon Kofoed (Dänemark) und Mauricio de Pellegrin (Italien) Bayreuth und informierten in Übersichtsvorträgen über aktuelle Entwicklungen in ihrem jeweiligen Spezialgebiet vor dem Hintergrund der medizinhistorischen Entwicklung. Greg Berlet sprach über aktuelle Trends der Sprunggelenkendo-

prothetik und gab zusätzlich einen Abriss über aktuelle Therapiekonzepte bei Achillessehnerkrankungen, Hakon Kofoed informierte ausführlich – ganz dem Kongressmotto entsprechend – über die ehemalige und aktuelle Vorgehensweise bei degenerativen Rückfußerkrankungen, Mauricio de Pellegrin trug über sein Spezialgebiet der operativen Korrektur kindlicher Rückfußdeformitäten vor.

Festvortrag

Ein besonderes Highlight war der Festvortrag von Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol.h.c. Eckhard Nagel zum Thema „Gesundheitsversorgung zwischen ökonomischer Rationalität und moralischer Verantwortlichkeit“. Der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Essen und Geschäftsführende Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth ist zugleich Mitglied im Vorstand

des Präsidiums des Deutschen Evangelischen Kirchentages sowie des Deutschen Ethikrates. Er umriss vor dem Hintergrund der ethischen Verantwortlichkeit ärztlichen Handelns den immer weiter aufklaffenden Zwiespalt zwischen diesen beiden Polen ärztlichen Handelns, der durch den immer nachdrücklicheren Einbruch ökonomischer Erfordernisse in tägliches ärztliches Handeln immer weiter aufklafft.

Während der Eröffnungsveranstaltung, die musikalisch durch Darbietungen Debussys und Chopins von Wolfgang Döberlein umrahmt wurde, gab Heino Arnold nach den Grußworten der Bayerreuther Oberbürgermeisterin Frau Merker-erbe sowie des stellvertretenden Landesvorsitzenden Bayern Dr. Conrad einen Überblick über das wissenschaftliche Programm der kommenden zwei Tage.

Im Mittelpunkt standen hier, wie vom Kongressmotto avisiert, aktuelle Therapiekonzepte an Vor- und Rückfuß vor dem Hintergrund des Ausgangspunktes der Entwicklung. So wurden in den durchweg gut besuchten Sitzungen in den Hörsälen und Seminarräumen therapeutische Optionen bei OSG-Arthrose – Gelenkerhalt versus Arthrodeese – genauso diskutiert wie die stets aktuelle Problematik der adäquaten Behandlung von Vorfußdeformitäten. Mehrere Vorträge gingen hier auf die derzeit intensiv diskutierte Reparatur der plantaren Platte bei Krallenzehendeformitäten ein. Auf der Konsensuskonferenz Kleinzehende-

formitäten, die einen zentralen Eckpunkt des wissenschaftlichen Programmes darstellte, gelang es den geladenen Gästen aus allen deutschsprachigen Sektionen der Fußchirurgie (Markus Walther, GFFC, Hazibullah Waizy, D.A.F., Heino Arnold, D.A.F., Hans-Jörg Trnka, Österreichische Gesellschaft für Fußchirurgie, Hans-Peter Kundert, SFAS Schweiz) unter der Leitung des D.A.F. Präsidentenpaares Jörn Dohle und Manfred Thomas, einen einheitlichen Standard der Nomenklatur von Kleinzehendeformitäten und sich daraus ergebender Therapiekonsequenzen zu erarbeiten. Hierüber wird in Kürze gesondert in der Fachzeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“ zu berichten sein.

Ein weiterer Schwerpunkt war dieses Jahr die Behandlung des kindlichen Klumpfußes. Johannes Hamel hatte hierzu eine eigene Sitzung zusammengestellt, die sich den Problemen des Klumpfußes nach vorgängiger Ponsetithherapie widmete. Ergänzt wurde der wissenschaftliche Teil der Sitzung durch den farbigen Erlebnisbericht Annemarie Schramls über ihre mehrjährige Erfahrung bei der Behandlung von Kindern mit Klumpfußdeformität in Tansania.

Auch die Arthroskopie an Fuß und Sprunggelenk wurde diesmal in einer von Hazibullah Waizy zusammengestellten Sitzung breit abgehandelt, wobei neben arthroskopischen Möglichkeiten an den Gelenken auch Tenoskopien in mehreren Vorträgen Erwähnung fanden. Die traditionelle Gastsitzung der Gesell-

schaft für Fußchirurgie unter der Leitung des Präsidenten der GFFC Makus Walther widmete sich dem Thema Sporttraumatologie an Fuß und Sprunggelenk.

Überblick über die Praxis

Der zweite Kongresstag wurde besonders vom BVOU geprägt. In einer von Jürgen Walpert hervorragend zusammengestellten Sitzung wurde ein breiter Überblick über häufig in der täglichen Praxis anzutreffende Verletzungen und Überlastungsschäden geboten. Die Sitzung „Medizin und Recht“ mit MDK-Vertretern und Rechtsanwälten als Vortragenden unter der Leitung Renée Fuhrmanns ging besonders auf die Arzthaftpflichtproblematik vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes ein.

Abgerundet wurde der 21. Jahreskongress durch eine gut besuchte Industrieausstellung, auf der sich die Teilnehmer, vertiefend ergänzt in zahlreichen Industrieseminaren, über aktuelle Angebote operativer und nicht-operativer Behandlungsmöglichkeiten informieren konnten.

Abschließend darf der Hinweis auf den gesellschaftlichen Teil der Veranstaltung nicht fehlen. War bereits der Referentempfang am Vorabend des Kongresses mit seiner Führung durch die Klaviermanufaktur Steingraber geprägt von der Musikstadt Bayreuth, setzte sich der musikalische Konnex zum Ausklang des gut besuchten Gesellschaftsabends fort, der vom Jazzquartett „Klangkoordination“ des Tagungspräsidenten bis weit nach Mitternacht bestritten wurde.

Insgesamt bot die 21. Jahrestagung der D.A.F. der zahlenmäßig weiter wachsenden „Fußfamilie“ erneut die Möglichkeit, sich wissenschaftlich und gesellschaftlich intensiv während zweier Tage auszutauschen, ergänzt durch mehrere Rahmenveranstaltungen, die nicht zuletzt auch vom Kooperationspartner BVOU e.V. Landesverband Bayern geprägt waren.



Die französischen Gäste mit Desiderius Sabo, Heino Arnold und Katharina Baums.



Dr. Heino Arnold
Kongresspräsident
Orthopädisches Zentrum
Fichtelgebirge
mit Zentrum für Fußchirurgie
Hochfranken
www.orthopaedie-rehau.de

Gründung der Sektion Osteologie der DGOU

Prof. Dr. Andreas Roth

Beim letzten Osteologen-Kongress im März 2015 in Berlin beschlossen die Sektion Osteologie der **DGOOC** und die AG Osteologie der **DGU** gemeinsam eine Sektion Osteologie der DGOU zu gründen. Beide, Sektion und Arbeitsgemeinschaft, haben in den letzten Jahren zahlreiche eigene sowie gemeinsame Projekte realisiert. Höhepunkt der Präsentation eigener Ergebnisse und des States of the Art waren immer die Osteologischen Seminare zum Osteologen-Kongress im Frühjahr und auf dem DKOU in Berlin im Herbst.

Höhepunkt S3-Leitlinien

Seitens der AG erfolgten vor allem biomechanische Untersuchungen, Untersuchungen zum Vitamin-D-Stoffwechsel des Knochens und Analysen zur Alterstraumatologie. Die Sektion Osteologie hat sich zuletzt mit der Hüftkopfnekrose und dem Knochenmarködemsyndrom, der Osteonkologie, der Osteomalazie sowie der medikamentösen Verbesserung der Implantateinheilung bzw. der Anwendung von Medikamenten bei gestörter Frakturheilung befasst. Themen waren neben dem Schwerpunkt Osteoporose u.a. seltene Knochenkrankungen, Enthesiopathien und Klein-

wuchs. Ein Höhepunkt war die Erstellung der S3-Leitlinien für die „Atraumatische Hüftkopfnekrose des Erwachsenen“. Weiterhin arbeiteten Vertreter beider Bereiche bei der Erstellung der S3-Leitlinien zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose im Rahmen des DVO zusammen. Sowohl Sektion als auch Arbeitsgemeinschaft stellten den Kongresspräsidenten für den Osteologiekongress. Die gemeinsame Tätigkeit wird in der Publikation eines Themenheftes Osteologie Ausdruck finden, ein Buch „Fortbildung Osteologie“ ist in Arbeit. In Letzterem werden die Themen der Osteologischen Seminare der letzten Jahre als Übersichtsarbeiten publiziert.

Standardisierte Vorlesung

Ein gemeinsames aktuelles Projekt betrifft die retrospektive Analyse zur Diagnostik und Therapie des Knochenmarködemsyndroms. Weiterhin soll eine standardisierte Vorlesung „Osteologie“ erarbeitet werden. Es wird an einem Curriculum Osteologie zur Unterstützung der Weiterbildung der Assistenten für Orthopädie und Traumatologie gearbeitet. Ein erster Kurs dazu findet im Sommer dieses Jahres in Leipzig statt. Andere

Projekte betreffen die Femuroplastie und die Mitarbeit im Rahmen des German Fracture Liaison-Service. Aus beiden Bereichen wurden in den letzten Jahren Forschungsthemen unterschiedlicher Art prämiert.

AG und Sektion haben in dem letzten Jahr zahlreiche Projekte miteinander realisiert. Es gibt einen festen Kern wissenschaftlich tätiger Kollegen in beiden Bereichen, die häufig zusammen Projekte realisieren. Eine gemeinsame Tätigkeit beider osteologischer Organisationen wird neue Möglichkeiten der Kooperation eröffnen und unser Fach im Rahmen der DGOU weiter stärken. Aus diesem Grund werden auf dem DKOU in Berlin die Wahl eines neuen Vorstandes und die Bestätigung einer neuen gemeinsamen Satzung erfolgen.



Prof. Dr. Andreas Roth
Leiter der Sektion

Bericht des AK Stoßwellentherapie

PD Dr. Jörg Hausdorf

Das Gebiet der extrakorporalen Stoßwellentherapie hat sich in den vergangenen Jahren rasant weiterentwickelt. Das Interesse unter den Orthopäden ist wieder zunehmend, wie der gut gefüllte Sitzungssaal beim Seminar im Rahmen des letztjährigen DKOU gezeigt hat. Eine ständige Zunahme an neuen Indikationen eröffnen dem Anwender heute Behandlungsoptionen, die weit über die bekannten Standardindikationen wie Kalkschulter, Fersensporen und Tennisellbogen hinausgehen. Die ständig wachsende Zahl an wissenschaftlichen Studien bestätigt die fachliche Bedeutung dieser Therapie, die

im Vergleich zu anderen konservativen, aber auch operativen Verfahren einen hohen Evidenzgrad erreicht hat. Allein im Jahr 2014 sind über 60 Pubmed gelistete Studien und Reviews zu nicht urologischen Stoßwellen-Themen veröffentlicht worden. Dabei kristallisieren sich 4 Hauptfelder heraus: Knochen- und Sehnen, Nerven, Wundheilung und kardiale bzw. angiologische Anwendungen.

Leitlinien

Die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Stoßwellentherapie (DIGEST) hat daher in enger Zusammenarbeit mit dem AK Stoßwelle der DGOOC in mehreren Treffen in den letzten Jahren Leitlinien festgelegt, die der Evidenzlage Rechnung tragen sollen. So entstand ein über 50-seitiges Werk, in dem alle aktuellen Indikationen abgebildet sind mit Differentialdiagnosen, Diagnostik, alternativen Therapieformen und natürlich Behandlungsempfehlungen bezüglich Häufigkeit der Therapie und Geräteeinstellungen. Je nach Literaturlage sind diese Empfehlungen evidenzbasiert. Momentan erfolgt eine letzte Überarbeitung und Aktualisierung, dann sollen die Leitlinien zunächst für die Mitglieder der DIGEST zugänglich gemacht werden.

Zertifizierungskurse

Zusätzlich dazu besteht ein großer Bedarf an praktischen Handlungsanweisungen, firmenunabhängiger Gerätekunde und an der Vermittlung des theoretischen Hintergrundes der Stoßwellentherapie. Dazu wurde ebenfalls von der DIGEST zusammen mit dem AK Stoßwelle ein Curriculum entwickelt, das einen vollständigen Überblick über den aktuellen Entwicklungsstand und die Einsatzmöglichkeiten der ESWT bei verschiedenen Indikationen bietet: Tendopathien (ohne und mit Verkalkungen), Knochenerkrankungen (Pseudarthrosen, Stressfrakturen, Knochenmarködem, avaskuläre

Nekrosen, Osteochondrosis dissecans, Morbus Schlatte), Knorpelerkrankungen, Wundheilungsstörungen, Verbrennungswunden, Ästhetik und myofaszialen Schmerzsyndromen, sowie Spastik.

Das Curriculum umfasst 60 Unterrichtseinheiten verteilt auf sechs ganztägige Kursmodule und ermöglicht nach Abschluss das Führen der Fachkunde „Stoßwellentherapie (DIGEST)“ als Tätigkeitsschwerpunkt. Inhaltliche Akzente setzen dabei eine praxisrelevante Präsentation, die Vermittlung von Tipps und Fallstricken im klinischen Alltag sowie Hands-on Workshops. Besonderer Wert wurde auf die Firmenunabhängigkeit gelegt, so dass eine Produktneutralität gewahrt bleibt. Die Kurse finden parallel zu den großen Kongressen unserer Gesellschaften in Baden Baden und Berlin statt, zusätzlich wird dieses Jahr ein Kompaktkurs in München vom 10. – 13. Juni angeboten.

Wissenschaftspreis

Wissenschaftlich soll die Erforschung der Stoßwellentherapie weiter unterstützt werden. Dazu wird dieses Jahr wieder der DIGEST-Innovationspreis im Wert von 4000 Euro ausgeschrieben (Ausschreibungsbedingungen unter www.digest-ev.de), die Bewertung der eingehenden Arbeiten erfolgt in enger Absprache mit dem AK Stoßwelle der DGOOC. Die Präsentation der Arbeit und die Verleihung erfolgt dann im Rahmen des DKOU 2016.

Abschließend möchte wir alle, die sich wissenschaftlich mit dem Thema Stoßwelle auseinandersetzen, auffordern, mit dem AK Kontakt aufzunehmen, um die Interessen noch besser zu bündeln und den Austausch zu fördern.



PD Dr. Jörg Hausdorf



Intensivmeeting der DGORh 2015

Prof. Dr. Stefan Rehart, Prim. Dr. Thomas Ramsauer

Nach Frankfurt, Sendenhorst, Bremen, Leipzig und Oberammergau trafen sich die Mitglieder der DGORh in diesem Jahr in Salzburg/Oberndorf (Österreich) zu dem 6. jährlichen Intensivmeeting. Als Gastgeber im Auftrag der DGORh hatte Prim. Dr. Thomas Ramsauer, Leiter der Abteilung für Orthopädie im allgemein öffentlichen Krankenhaus Oberndorf, eingeladen. Eine illustre Gruppe von 20 leitenden orthopädisch-rheumatologischen Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland und Österreich konnte begrüßt werden. Nach der Ankunft und dem Beziehen der Zimmer in dem in der berühmten Getreidegasse in Salzburg gelegenen Hotel erfolgte der Transfer zu der Klinik in Oberndorf. Dort wurde die Delegation durch die Klinikleitung offiziell begrüßt und es schloss sich die traditionelle, geplante Führung durch das 2011 neu eröffnete Krankenhaus und die 2012 zusätzlich erbaute orthopädische Rehaklinik an. Die Institution hatte im „alten Haus“ seit 1992 eine Außenstelle der Universitätsklinik beherbergt, die sich vor allem in der Rheumaorthopädie und der Handorthopädie einen ausgezeichneten Ruf erarbeiten konnte. Prim. Ramsauer war seinerzeit bereits als Assistent dort tätig und legte den Grundstein für seine

heutige Tätigkeit. Gemeinsam mit dem motivierten Team wird heute die komplexe Behandlung aller orthopädischen Erkrankungen abgedeckt, außer der Wirbelsäulenchirurgie und der Kinderorthopädie. An der 30-Betten-Abteilung wurden zuletzt über 750 endoprothetische Eingriffe jährlich durchgeführt.

Rege Diskussion

Das 6-stündige wissenschaftliche Programm des Intensivmeetings widmete sich sehr speziellen Details der konservativen und operativen orthopädischen Rheumatologie auf höchstem Niveau. Wie immer trugen die Teilnehmer durch ausgiebige Diskussionsanmerkungen nach den hervorragend vorbereiteten, spannenden Vorträgen dazu bei, eine absolute Zufriedenheit mit den medizinischen Inhalten des Treffens konstatieren zu können.

Am späten Nachmittag fand eine Führung durch Salzburg mit einem Fremdenführer statt, bei der viele charmante Besonderheiten der berühmten Stadt und ihrer Historie erfahren werden konnten. Zuletzt lud Prim. Ramsauer seine Gäste in das Restaurant Triangel ein, in dem

beim Schlemmen noch sehr lange über wissenschaftliche Themen aber auch Persönliches gesprochen wurde. Das Meeting fand seinen Ausklang am Folgetag mit der Vorstands- und Beiratssitzung der DGORh, bevor die Abreise anstand.

Zum Austragungsort des DGORh-Intensivmeetings 2016 unter der Leitung von Prof. Bernd Swoboda und Prof. Hans-Dieter Carl wurde Erlangen bestimmt.



Prof. Dr. Stefan Rehart,
Präsident der DGORh



Prim. Dr. Thomas
Ramsauer, Beirats-
mitglied der DGORh

Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOOC gestellt. Laut Satzung der DGOOC § 5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den O & U Mitteilungen und Nachrichten) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Dr. Stefan **Bauer** · Perth
Jean **Edelstein** · Berlin
Mathias **Grunner** · Hamburg
PD Dr. Emmanouil **Liodakis** · Hannover

Birgit **Ohly** · Georgsmarienhütte
Dr. Ammar **Scheib** · Bochum
Dr. Jan Mu **Vagner** · Hof

Bogenrevision 2015 des TraumaRegister DGU®

Prof. Dr. Rolf Lefering, Ulrike Nienaber, Prof. Dr. Sascha Flohé und Dr. Thomas Paffrath

Die Datenerhebung des TraumaRegister DGU® wird in regelmäßigen Abständen durch den Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion NIS¹ der DGU in einem Konsensusprozess überarbeitet, um die Qualitätssicherung und die medizinischen Parameter an aktuelle Entwicklungen in der Schwerverletztenversorgung anzupassen. Der aktuell verwendete Datensatz wurde im Jahr 2009 eingeführt. Seitdem hat sich viel in der Akutmedizin gewandelt, so dass im Jahr 2012 und 2013 im Rahmen von Arbeitstagen der Datensatz an die neuen Gegebenheiten angepasst wurde. Diese im Jahr 2014 verabschiedete Bogenrevision wurde in den letzten Monaten programmiert und wird im Laufe der nächsten Wochen online gestellt. Der genaue Termin wird den Kliniken noch schriftlich mitgeteilt. Ab der Online-Stellung des neuen Erhebungsbogens wird nur noch die Eingabe in den aktuellen Datensatz möglich sein. Da inzwischen fast jede unfallchirurgische Klinik Daten in das TraumaRegister DGU® eingibt, will der Arbeitskreis TraumaRegister den neuen Erhebungsbogen hier vorstellen und die Änderungen erläutern.

Im Rahmen der Bogenrevision wurde unter anderem geprüft, wie vollständig einzelne Datenfelder ausgefüllt wurden, wie häufig Variablen in Auswertungen verwendet werden und welchen Nutzen diese Daten besitzen. Hier findet also eine moderate Anpassung an die Dokumentationsrealität statt. So wurde zum Beispiel der Laborparameter Laktat gestrichen, da er sehr selten ausgefüllt war und alle Prognoseberechnungen mit dem häufiger vorhandenen Base Excess in gleicher Art kalkuliert werden können. Auch der sehr schwierig zu erfassende SAPS II-Score wurde herausgenommen.

Neben dieser Anpassung wurde zudem geprüft, ob die erhobenen Daten auch aktuelle Probleme und kontrovers diskutierte Themen adäquat beantworten können. So zeigte sich z. B., dass die Gerinnungstherapie nach heutigem Wissensstand nicht mehr optimal abgebildet ist. Daher werden bestimmte Parameter aus diesem Bereich im aktualisierten Bogen detaillierter erfasst und auch neue Parameter hinzugenommen. Auch die Frage nach den neuen oralen Antikoagulanzen, deren Bedeutung in der Traumaversorgung durch das älter werdende Patientenkollektiv und neuen Leitlinien zunimmt, findet jetzt Berücksichtigung. Zusätzlich werden zukünftig die Level-A-Aussagen aus der S3-Leitlinie „Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung“² bei der Erfassung der Daten abgebildet, hier wäre zum Beispiel die Durchführung der Kapnometrie als neu zu erfassender Parameter zu nennen.

Insgesamt wurde aber auch darauf geachtet, dass sich der Dokumentationsaufwand durch die Bogenrevision nicht relevant erhöht. Die nun beschlossenen Änderungen wurden vom Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion NIS intensiv diskutiert, bewertet und verabschiedet. Folgende Tabellen stellen die neu eingeführten und entfallenen Parameter dar.

Der Dokumentationsaufwand im Register kann auf zwei verschiedenen Niveaus durchgeführt werden. Zu einem mit dem kompletten Datensatz des TraumaRegister DGU®, der eine detailliertere Auswertung wissenschaftlicher Fragestellungen erlaubt (Standardbogen), oder mit einem reduzierten Basisdatensatz zur Qualitätssicherung, welcher verpflichtend für die Teilnahme an der TraumaNetzwerk DGU®-Zertifizierung ist (QM-Bogen). Derzeit erheben etwa 72% der Kliniken

mit dem reduzierten QM-Bogen ihre Daten und 28% verwenden den Standardbogen des TraumaRegister DGU®. Von diesen 28% der Kliniken werden jedoch 50% der im Register erfassten Fälle eingegeben.

Ein Teil der neu hinzugenommenen Parameter wurde auch in den QM-Bogen übernommen. Sie sind wichtige neue Qualitätsindikatoren und werden daher auch in die Berichte für die Kliniken (Online- und Jahresbericht) dargestellt werden. Vom bisherigen Standardbogen wurden die präklinische Pupillengröße und Lichtreaktion übernommen, da diese sich beim Schädel-Hirn-Trauma als unabhängige und relevante Outcome-Prädiktoren herausgestellt haben. Aus diesem Grund wurden sie auch Bestandteil des RISC II³ und dienen der Präzisierung der Prognoseschätzung. Die Erhebung der Pupillen-Parameter wurde aber gleichzeitig vereinfacht (keine Rechts-Links-Angaben mehr erforderlich).

Dem Nutzer des QM-Bogens wird nach Umstellung auf den neuen Erhebungsbogen auffallen, dass die Dokumentation des TraumaRegister DGU® in der neuen Version mehrseitig ist, wie es der Nutzer des Standardbogens gewohnt ist. Aus Gründen der Programmierung und der Struktur der Datenbank ist es sinnvoll, eine einheitliche Maske zu verwenden. Für den Nutzer des QM-Bogens sind die nicht erhobenen Felder grau ausgeblendet und nicht bearbeitbar. Auch wenn der Nutzer des QM-Bogens jetzt nicht mehr nur eine einseitige Dokumentation, sondern fünf Seiten ausfüllen muss, so hat sich die Anzahl der erhobenen Parameter und der damit verbundene Dokumentationsaufwand nur geringfügig erhöht. Vielleicht wird den Nutzern des QM-Bogens auf diese Weise auch ersichtlich, dass sich der Dokumentationsmehraufwand

1 Die Sektion NIS (Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU) ist das wissenschaftliche Gremium zur Weiterentwicklung des TraumaRegister DGU®

2 Die S3-Leitlinie steht auf der Homepage der AWMF zum Download zur Verfügung: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/012-019.html>

3 Für eine Erläuterung zum RISC II siehe OU Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe 1 (Feb)/2015.

Tab. 1 Folgende Variablen werden NEU eingeführt:

Bogen	Bereich	Variable	Bemerkung
S	ASA	Antikoagulation*	zunehmend ältere Population; Bewertung der Gerinnungstherapie
A	Vitalzeichen	Kapnometrie*	zur Qualitätssicherung bei intubierten Patienten
A	Maßnahmen	Alternative Atemwegssicherung*	Alternative zur endotrachealen Intubation
A+B	Maßnahmen	Beckengurt	Evaluation des Nutzens
A+B	GCS	Pupillengröße* / Lichtreaktion*	3-stufige Erfassung gemäß des ECS ¹ ; hohe prognostische Relevanz (RISC II)
B	Laborwerte	Alkohol	Inzidenz; evtl. prognostische Relevanz
B+C	Laborwerte	Fibrinogen; Ca ⁺⁺ ; bei Rotem: zusätzlich Befunde (nur B)	Bewertung der Gerinnungstherapie
B+C	Hämostase-therapie	Faktor XIII; Tranexamsäure (auch A) Kalzium-Gabe	Aktualisierung der Medikation
B	Therapie	Zeitpunkt der ersten Blutgabe* Zeitpunkt Beginn d. Gerinnungstherapie	zur Differenzierung Schweregrad und evtl. als Qualitätsmarker
B	Diagnostik	MRT	zunehmende Bedeutung
B	Notfalleingriffe	Auswahl von mehreren Eingriffen mögl.* jeweils mit Zeitangabe OP-Beginn*	Reihenfolge der Maßnahmen erlaubt detailliertere Beschreibung der Abläufe
C	Sepsis	bei Sepsis: Angabe des Fokus	Beschreibung der Ursache
D	Outcome	Todesursache;* Therapiebezogener Patientenwille*	Angabe nur bei verstorbenen Patienten

* betrifft auch den reduzierten QM-Datensatz

¹ ECS = Eppendorf-Cologne Scale, siehe 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

Tab. 2 Folgende Parameter werden GESTRICHEN:

Bogen	Bereich	Variable	Bemerkung
A	GCS	rechts/links bei Pupillenreaktion / -weite	nicht notwendig
B	Weiterversorgung	SR-Diagnostik regulär beendet Komplettierung der Diagnostik vor ICU	bildet die Abläufe unzureichend ab
B+C	Labor	Laktat	schlechte Ausfüllquoten; Fokus auf BE
B+C	Hämostase	Faktor VIIa; Antifibrinolytika	entfällt / ersetzt
C	SAPS II	SAPS II	aufwändig; wenig genutzt
D	Outcome	DRG-Nr.; Aufwandpunkte	nur in D; wenig genutzt; unvollständig

für den Standardbogen in Grenzen hält. Die Eingabe des Standardbogens gibt der Klinik, neben der Möglichkeit des Zugriffs auf die Daten des Gesamtregisters für Zwecke der wissenschaftlichen

Auswertung, auch einen Mehrwert in der eigenen Qualitätssicherung. Insofern möchte der Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion NIS möglichst viele Kliniken dazu motivieren, freiwillig mit dem

Standardbogen an der TraumaRegister DGU®-Dokumentation teilzunehmen, auch wenn die diversen ärztlichen Dokumentationsaufgaben einen großen Raum in der klinischen Tätigkeit einnehmen.

Neue Mitglieder

Dr. Daniel **Allgaier** · Soltau
 PD Dr. Jörg **Böhme** · Leipzig
 Dr. Simone **Cober** · Tuttlingen
 Dr. Caroline **Duda** · Aurich
 Dr. Claus-Robin **Fritzemeier** · Duisburg
 Dr. Andrei **Gheorghiu** · Schwäbisch Hall
 Dr. Enzo **Hamann** · Bad Döben
 Windfried **Höhn** · Berlin

Vera Sophia Maria **Keimer** · Hannover
 Dr. Thomas **Krohn** · Osnabrück
 Dr. Carl **Neuerburg** · München
 Dr.med. Dr. rer. nat. Martin **Ostapczuk** · Moers
 Dr. Dirk **Reedwisch** · Köln
 Dr. Christian **Schulte** · Siegburg
 Konrad **Schütze** · Ingolstadt
 Dr. Philipp **Störmann** · Frankfurt

Tibor **Taschner** · Tübingen
 Alexandru **Ungureanu** · Schwäbisch Hall
 Jochen **Urban** · Bochum
 Iris **Wagenblast** · Schwäbisch Hall
 Dr. Matthias **Wilke** · Brackenheim
 Patrick **Ziegler** · Tübingen
 Michael **Zumbaum** · Wolfsburg

Verwendung des TraumaRegister DGU-Jahresberichts zur Präsentation der Kliniken

Prof. Dr. Sascha Flohé, Dr. Thomas Paffrath, Prof. Dr. Rolf Lefering, Prof. Dr. Gerrit Matthes, Dr. Heiko Trentzsch, Dr. Christoph Wöfl, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann; Sektion NIS, AK TraumaRegister

Das TraumaRegister DGU® erfasst jährlich über 30.000 Datensätze von schwerverletzten Patienten und damit inzwischen fast flächendeckend die Qualität der klinischen Schwerverletztenversorgung. Dies hat zur Folge, dass gerade der Jahresbericht des TraumaRegister DGU® nicht nur allgemein, sondern auch lokal für die einzelne Klinik oder Region an Beachtung gewinnt. So finden sich gerade nach der Veröffentlichung der Jahresberichte Meldungen in der nicht-wissenschaftlichen Presse und Vorträge im lokalen Umfeld einzelner Kliniken über die Ergebnisse im TraumaRegister DGU® auch mit sensiblen Daten und Angabe von Mortalitätsziffern. Ein undifferenzierter Umgang mit solchen Daten kann zu falschen Schlüssen führen. Dies hat zu einer internen Debatte in verschiedenen Gremien der DGU über den Umgang der Qualitätssicherungsdaten des TraumaRegister DGU® geführt.

Mehr oder weniger Öffentlichkeit?

Die Sektion NIS mit dem AK TraumaRegister hat diese Debatte aufmerksam verfolgt und inhaltlich mit dem DGU-Vorstand abgestimmt. Einerseits ist nicht auszuschließen, dass Qualitätssicherungsdaten vordergründig zu Marketing-Zwecken „missbraucht“ werden können. Auf der anderen Seite sollten die Erfolge, die wir durch die Strukturierung der Trauma-Versorgung erreichen, der breiten Öffentlichkeit nicht vorenthalten werden. Ein breites, öffentliches Benchmarking einzelner Kliniken – „gegeneinander“ – ist im Prozess derzeit jedoch nicht vorgesehen. Eine „Entblindung“ der Daten einzelner Kliniken obliegt allenfalls den regionalen TraumaNetzwerk-Qualitätszirkeln in einem intern konsentierten Verfahren.

In diesem Spannungsfeld nimmt die Leitung der Sektion NIS nach Abstimmung mit dem DGU-Vorstand zu dieser Debatte wie folgt Stellung:

- Es ist grundsätzlich nicht möglich, einzelnen Kliniken oder Konzernen die Veröffentlichung ihrer eigenen Ergebnisse zu untersagen, um sich positiv darzustellen. Nicht zuletzt ist dies ja immanenter Bestandteil eines Benchmarking bzw. einer kostenpflichtigen Qualitätssicherung.
- Da für eine Qualitätssicherung die Datenqualität von entscheidender Bedeutung ist, wird diese auf der ersten Seite des Jahresberichtes dargestellt und der Leser wird bei schlechter Datendokumentation / -qualität direkt auf die eingeschränkte Nutzbarkeit dieser Daten hingewiesen.
- Im kommenden Jahresbericht 2015 für das Jahr 2014 wird daher auch ein Maß für die Datenqualität – insbesondere hinsichtlich Vollständigkeit wesentlicher Parameter – in den Berichten ausgewiesen.
- Um sicherzustellen, dass nur valide Informationen über die Ergebnisqualität einzelner Kliniken zur Publikation kommen, werden in Zukunft nur noch für die Kliniken die RISCII-Prognose und seine Relation zur tatsächlichen Mortalität veröffentlicht, wenn bei über 90% der Fälle die Prognose errechnet werden kann und die Daten in allen für den Score relevanten Variablen insgesamt in > 80% eingetragen sind.
- Zusätzlich besteht die Tendenz, dass auch Leichtverletzte in das Register eingeschlossen werden. Die Ergebnisqualität im Sinne von standardisierten Mortalitätsraten

ist allerdings für Schwerverletzte besonders interessant. Daten über die Prozess- und Versorgungsqualität (z. B. Zeit bis CCT) sind hingegen für alle Patienten von gleichem Interesse. Daher werden in Zukunft für alle Patienten im Register die Parameter der Struktur- und Versorgungsqualität (z. B. Schockraumzeiten, etc.) weiter wie gewohnt ausgewiesen. Die standardisierten Mortalitätsraten als entscheidender Parameter der Ergebnisqualität wird nur noch von Patienten mit einem ISS ≥ 16 – entsprechend der am weitesten verbreiteten internationalen Beschreibung – und einer durch die NIS ggf. weiter spezifizierten Schwerverletzten-Definition in den Berichten ausgewiesen werden.

Umstrukturierung

Durch diese Umstrukturierung des Jahresberichts hoffen die Verantwortlichen, sowohl den nachvollziehbaren Belangen der eingebenden Kliniken als auch den Zuständigen für das TraumaRegister DGU® gerecht zu werden, deren Fokus auf Datenqualität und Datenvollständigkeit liegt.

Unabhängig von diesen Regelungen ruft die DGU alle teilnehmenden Kliniken zu einem verantwortungsvollen und wahrheitsgemäßen Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätsberichte auf. Nur so kann auch zukünftig die weltweite Vorbildfunktion des TraumaRegister DGU® aufrechterhalten werden.



FOCUS-Gesundheit mit Ärzteliste

Ärzteliste Unfallchirurgie: Wichtige Orientierungshilfe

Im Mai 2015 ist die aktuelle Focus-Gesundheit-Ausgabe „Herz & Gelenke“ erschienen. Erstmals mit dabei: eine Ärzteliste „Unfallchirurgie“. Prof. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), sprach in einem Kurzinterview über die Bedeutung dieser Liste und die Relevanz für die Patienten.



Prof. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär DGU

Herr Professor Hoffmann, in der aktuellen Focus-Gesund-Ausgabe „Herz & Gelenke“ gibt es die Ärzteliste „Unfallchirurgie“. Sie haben sich als DGU-Generalsekretär für diese gesonderte Liste neben den üblichen Listen zur Hüft-, Hand-, Knie-, Wirbelsäulen- und Schulterchirurgie eingesetzt. Warum?

Die Unfallchirurgie deckt in Deutschland einen ganz wesentlichen Anteil der Akutversorgungen von Verletzungen aller Körperregionen ab. Dies gilt ne-

ben Sport- und Weichteilverletzungen besonders für Knochen-, Wirbelsäulen- und Gelenkbrüche. Diese umfassenden Behandlungen sind komplex und erfordern große Erfahrung und operativ-handwerkliches Geschick – immer mit dem Anspruch einer möglichst vollständigen Wiederherstellung des Patienten. Diese Expertise war in den bisherigen Listen nicht ausreichend abgebildet. Außerdem führen die Unfallchirurgen komplizierte rekonstruktive Eingriffe bei Störungen von Heilverläufen aus. Dies gilt beispielsweise auch für das Einsetzen von Kunstgelenken bei frischen oder fehlerheilten Gelenkbrüchen. Derartige Eingriffe sind technisch sehr anspruchsvoll. Auch dies kam in den Listen bisher zu kurz.

Ein Unfall kommt unerwartet. Der Betroffene benötigt sofort Hilfe und kann sich vorher nicht informieren. Er muss sich darauf verlassen, dass er gut versorgt wird. Warum hilft die Ärzteliste dem Patienten dennoch?

Patienten mit schweren Verletzungen sind oftmals mit einem über mehrere Monate oder Jahre andauernden Heilungsprozess konfrontiert. Dabei sind die auftretenden Verletzungsmuster vielschichtig, die Kombination der Verletzungen immer wieder anders. In der Liste wird beispielsweise die besondere Expertise für komplexe Korrektur-

griffe und Infektionen gewürdigt. Für Patienten mit langen Genesungszeiten und schwierigen Heilungsverläufen nach Verletzungen stellt die Liste daher schon eine wichtige Orientierungshilfe dar.

Muss man sich Sorgen machen, wenn man nicht auf der Liste steht?

Nein. Denn das bedeutet nicht, dass nicht gelistete Ärzte nicht auch sehr gute Experten in der Akutversorgung von Verletzungen aller Art sind. Die Bewertungskriterien für eine Listung sind aber sehr vielschichtig und umfangreich. Sie beziehen neben dem Behandlungsspektrum auch wissenschaftliche Aktivitäten, Bewertungen von Patienten und Kollegen und eben Top-Spezialisierungen ein.



Susanne Herda, Pressereferentin DGOU, stellte die Fragen.

VLOU-Workshop in Berlin



Der 14. VLOU-Workshop fand in diesem Jahr am **16./17. Januar 2015** erstmals in Berlin statt. Getagt wurde im Crowne Plaza City Hotel im Zentrum von Berlin, direkt zwischen Kurfürstendamm und Bahnhof Zoo, wo das Preis-Leistungs-Verhältnis deutlich besser ist als im Frankfurter Raum. Zudem stand uns in diesem Jahr erstmals ein großer, tagesbelichteter Veranstaltungssaal mit einem separaten Pausenfoyer zur Verfügung, womit für jeden Einzelnen neben ausreichendem Platz auch eine gute Sicht gewährleistet war. Da die Diskussionen in den Pausen einen hohen Stellenwert genießen, wurde dieser Tatsache durch adäquate Pausenlängen und ein leicht reduziertes Programm die entsprechende Bedeutung beigemessen. Trotz der zentralen Lage des Hotels und den zahlreichen Alternativen in der Hauptstadt nahm eine große Zahl der Kolleginnen und Kollegen auch am gemeinsamen Abendessen teil. Die insgesamt von den Teilnehmern als sehr gelungen bezeichnete Veranstaltung wurde abgerundet durch eine vorzügliche Küche, das sehr freundliche Personal, den guten Service und die ansprechenden Zimmer des Hotels. Die Resonanz der etwa 200 Teilnehmer war somit trotz des teilweise weiten Anfahrtsweges sehr positiv, worüber wir uns sehr freuen.

Schwerpunkte

Thematische Schwerpunkte in diesem Jahr waren neben der Weiterbildung und Departmentbildung / Neuausrichtung, juristische Aspekte bzgl. Teilzeitarbeit, Personalgesprächen und dem Patientenrechtegesetz. Weiterhin wurden die Mitarbeitermotivation und das Klinikmanagement adressiert und es gab Berichte aus der BÄK, der PKV und der KBV. Das Grundsatzreferat von Herrn Schiltenwolf beschäftigte sich in diesem Jahr mit dem Thema „Die Angst des Arztes“.

Im 1. Forum mit dem Thema „Weiterbildung“ referierte Herr Prof. Lazovic über die **Erteilung von Teilweiterbildungs-**

ermächtigungen an nachgeordnete Ärzte sowie über den aktuellen Stand der Weiterbildung. Er erläuterte neben den Zielen und Grundprinzipien der Weiterbildung auch die Rahmenbedingungen, unter denen eine Ermächtigung zur Weiterbildung nur erteilt werden kann. Wesentlich hierbei ist, dass niemand weiterbilden kann, der selbst in der Weiterbildung steht. Somit kann man nicht gleichzeitig einen Oberarzt in der speziellen orthopädischen Chirurgie fortbilden und ihn gleichzeitig zum Fortbilder z.B. im Bereich der Kinderorthopädie benennen. Zum aktuellen Stand der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung wurde klar, dass diese in absehbarer Zeit nicht umgesetzt werden wird, da auch auf dem deutschen Ärztetag 2014 noch kein Beschluss der Novellierung gefasst wurde.

Herr Dr. Heberer referierte aus juristischer Sicht über **Ärztinnen in der Weiterbildung**. Neben der Darstellung der Pflichten des weiterbildenden Arztes und der notwendigen Inhalte des Weiterbildungszeugnisses wurde auch die mögliche Befristungsdauer für eine einmalige Weiterbildungszeit benannt. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Einvernehmen mit dem Weiterbildungsassistenten die Zeiten von Beschäftigungsverboten und Elternzeit nicht auf die Befristung anzurechnen seien. Zum Mutterschutz gibt es zahlreiche Regelungen. Herr Heberer wies darauf hin, dass die Schwangere ihre Schwangerschaft nach § 5 des Mutterschutzgesetzes anzeigen **solle**, da die Schutzpflichten den Arbeitgeber nur bei Kenntnis der Schwangerschaft treffen. Beschäftigungsverbote liegen dann vor, wenn Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet sind. Verboten sind Nacharbeit zwischen 20.00 und 6.00 Uhr. Weiterhin verboten sind Mehrarbeit, d.h. Arbeitszeiten von mehr als 8,5 Stunden pro Tag. Sonn- und Feiertagsarbeit sind nur erlaubt, wenn in jeder Woche einmal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindes-

ten 24 Stunden im Anschluss an eine Nachtruhe gewährt wird.

Frau Dr. Maya Niethard referierte als Leiterin der Sektion Familie und Beruf im Jungen Forum über die **chirurgische Tätigkeit trotz Schwangerschaft** und stellte sehr anschaulich das Problem der schwangeren Kolleginnen in Ausbildung, aber insbesondere auch in verantwortlicher Position, dar. Zu der Frage „Wann erzähle ich es meinem Chef?“ empfahl sie schwangeren Kolleginnen, dass sie darüber informieren sollten, aber nicht zur Information verpflichtet seien.

Fazit:

1. Empfehlenswert ist eine frühzeitige, offene und ehrliche Kommunikation
2. Schwangere sollen den Schutz erhalten, der für sie erforderlich ist
3. Die Schwangere soll frei entscheiden, ob sie weiter operativ tätig sein möchte oder nicht

Departmentbildung

Das Forum B beschäftigte sich mit **Departmentbildung** und der **Klinik-Neuausrichtung**. Herr Dr. Schläger berichtete am Beispiel seiner Klinik, in der er als ein Department leitender Oberarzt tätig ist, über mögliche Wege der Departmentbildung, insbesondere auch in Hinblick auf das zukünftige Ausscheiden des Chefarztes. Im nachfolgenden Beitrag berichtete Herr RA Labenski über die **Möglichkeiten der Departmentbildung aus juristischer Sicht**. Er erläuterte noch einmal den aus seiner Sicht existierenden Unterschied zwischen einem Department und einer Sektion. Während das Department eine komplett eigenständige Abteilung ist, dessen Nachteile u.a. bei der Kostenintensität, Schnittstellenproblematik und der Gesamtverantwortung im Krankenhaus zu sehen sind, ist der Sektionsleiter ein in medizinisch-fachlicher Hinsicht eigenverantwortlicher Arzt, der aber der Weisung und Organisation des Chefarz-

tes der Klinik untersteht. In diesem Zusammenhang wies Herr Labenski auf die umgekehrte Poolbeteiligung hin, die den verantwortlichen Chefarzt an den Pool-einnahmen beteiligt.

Herr Prof. Lüring rundete dieses Forum ab, indem er die Ergebnisse der **Umfrage** präsentierte, die mit Hilfe des VLOU **unter leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen** erhoben wurde, um herauszufinden, was sich Ärzte in leitender Position vorstellen und wünschen. Er resümierte, dass von der zunehmenden Unzufriedenheit der Ärzte nun auch die Führungsetage betroffen sei. Die Zufriedenheit der Chefärzte korreliere eindeutig mit Karriereerfolg, Innovationsmöglichkeit, Lifestyle sowie zeitlichen Freiräumen für Forschung und persönliche Entwicklung. Das Anreizsystem der Zielvereinbarung für Leistungssteigerungen sei kontraproduktiv. Aktuell gäbe es mehr und mehr Zielvereinbarungen mit weichen Zielen. Beim Gehalt sei ein Wandel im Sinne eines hohen fixen und niedrigen variablen Anteils festzustellen.

Für das **juristische Forum** konnten wir wie gewohnt RA Müller und RA Dr. Hülsemann gewinnen. Abgerundet wurde dieser Block durch den Beitrag von Richter Peter Thurn vom OLG Köln. Herr Dr. Hülsemann schilderte noch einmal die juristische Sichtweise auf die enorme Arbeitsbelastung der Chefärzte und sah es als primäres Ziel an, weniger eine **Teilzeittätigkeit** als vielmehr eine Reduktion der Tätigkeit auf 100% anzustreben. Die Nachteile der Teilzeitarbeit lägen im Mehraufwand bei der Personaleinsatzplanung und Arbeitsübergabe sowie dem Ansteigen von arbeitsrechtlichen Schwellenwerten. Die Vorteile aus Sicht des Arbeitgebers lägen eindeutig im flexibleren Personaleinsatz bei Arbeitszeitspitzen und in der Kostenersparnis durch Überlagerung von Fortbildung in die Freizeit der Arbeitnehmer. Ein weiterer Vorteil läge im weniger ausgebrannten Personal. Die Nachteile der Teilzeit aus Sicht des Arbeitnehmers lägen in der Verlagerung von Arbeit in die Freizeit und einem geringeren Entgelt. Zudem gäbe es derzeit noch kein Rückkehrrecht in die Vollzeit. Vorteilhaft für Arbeitnehmer seien eindeutig die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die geringere Belastung.

RA Müller referierte in gewohnter Art und Weise über **fachübergreifende**

Bereitschaftsdienste und den **juristischen Stellenwert von Personalgesprächen**. Er erläuterte bei der Einteilung in die Bereitschaftsdienste die Begriffe des Auswahlverschuldens, des Überwachungsverschuldens und des Organisationsverschuldens. Als Prophylaxe, um möglichem Ärger aus dem Weg zu gehen, gab er klare Empfehlungen: Personaleinsatz nur von verwandten Fachgebieten, kein Einsatz von Berufsanfängern, Entwicklung eines Konzeptes für fachspezifischen Hintergrunddienst, Einsatz von qualifiziertem und erfahrenem Pflegepersonal, Durchführung von speziellen theoretischen und ggf. auch praktischen Schulungen, Veranlassung von individuellen Dienstanweisungen z.B. mit Konsultationszwang in Zweifelsfällen. Den Beitrag zu den Mitarbeitergesprächen beendete Herr Müller mit dem Zitat „Gespräche sind wichtig – aber nicht alles, was wichtig ist, ist juristisch bedeutsam“.

Patientenrechtgesetz

Für das dritte Thema im juristischen Forum **„Fragen der Patientenaufklärung und Dokumentationspflicht im neuen Patientenrechtgesetz“** konnten wir Dr. Peter Thurn, Vorsitzender Richter am OLG Köln gewinnen. Herr Thurn empfahl dringend, im Rahmen der Sicherheitsaufklärung deutlich und notfalls drastisch aufzuklären und großzügig zu dokumentieren. Wichtig sei, über alle typischen Risiken aufzuklären – dieses müsse zwingend mündlich und rechtzeitig erfolgen. Wesentlich seien die Dokumentation und individuelle Eintragungen, was er an Beispielen erläuterte. Außerdem sollte im Rahmen der Selbstbestimmungsaufklärung auch auf weniger Selbstverständliches eingegangen werden, z.B. wie realistisch die Chancen des Eingriffs seien, ob der Patient sich übertriebene Hoffnungen mache, ob die Risiken angemessen geschildert würden und auch, wie die Alternativen aussähen. Wichtig sei es, keine Versprechungen zu machen und den Erfolg der Operation nicht schönzureden. Die Angabe von Prozentzahlen sollte unbedingt vermieden werden, da dieses häufig zu juristischen Auseinandersetzungen führe. Ratsam wäre in jedem Fall, die Einholung einer Zweitmeinung anzubieten. Insgesamt sei es von hoher Bedeutung, alle in Betracht kommenden Behandlungsalternativen zu erörtern, da diese eine große Bedeutung im Arzthaftungsprozess hätten.

Im nachfolgenden Grundsatzreferat referierte Herr Prof. Schiltenswolf in einem beeindruckenden Vortrag über die Angst des Arztes. Beim anschließenden gemeinsamen Abendbuffet im Wilson Restaurant des Hotels trafen sich eine Vielzahl der teilnehmenden Kollegen. Dabei überzeugte uns der Küchenchef von seinem Können. Auswahl und Qualität der Speisen waren hervorragend. Zudem zeigte es uns, dass auch in Berlin eine gemeinsame Abendgestaltung von den Teilnehmern gewünscht und für intensive Gespräche in nettem Rahmen genutzt wird.

Mitarbeitermotivation

Das erste Forum am Samstag trug die Überschrift **„Mitarbeitermotivation“**. Herr Dr. Kreytsch berichtete über „Die Arbeitsverdichtung und Mitarbeitermotivation – unüberbrückbare Gegensätze?“. Vorteil in Orthopädie und Unfallchirurgie sei, dass es sich dort häufig um Standardprozesse handele, was auch die Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen, insbesondere der Pflege, erleichtere. Wichtig sei es, interne Ressourcenkonflikte zu vermeiden und stattdessen auf Förderung, Weiterqualifizierung und Wertschätzung der jüngeren Kollegen zu setzen – und vor allem das Loben nicht zu vergessen. Zudem sei ein wichtiges Ziel die Förderung von Department- und Sektionsstrukturen. In den DRG's liege seiner Ansicht nach viel motivationszerstörendes Potenzial, da sie schwerwiegende Veränderungen in der Krankenhausstruktur und in den Behandlungsabläufen der Patienten erfordern. Andererseits würden sie aber auch ein Potenzial zur effektiven und erlösbringenden Patientenbetreuung beinhalten und könnten mit angemessenen organisatorischen Reaktionen ressourcensparend und motivationserhaltend wirken.

Im darauffolgenden Vortrag referierte Dr. Tilman Clausen über die **Rechtslage bei Poolbeteiligungen** und erläuterte hier die Inhalte des Berufsrechtes, die föderal sehr unterschiedlich betrachtet würden. Auch wenn die Mitarbeiterbeteiligungen in der Berufsordnung der Landesärztekammern geregelt wären, so würde die Beschwerde bei der Ärztekammer häufig zu keinem Zahlungsanspruch des nachgeordneten Arztes führen. Ansprüche des Krankenhausträgers auf Zahlung gegen den verpflichteten Arzt bedürften immer

Aus den Verbänden

einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung. Dies gelte auch für die Ausgestaltung einer Poolbeteiligung und einer Poolordnung. Die nachgeordneten Mitarbeiter hätten nur gegen den Krankenträger einen Anspruch auf Mitarbeiterbeteiligung, wenn dies arbeitsvertraglich vereinbart sei. Ein Direktanspruch von Arzt zu Arzt gäbe es nicht. Bezüglich der Ausgestaltung der Mitarbeiterbeteiligung müssten diese billigem Ermessen entsprechen und dürften nicht willkürlich sein. Es käme aber grundsätzlich auf den Einzelfall an, um die Angemessenheit der Mitarbeiterbeteiligung beurteilen zu können.

Im Forum F wurden Berichte aus BÄK, PKV und KBV zusammengetragen. In den beiden ersten Vorträgen berichteten Frau Dr. Giebmanns-Sitte von der Allianz Private Krankenversicherung und Dr. Theodor Windhorst von der BÄK über den **aktuellen Stand der GOÄ**. Es wurde sehr schnell klar, warum die GOÄ aus Sicht der PKV strukturierter sein müsste und es wurden einige Beispiele für mögliche Abrechnungsmodifikationen aufgezeigt. Frau Giebmanns-Sitte wies darauf hin, dass in Zusammenarbeit mit dem VLOU und der Ärztekammer eine klare Struktur insbesondere im Bereich der Endoprothetik erarbeitet wurde.

Neue GOÄ in weiter Ferne?

Herr Dr. Windhorst führte aus, dass das seinerzeit angedachte Zeitleistungsprinzip nun eher gelockert worden sei. Seine Äußerungen darüber, dass bisher nicht klar sei, ob sich eine neue GOÄ wirklich durchsetzen wird und dass um die Steigerung zwar gerungen würde, es aber, wenn überhaupt, nur eine moderate Steigerung geben könne, wurden im Auditorium mit Verwunderung aufgenommen. Ein weiteres Einfrieren der GOÄ ist aus Sicht der Teilnehmer angesichts der kontinuierlichen Anpassung der Gebührenordnung für Anwälte und Architekten schlichtweg inakzeptabel.

Fazit: Sicher ist derzeit nur, dass es derzeit noch unsicher ist, ob eine neue GOÄ kommt und wenn ja, wie diese aussieht!

Andreas Gassen berichtete als Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über „**Aktuelles aus der KBV**“ und hier insbesondere über Arztzahlen und die dadurch entstehende

Herausforderung für die Sicherstellung sowie über die aktuelle Gesetzgebung. So sind eindeutige Trends festzustellen, wie z.B. ein deutlich steigendes Durchschnittsalter, sinkende Weiterbildungszahlen (vor allem in den grundversorgenden Fächern), mehr Angestelltenverhältnisse, mehr Teilzeitbeschäftigte, mehr Frauen in der Versorgung und infolgedessen ein höherer Ersatzbedarf. Laut Statistik geben immerhin 7,8% der Studierenden an, den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie wählen zu wollen. Damit steht unser Fachgebiet nach innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie und Chirurgie auf Platz 6. Die Kriterien bei der Berufswahl sind, wie mittlerweile oft zu lesen, eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Abwechslung im Job, geregelte bzw. flexible Arbeitszeiten und ein gutes Einkommen. Im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung wies Andreas Gassen auf das Versorgungsstärkungsgesetz und dessen Auswirkungen hin. Des Weiteren wurden das Präventionsgesetz sowie das i-Health-Gesetz angeführt.

Klinikmanagement

Das abschließende Forum befasste sich mit dem **Klinikmanagement**. Frau Skiba berichtete in ihrem Vortrag „MDK-Anfragen: Strategien aus Sicht des Krankenhauses?“ über sinnvolle Vorgehensweisen im Umgang mit den ständig zunehmenden MDK-Anfragen. Die Neuerungen, die ab 1.1.2015 gelten, wurden dabei ausführlich erläutert. So habe sich die Verfahrensdauer deutlich verkürzt, weshalb aber auch die Unterlagen seitens des Krankenhauses nun binnen 4 Wochen zu liefern seien. Die maximale MDK-Prüfdauer beträgt 9 Monate. Eine nicht vollständige Aktenlieferung bedingt automatisch eine Anerkennung der Fallprüfung. Im Weiteren stellte Frau Skiba die Vorgehensweisen am Beispiel des Herzogin-Elisabeth-Hospitals in Braunschweig dar.

Im letzten Vortrag in diesem Block berichtete Frau Dr. Busley vom medizinischen Dienst des Spitzenverbandes über „**Kooperation oder Konfrontation – wie tickt der MDK?**“ und führte aus, dass die Aufgabe des MDK darin bestünde, die Krankenhausrechnungen auf Einhaltung der Regelwerke sowie das wirtschaftliche Verhalten des Leistungserbringers zu überprüfen. Durch seine intensive Mit-

arbeit übernehme der MDK Verantwortung bei der Fortentwicklung von Leistungskatalogen und Abrechnungsregeln. In diesem Zusammenhang wies Frau Busley darauf hin, dass beim MDK mehr und mehr hochspezialisierte, langjährig klinisch tätige Fachärzte beschäftigt seien. Die Arbeitsweise des MDK beschrieb sie als „hart in der Sache“ – trotzdem bemühe man sich aber um größtmögliche Transparenz und Kommunikation sowie Kooperation in der Systementwicklung.

Das ursprünglich geplante Abschlussreferat von Herrn Fleischer (Thema: Delegation von ärztlichen Leistungen) musste aus Krankheitsgründen leider ausfallen.

Die mittlerweile ausgewertete Evaluation, die alljährlich erhoben wird, erbrachte ein sehr positives Feedback sowohl zum Veranstaltungsort als auch zum Workshop-Programm. Dies zeigt, dass unsere Jahrestagung mit einem Mix aus qualitativ hochwertigen Referaten, hochkarätigen Referenten und der Möglichkeit zum persönlichen Gedankenaustausch aus gutem Grund einen festen Platz im jährlichen Tagungskalender hat und sowohl bei erfahrenen als auch bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen in leitender Funktion gleichermaßen beliebt ist.

Alle Vorträge sind für VLOU-Mitglieder wie gewohnt auf der Website www.vlou.de abrufbar.

Der kommende Workshop findet vom 15. – 16. Januar 2016 wieder im Crowne Plaza Hotel in Berlin statt.



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



Peter Aldinger, Michael Clarius, Joachim Herre, Jürgen Martin
Künstliches Kniegelenk
 Fragen an die Spezialisten
 Springer MEDIZIN©Urban & Vogel GmbH, 2015
 Preis: 16,99 Euro

Auch für Patienten geeignet

Der seit ca. eineinhalb Jahrzehnten als Standard angewandte Kunstgelenkersatz des Kniegelenkes – inzwischen überwiegend als Oberflächenprothese ausgeführt – ist mittlerweile zum Routineeingriff mit guten Ergebnissen ausgereift; die Autoren lassen jedoch deutlich durchblicken, dass die Ergebnisqualität einen Bezug zur Fallzahl einerseits und zur Team-Qualität, von der Vorbehandlung durch Haus- oder Facharzt über den operativen Sektor bis zur Physiotherapie und Rehabilitation, andererseits hat. Dem steht eine gewissermaßen auch schon spezialisierte Erwartung der Patienten gegenüber, die freilich nur optimale Ergebnisse, oft unter Ausblendung des Ausgangszustandes, anerkennen will.

Die vorliegende Schrift, auf breiter praktischer Erfahrung fußend, wendet sich zuerst an diese Patienten mit einer zeitlich wie inhaltlich weit umfassenden Aufklärung, mit deren mitunter bis ins Einfache und Selbstverständliche reichenden Darstellung die Knie-Endoprothetik. Jedem verständlich, auf fachinterne Erörterungen bewusst verzichtend, erklärt wird. Das darf getrost als Fortschritt i.S. der Compliance bewertet und begrüßt werden. Sie gibt aber auch dem vorbehandelnden/ einweisenden, nicht zuletzt dem Kliniker eine willkommene Handlungsanleitung.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau



Hettenkofer Hans-Jürgen, Schneider M., Braun J.
Rheumatologie
 6. Aufl. 2015, Thieme
 Preis: 139,99

Standardwerk überarbeitet

Der „Hettenkofer“ gilt seit Jahrzehnten als das kompakte Lehrbuch der Rheumatologie in Deutscher Sprache. Die mittlerweile 6. Auflage hat seit der letzten Auflage von vor 10 Jahren eine gründliche Überarbeitung erfahren, welche aufgrund der rasanten Entwicklung der Immunologie dringend erforderlich war. Das Verständnis der Entstehung der rheumatischen Erkrankungen wurde durch die Ergebnisse der Grundlagenforschung zur autoimmunologischen Entzündungsreaktionen in den letzten 15 Jahren erheblich vertieft und deren Therapie durch Einführung der, auf der Basis dieser Erkenntnisse entwickelten, Biologika entscheidend verbessert. Auch in der neuen Auflage wurde die klassische Gliederung des Lehrbuches beibehalten.

Diese ermöglicht es dem Leser, sich dem Fachgebiet systematisch zu nähern, er findet aber auch ihn interessierende Teilaspekte schnell wieder. Die Teilgebiete Immunologie, internistische klinische Rheumatologie und orthopädische Rheumatologie werden auf Facharztniveau dargestellt. Das Buch eignet sich daher für Assistenzärzte als kompaktes ausbildungsbegleitendes Lehrbuch und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung ebenso wie für den erfahrenen Rheumatologen zur Rekapitulation einzelner Aspekte. In seiner prägnanten Darstellung ist dieses Lehrbuch weiterhin das deutschsprachige Standardwerk zur Rheumatologie.

Dr. Ralph Gaulke, Hannover



Schmitt R., Lanz U.
Bildgebende Diagnostik der Hand
 Thieme Verlag Stuttgart.
 3. Auflage 2015.
 Preis: 199,99 Euro

Umfangreich und voluminös

Warum ist ein so gewichtiges Werk für eine scheinbar so überschaubare anatomische Region sinnvoll, gar notwendig? Ein besseres biomechanisches Verständnis sowie der Wunsch nach präziser eingesetzten Operationsverfahren machen eine weit differenziertere Anforderung an die Bildgebung und insbesondere Schnittbildgebung notwendig. Daher wurden in der Neuauflage Kapitel zur bildgebenden Anatomie sowie in vielen Kapiteln eine kurz gefasste klinische Anatomie integriert, technische Hinweise zur Durchführung radiologischer Verfahren gegeben und die in der Praxis mehr noch als in der Klinik bewährte Sonographie deutlich aufgewertet. Neben den bekannten radiologischen Untersuchungstechniken wurden auch arthroskopische und sonographische Aspekte eingearbeitet, bevor ein offenbar nicht nur für Orthopäden und

Chirurgen relevantes Thema, nämlich funktionelle Aspekte an Handwurzel, Mittelhand und Fingern, eigens besprochen wird. Mehr und mehr wird auch klar, dass postoperativ spezifische Untersuchungen zu berücksichtigen sind. Dem wachsenden Handskelett und Normvarianten sind besondere Beachtung zu schenken. Zahlreiche, ganz überwiegend MRT- und Röntgenbilder, und Abbildungen zeigen die Optionen der hoch differenzierten Handchirurgie auf. In die Kapitel eingearbeitet finden sich zudem viele Abbildungen, die erst nach Scannen mittels Mobiltelefon online abgerufen werden können. Hierfür wird etwas viel Raum geopfert. Das vorliegende Werk lässt nichts zu wünschen übrig für alle, die sich fundiert mit den Händen beschäftigen.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München

Für Sie gelesen



Hans Zwiip/
Stefan Rammelt
**Tscherne Unfall-
chirurgie – Fuß**
Erste Auflage, Springer
Verlag 2015
Preis: 299 Euro

Ungeduldig erwartetes Lebenswerk

Der seit langem erwartete Tscherne zum Thema Fußchirurgie ist eine Dokumentation des Lebenswerkes von Hans Zwiip als Nestor dieses unfallchirurgischen Spezialgebietes. Gemeinsam mit Stefan Rammelt hat er seine über Jahrzehnte, im Verlauf einer äußerst dynamischen Entwicklung der Fußchirurgie gewachsenen Erfahrungen gesammelt und in Form gebracht. Und das Warten hat sich gelohnt. Nach einem einleitenden Kapitel über Untersuchungs- und Behandlungsverfahren werden in sechs weiteren Kapiteln alle Bereiche der Traumatologie des Fußes dargestellt. Die Verletzungen von Weichteilen und Sehnen, Ligamente, Knorpel und Knochen bis hin zum Komplextrauma und anspruchsvollen Rekonstruktionsverfahren sowie Systemerkrankungen. Dem

Leser liegt nun auf 800 Seiten mit wunderbaren farbigen Zeichnungen und klinischen Fotografien die Gesamtheit der Fußtraumatologie vor Augen. Sehr detailliert, aber immer übersichtlich, wird basierend auf der Anatomie und Pathomechanik die jeweilige Diagnostik, Klassifikation und Indikation erläutert. Ausführlich und nachvollziehbar erscheinen in der Folge die differenziert dargestellten Therapieverfahren, ergänzt durch Nachbehandlung, Komplikationsmanagement und Prognosen. Die Didaktik ist hervorragend und spiegelt sicherlich auch die langjährige Beteiligung der Dresdner Gruppe an den mittlerweile etablierten Kursen der D.A.F. wieder.

Dr. Martin Ihle, Berlin



Gaulrapp, Hartmut ; Binder, Christina (Hrsg.)
**Grundkurs Sonografie
der Bewegungsorgane**
Urban und Fischer bei Elsevier, 2. Auflage, 2015
Preis 79,99 €

Nachschlagewerk und Rückversicherung

Nach nur drei Jahren erscheint nun die zweite Auflage des „Grundkurses Sonografie der Bewegungsorgane“. Darin werden zunächst die von der deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) aktualisierten Standard Schnittebenen der unteren und oberen Extremität im Einband zusammengefasst. Die gelenkspezifischen Kapitel sind aufgeteilt in Abbildungen zur Anatomie sowie Ultraschallbilder auf der linken Bildseite und entsprechende Erklärungen auf der rechten Seite. Dies schafft Übersicht und erleichtert das Erkennen der Leitstrukturen in den Ultraschallbildern. Für die Praxis nützlich sind zusammengefasste Fragestellungen auf jeder Bilderseite, wann welche Schnittebenen überhaupt angewandt werden sollten. Das neue Werk „Aufbaukurs Sonografie der Bewegungsorgane“ widmet sich den gelenk-

spezifischen Sonopathologien und arbeitet durch den Vergleich zu Röntgen-, CT- und MRT-Bildern die Indikation für die jeweilige Bildgebung heraus. Es werden Beispiele häufiger Pathologien der oberen und unteren Extremitäten dargestellt sowie Tipps zur weiteren Diagnostik zusammengefasst. Fazit: Die zweite Auflage „Grundkurs Sonografie der Bewegungsorgane“ eignet sich als übersichtliches Nachschlagewerk in der Praxis, um bestimmte Schallebenen und entsprechende Leitstrukturen nachzuschlagen. Der „Aufbaukurs“ spricht hingegen bereits fortgeschrittene Schaller an, die sich hier Impulse für diagnostische Algorithmen holen oder ihre Befunde schlicht rückversichern möchten.

Dr. Christian Fischer, Heidelberg

**Aufbaukurs Sonografie
der Bewegungsorgane**
Urban und Fischer bei Elsevier, 2. Auflage, 2015
Preis: 89,99 €



Michael de Ridder
Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen
Deutsche Verlagsanstalt
Preis: 19,99 Euro

Wie sich die Medizin vom Menschen entfernt

Wird das, was heute als Medizin praktiziert wird, dem kranken Menschen gerecht? Michael de Ridder, langjähriger Notfallmediziner und Leiter der Rettungsstelle des Urban-Krankenhauses, meint: nein. Über die Missstände im Gesundheitssystem hat er ein Buch geschrieben. Patientenwohl und Empathie statt Cash flow, Fallpauschale und Bettenpolitik: Die Medizin ist einem Wandel unterworfen. Das Wohl des Patienten ist aus dem Blickfeld geraten, stattdessen wird ärztliches Handeln mehr und mehr von ökonomischen Vorgaben geleitet. Auf der Strecke bleibt dabei vor allem die Zeit: Zeit für ein Gespräch, Zeit für Zuspruch in der Einsamkeit schwerer Krankheit, Zeit für die Erläuterung von Eingriffen, Zeit für die Bewältigung von Angst. Michael de Ridders eindringli-

che Schilderungen führen den eklatanten Mangel an Menschlichkeit im Patientenalltag vor Augen. Sein unbestechliches Auge lenkt er auf viele neuralgische Themen des Alltags an Krankenbett und Operationstisch, und mit einer packenden Sprache stellt er dessen Selbstverständlichkeiten und Routinen in Frage. Doch er verharrt nicht nur in der Kritik. Er weist auch den Weg in eine patientenfreundlichere Zukunft und macht deutlich, wie verloren gegangenes Vertrauen zwischen Arzt und Patient wiedergewonnen werden kann. Nach seinem ersten Buch „Wie wollen wir sterben?“ lohnt es sich, die Ethik des Lebens in seinem zweiten Buch zu betrachten.

Ines Landschek, Berlin

Südafrika-Stipendium DGOOC 2016



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie schreibt für das Jahr 2016 zwei **Südafrika-Stipendien** in Höhe von jeweils

4.000,- Euro

aus.

Im Rahmen des ca. vierwöchigen Reise-Stipendiums werden verschiedene orthopädische Kliniken in Südafrika aufgesucht und der Kongress der South African Orthopaedic Association (SAOA) – üblicherweise zwischen September und De-

zember – besucht. Beim gegenseitigen Erfahrungsaustausch sollen Vorträge über eigene Forschungsaktivitäten gehalten werden. Die Stipendiaten erstatten nach Abschluss der Reise einen Bericht, der in der OUMN veröffentlicht wird.

Bewerber/Bewerberinnen sind Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie mit guten Englischkenntnissen, die das 40. Lebensjahr nicht überschritten haben sollten.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Darstellung des beruflichen Ausbildungsganges einschließlich wissenschaftlicher Ak-

tivitäten und spezieller Qualifikationen sind ausschließlich per Mail bis zum 31. Januar 2016 zu richten an die

*Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie unter
E-Mail: info@dgooc.de*

Die Bewerbungen werden an die Kommissionsmitglieder weitergeleitet.

Wissenschaftspreis 2015 der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik



Die **AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik** schreibt den **Wissenschaftspreis 2015** als Auszeichnung für eine innovative wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik aus.

Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen und alle Mitglieder der AE.

Eingereicht werden können ausschließlich Arbeiten, die in einem peer reviewed Journal publiziert oder zur Publikation angenommen worden sind. Die Publikation darf nicht älter als ein Jahr sein. Es

werden nur Arbeiten berücksichtigt, die nicht gleichzeitig für einen anderen Preis eingereicht oder bereits anderweitig ausgezeichnet worden sind. Die Dotierung beträgt

10.000 Euro

Die Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein und in 6-facher Ausfertigung bis zum **15.09.2015** bei der Geschäftsstelle der AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V., Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg, eingegangen sein.

Die eingereichten Arbeiten werden von einer unabhängigen Jury bewertet. Beim 17. AE-Kongress am 04./05. Dezember 2015 in Stuttgart sollte die/der Preisträger/in in einem Referat einen Überblick über die Arbeit geben.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Weitere Informationen:
Tel. 0761 / 45 64 – 7666
www.ae-germany.com

Wissenschaftspreis „Regionalisierte Versorgungsforschung“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) schreibt in 2015 erneut einen Wissenschaftspreis zur Förderung der Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung aus.

Mit dem Wissenschaftspreis sollen überdurchschnittlich gute Arbeiten auf dem Gebiet der Versorgungsforschung ausge-

zeichnet werden, die sich der Untersuchung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung gewidmet haben. Der Preis ist mit

5.000 Euro

dotiert und kann geteilt werden. Einsendeschluss für die Einreichung von Publikationen ist der **7. August 2015**.



Die Ausschreibung ist veröffentlicht auf der Website:

www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/VA-Wissenschaftspreis_Ausschreibung_V2_20150226.pdf
<http://www.versorgungsatlas.de> veröffentlicht.

Deutscher Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2015

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) loben im Jahr 2015 zum sechsten Mal den „Deutschen Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie“ (JOU) aus. Mit der Würdigung herausragender Publikationen aus den Medienbereichen Print, Rundfunk sowie Online-Medien möchten die Gesellschaften die Qualität der Berichterstattung über orthopädisch-unfallchirurgische Themen fördern und die wachsende Bedeutung des Faches in der Öffentlichkeit sichtbar machen. Bewerbungen können bis zum 30.08.2015 eingereicht werden. Der Preis ist mit insgesamt

5.000 Euro

dotiert. Er kann von der Jury auf mehrere verschiedene Arbeiten aufgeteilt werden.

Die eingereichten Beiträge sollen Themen zu Orthopädie und Unfallchirurgie behandeln und die Bedeutung von Erkrankungen und Verletzungen des Faches für die Zukunft der Gesellschaft kritisch sowie allgemeinverständlich darstellen.

Teilnahmevoraussetzungen:

Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Medium (Print, Hörfunk, Fernsehen, Online) im Zeitraum vom 01.09.2014 bis 30.08.2015 erschienen sein. Die Beiträge sollen sich durch gründliche Recherche, redaktionelle Unabhängigkeit, interessante Aufarbeitung und sachliche Korrektheit auszeichnen. Pro Autor/Autorin kann nur ein Beitrag eingereicht werden. Auch Autorentams können sich bewerben.

Bewerbungsunterlagen:

Die Bewerbung muss das ausgefüllte „Stammblatt JOU“ enthalten. Es steht zum Download zur Verfügung unter: <http://www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/deutscher-journalistenpreis.html>



Preisvergabe:

Der Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 20. Oktober 2015 in Berlin verliehen. Die Preisträger sollten im Rahmen des Kongresses für Presstertermine zur Verfügung stehen. Die Preisverleihung erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges.

Einsendeschluss und Kontakt:

Die Bewerbungsunterlagen sind bis zum **30.08.2015** einzureichen an:

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)
z. Hd. Sabine Franzke-Helmts
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
E-Mail: presse@bvou.net

Ausschreibung der Stiftung „Hufeland-Preis“ für Arbeiten auf dem Gebiet der Präventivmedizin

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis 2015“ zu bewerben. Der „Hufeland-Preis“ ist mit

20.000 Euro

dotiert und wird für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin vergeben. Er kann auch zwei Arbeiten, die als gleichwertig anerkannt worden sind, je zur Hälfte zugesprochen werden.

Die Vergabe des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zur Durchführung dieser Ausschreibung wurde ein Kuratorium gebildet, in dem vertreten sind:

- Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), Berlin
- Die Bundeszahnärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern), Berlin

- Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn
- Die Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln

Die Bewertung der Arbeiten wird durch ein Preisrichterkollegium vorgenommen, dessen Mitglieder vom Kuratorium bestellt werden.

Der Preis wird von der Deutschen Ärzteversicherung AG, Köln, gestiftet.

Thema

Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge bzw. der auf Prävention bezogenen Versorgungsforschung,

- der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind, oder
- der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krank-

heiten oder Schäden, die bei vielen Betroffenen die Lebenserwartung beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können,

zum Inhalt haben und geeignet sein, die Präventivmedizin in Deutschland zu fördern.

Einsendeschluss und Kontakt

Die Arbeit ist bis zum **31. Oktober 2015** an folgende Anschrift zu senden:

„Hufeland-Preis“
Notar Dr. Christoph Neuhaus
Kattenbug 2, 50667 Köln

Ausschreibung

unter: www.dghm.org/m_644



STIFTUNG HUFELAND-PREIS
DER DEUTSCHEN ÄRZTEVERSICHERUNG
ZUR FÖRDERUNG DER PRÄVENTIVMEDIZIN

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

Als Veranstalter 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.

Facharztvorbereitungs- Refresherkurs Berlin 19. FAB 2015						
Die Akademie Deutscher Orthopäden und die Firma Ottobock vergeben zwei Stipendien für den Facharztvorbereitungs-Refresherkurs für Orthopädie und Unfallchirurgie (FAB) . Interessenten sind aufgerufen ihre Bewerbung hierfür mit Lebenslauf unter Angabe von Zusatzqualifikationen bis einschließlich 30.09.2015 in elektronischer Form an info@institut-ado.de zu richten.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	30.11.– 05.12.2015	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590 € ¹ 790 € ²	47

Rheuma-Zertifizierungskursreihe I/II/III in 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	22.10.2015	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
Rostock	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	28.–29.08.2015	Dr. Schwokowski		Kurs II 150 € ¹ 175 € ²	16
Berlin	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	23.–24.10.2015	Dr. Schwokowski		Kurs III 200 € ¹ 250 € ²	16
Köln	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	Sept./Okt.	Dr. Schwokowski			16

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

Rheuma Refresherkurse						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Auffrischung der Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III	19.09.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Refresher zum DKOU 48€ ¹ 58€ ²	nur ADO
Berlin	Auffrischung der Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III	21.10.2015	Dr. Schwokowski		Refresher Samstagskurse 150€ ¹ 175€ ² Refresher Mittwochs-kurse 100€ ¹ 125€ ²	Zusatzpunkte für das Zertifikat zum RheFO

Seminar Konservative Orthopädie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Orthopädische Rheumatologie – das Konservative in der Orthopädie	03.–04.07.2015	Dr. Schwokowski Prof. Rüter	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	175€ ¹ 200€ ² Assistenzärzte u. a. 125€	9 ADO Zusatzpunkte für das Zertifikat zum RheFO

ORFA – Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin – Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	ORFA - Kursreihe	2015 / 2016	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 & 7 BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 50€ Nichtmitglieder 75€ Modul 2 bis 6 BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 150€ Nichtmitglieder 175€	0

ORFA-Refresherkurs						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Refresherkurs der Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin	07.11.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 125€ Nichtmitglieder 150€	0

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Basiskurs Manuelle Medizin						
Im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen in Kooperation mit der MWE, technische und theoretische Grundlagen in Form von Workshops						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Thema Manuelle Medizin	11.-12.09.2015	Reinhard Deinfelder, Sergej Thiele	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	160€ ¹ 190€ ²	n. n.
Kurs Kindertraumatologie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	11.-12.12.2015	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-Logic-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
Crashkurs (nur für Ärzte)			Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ ¹ 230€ ² Crashkurs 120€	n. n.
Berlin	Obere & Untere Extremitäten, HWS, LWS / BWS	20.10.2015				
Tapingkurs 1						
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	09.-10.10.2015				
Tapingkurs 2						
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	20.-21.11.2015				
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	n. n.

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

DKOU 2015- Kursangebote							
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte	
Berlin	K-Logic-Taping-Crashkurs	20.10.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	60€ ¹ 75€ ²	n. n.	
	Rheuma-Refresherkurs	21.10.2015	Dr. Schwokowski		48€ ¹ 58€ ²		
	Manuelle Medizin-Refresher	21.10.2015	Reinhard Deinfelder		40€		
	Säuglingssonografie	21.10.2015	Susanne Fröhlich		48€ ¹ 58€ ²		
	Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG	22.10.2015	Dr. Meichsner		125€ inkl. Kursunterlagen und Verpflegung		
	Extrakorporale Stoßwellen (Sinfomed)	22.10.2015	Dr. Hansen		125€		
	Englisch Workshop – Fake communication	22.10.2015	Eveline Goodman		kostenlos		0
	Untersuchungs- & Injektionstechniken an der unteren Extremität	22.10.2015	Dr. de Jager		40€ ¹ 50€ ²		n. n.
	Kurs I Früharthritiden in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	22.10.2015	Dr. Schwokowski		125€ ¹ 150€ ²		6
	DIGEST Fachkunde ESWT Modul 2	23.10.2015	Dr. Gerdemeyer Dr. Ringeisen		290€ DIGEST Mitglieder 310€ ¹ 330€ ²		11
	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	23.–24.10.2015	Dr. Schwokowski		200€ ¹ 250€ ²		16
	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	24.10.2015	Dr. Jahn		150€ ¹ 200€ ²		9
	DIGEST Fachkunde ESWT Modul 4	24.10.2015	Dr. Schaden Dr. Ringeisen		290€ DIGEST Mitglieder 310€ ¹ 330€ ²		11
Röntgen UpDate	24.10.2015	Dr. Abt Dr. Banzer Dr. Neumann	130€ ¹ 150€ ²	8			

ADO Kooperationen

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

3D / 4D Messverfahren ist ein zusätzlicher diagnostischer Baustein bei der Patientenuntersuchung, komplementiert wird dies durch das neue Seminar der dynamischen Wirbelsäulenvermessung 4D-motion.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fulda	4D-motion	26.09.2015	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 4D motion: 150€ ¹ 200€ ² inkl. Handouts und Verpflegung	n. n.
Berlin / DKOU	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	24.10.2015				

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Muskelektrodiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG						
Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umsetzung in der Praxis.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kompaktkurs+ Workshop	22.10.2015	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125€ inkl. Kursunterlagen und Verpflegung	n. n.

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	Weiterbildung Manuelle Medizin LBB1 Lenden-Becken-Bein	02.–06.09.2015	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	40
		02.–06.12.2015				49
Bad Füssing	09.–13.12.2015	49				

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	26.–28.06.2015	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	455,00€ (GHBF Mitglieder 364,00€) In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	24
		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 Zusatzqualifikationen „Referent für rückengerechte Verhältnisprävention“.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e. V.	Aktion Gesunder Rücken e. V., Tel. 04284/92 69 990, Fax: 04284/92 69 991, info@agr.de, www.agr-ev.de	295€ ³	47

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

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Masterkurs Knie	03.–04.07.2015	auf Anfrage	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	auf Anfrage
Frankfurt / Main	AE-Masterkurs Hüfte	10.–11.07.2015				
München	AEC-OP-Personalkurs „Umgang mit Hüft- und Knieprothesen – Wann was wie?“	17.–18.07.2015				
Köln	Masterkurs Hüfte	04.–05.09.2015				
Berlin	AE-Kurs Knie	11.–12.09.2015				
Hamburg	AE-Tutorial „Endoprothetik des Hüftgelenks“	17.–19.09.2015				
Berlin	AE-Masterkurs Knie	24.–25.09.2015				
Stuttgart	„Evidenzbasierte Medizin: Teilgelenkersatz am Knie“	02.–03.10.2015				
Berlin	AE-Kurs Hüftendoprothetik	09.–10.10.2015				
Frankfurt a. Main	Kongress Qualitäts- u. Sicherheitsinitiative	05.–06.11.2015				
Offerschwang	AE-Kurs Knie / AE-Masterkurs Knie	19.–21.11.2015				
Stuttgart	17. AE-Kongress	04.–05.12.2015				

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 Fax +49(0 54 24) 2 20-4 44 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€ Nichtmitglieder: 400€	n. n.
Innsbruck / Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	18.–19.09.2015	Dr. Landauer	Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde		
Dortmund	Modul 5 Refresher + Prüfung	27.–28.11.2015	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			

Service / Fort- und Weiterbildung

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				
	Abschlusskurs Säuglingshüfte (S3)	24.-25.10.2015				

MRT Kurse Erlangen 2015 / 2016						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremitäten	25.-26.09.2015	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 2 Wirbelsäule	13.-14.11.2015				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	11.-12.12.2015				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankung	15.-16.01.2016				
Berlin	Refresherkurs in Berlin	12.-13.02.2016				

VFOS Kursreihe „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Abschlusskurs	14.-15.11.2015	Dr. Löffler Dr. Krüger-Franke Dr. Kugler Dr. Scholz Dr. Schöllkopf	MVZ am Nordbad Schleißheimer Str. 130 Mail: a.kugler@sport-ortho.de www.vfos.info Tel. 01523 / 8476601 Fax. 089 / 1233 052	Grundkurs 380€ Aufbaukurs 380€ Abschlusskurs 280€ Refresherkurs 170€	30

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
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	18.–20.09.2015	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@aerzteseminar-mwe.de www.aerzteseminar-mwe.de	auf Anfrage	n. n.
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

Bad Iburg	Einführungskurs (D)	03.–05.09.2015
-----------	---------------------	----------------

Refresherkurs

Königstein	Gesamtrefresher / Kompetenzhaltungskurs	01.–08.08.2015
Ascheffel	Tagesrefresher / Manualmed. Algorithmus bei Verkettungssyndromen	29.08.2015
Neuss	Tagesrefresher / HWS	07.11.2015
Hannover	Tagesrefresher / LWS + SIG	21.11.2015
Isny	Wochenendrefresher Obere Verkettung / HWS + Thorax	12.–13.09.2015

Sonderkurs

Lech / Austria	ESSOMM Winterconference	07.–10.12.2015
----------------	-------------------------	----------------

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

DAF Zertifikat Fußchirurgiekurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	18.–19.09.2015	J. Lange	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	n. n.
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	13.–14.11.2015	M. Gabel U. Gronwald			
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. Stukenbour-Colsman			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	27.–28.11.2015	M. Thomas M. Jordan			
Bad Saarow	Operationskurs Rheumafuß	09.–10.10.2015	J. Osel			
Wien	Workshop Kinderfuß	20.–21.11.2015	R. Ganger			
Münster	Operationskurs Traumatologie	18.–19.09.2015	S. Ochman			

Service / Fort- und Weiterbildung

MRT Kursreihe 2015/2016						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Kurs 3 Untere Extremitäten	19.–20.06.2015	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711 / 5535-111 Fax: 0711 / 5535-188 www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 320 €	16
	Kurs 4 Differentialdiagnose in der MRT	16.–17.10.2015				
Berlin	Refresherkurs in Berlin	12.–13.02.2016				
Fortbildungskurse zur Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf						
Grundlagen und Update 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf	21.11.2015	Dr. Hans Dieter Matthiessen	Akademie DO Beurhausstraße 40 44137 Dortmund Fax: 0231 / 95321063 E-Mail: dorothee.grosse@akademiedo.de	250 € je Kurs	7
		16.04.2016	Dr. med. Katrin Rosery			
BASIC-Kurs & MASTER-Kurs „Die extrakorporale Stosswellentherapie in Theorie und Praxis“						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	MASTER-Kurs	20.06.2015	Prof. Dr. Markus Maier Dr. Wolfram Reisner Michael Düsmann	SWISS DOLORCLAST ACADEMY Postfach 1236 21207 Seevetal Tel: 04105 / 584584 Fax: 04105 / 690392 Email: sw@swissdolorclastacademy.com	MASTER-Kurs 199,00 € BASIC-Kurs 99,00 €	n. n.
Hamburg	BASIC-Kurs	09.09.2015				
Dresden	MASTER-Kurs	12.09.2015				
Köln	BASIC-Kurs	23.09.2015				
Stuttgart	BASIC-Kurs	07.10.2015				
Karlsruhe	MASTER-Kurs	10.10.2015				
Berlin	MASTER-Kurs	23.10.2015				
Zürich	MASTER-Kurs	07.11.2015				
München	BASIC-Kurs	11.11.2015				
Frankfurt/Main	MASTER-Kurs	21.11.2015				