

Grenzen überwinden, Ziele erreichen

Entsprechend des Mottos des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2011 möchten wir die Gelegenheit ergreifen, Ihnen hiermit ein druckfrisches Exemplar unseres neuen orthopädisch-unfallchirurgischen Mitteilungs-Journals vorzulegen. Die positiven Entwicklungen im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie, insbesondere die stetig zunehmende Zahl neuer Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, benötigen eine gemeinsame Plattform zum Informationsaustausch. Ziel war es daher, unsere bekannten Publikationsorgane „Orthopädie Mitteilungen“ und die unfallchirurgischen „Mitteilungen & Nachrichten“ zu bündeln. Eine Online-Version im kommenden Jahr soll das Ganze noch interessanter und gerade für die jungen Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie spannender machen. Die spezifischen Inhalte, an die Sie gewohnt sind, werden dabei auf keinen Fall verloren gehen. Wir trauen uns diesen Spagat zu, freuen uns aber auf Ihre Hinweise und Anregungen für die endgültige Aufmachung des Heftes. Mit dieser Kongressausgabe wollen wir die Diskussion anregen. Blättern Sie sie kritisch durch und melden Sie sich, wenn Sie etwas vermissen oder entbehrlich finden. Zu diesem Zweck finden Sie an der Rückseite des Heftes eine Antwortpostkarte, die Sie abtrennen und ausfüllen können. Wir werden alle Anregungen sorgfältig analysieren.

Kommen Sie nach Berlin!

In unserem neugestalteten Heft möchten wir Sie nun auch zu dritt herzlich zum Besuch des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 25. bis 28. Oktober 2011 nach Berlin einladen. Es gilt, Jubiläen zu feiern. Der Kongress integriert die 75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (siehe Seite 101). Weiterhin sind 110 Jahre Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und 60 Jahre Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zu feiern. Die Pflege unserer „Wurzeln“ ist auch nach Einführung des neuen Facharztes wichtig. Sie stiftet Identität und hilft dabei, die Breite des Faches zu bewahren und auszubauen.



Foto: Jana Ehrhardt

Die Kongresspräsidenten: Prof. Dr. Tim Pohlemann von der DGU, Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer vom BVOU und Prof. Dr. Dieter Kohn von der DGOOC (v. li. n. re.)

Das Kongressprogramm ist wieder umfangreich und umfassend. Ein breites Fortbildungsangebot zu unseren ureigenen fachlichen Themen bildet wie immer die Basis des Jahreskongresses. Der Dienstag ist der wichtigen Arbeit unserer Sektionen und Arbeitsgruppen gewidmet, gefolgt von drei intensiven Kongresstagen. Diese sind geprägt von der Diskussion neuer Behandlungsmöglichkeiten, der Beurteilung von Behandlungsergebnissen und den Fortschritten in Grundlagenforschung und klinischer Forschung. Die neue S3-Leitlinie Polytrauma, die nahezu komplette Realisation des TraumaNetzwerkes, der Abschluss der Pilotphase des Systems Telekooperation DGU sind nur beispielhafte Themen der Unfallchirurgie, die eine flächendeckende Schwerverletztenversorgung erleichtern und optimieren werden. In der Orthopädie stehen die Vorarbeiten für das Endoprothesenregister vor dem Abschluss. Im Jahre 2012 werden die ersten Patientendaten akquiriert und damit ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung in Betrieb genommen. Die Initiative Endocert hat ihre Pilotphase durchlaufen. Sie ist ein Beispiel für die Selbstkontrolle innerhalb unseres Faches zum Wohle unserer Patienten mit Hüft- oder Knieendoprothesen.

Qualität und Sicherheit

Einige Schwerpunkte des Kongressprogramms möchten wir besonders betonen: Unter der Überschrift „Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ beschäftigen sich mehrere Sitzungen mit den verschiedenen Stadien des orthopädisch-unfallchirurgischen Behandlungsprozesses. Beginnend mit der Implantatsicherheit und den sich immer weiter verschärfenden gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung von Implantaten und Medizinprodukten, über die Kontrolle der Sicherheit „im Betrieb“ (Stichwort Prothesenregister), Modelle für Behandlungspfade, Beschwerdemanagement bis hin zur Interaktion mit Patientenverbänden und Zweitmeinungsportalen erwarten wir konstruktive Denkanstöße. Sie sollen helfen, medizinischen Fortschritt messbar, für alle Patienten erreichbar, bezahlbar und sicher zu machen. Klinische Forschung und Versorgungsforschung – nur mit ihren Methoden wird es gelingen, Effektivität und Sicherheit in der Behandlung zu messen. Informieren Sie sich über die neuesten Entwicklungen. Wie schon beim Kongress 2008 wird sich eine Sitzung mit dem bislang wenig beachteten Thema Ärztegesundheit beschäftigen, ein wichtiger Aspekt, wenn die Attraktivität unseres Berufes erhalten bleiben soll.

Nachwuchsförderung

Nachwuchssorgen, Vereinbarkeit vom Familie und Beruf, Probleme mit landesspezifischen Unterschieden in der Weiterbildungsordnung sind weitere hochaktuelle Themen, die wir angehen wollen. Ein großer Dank gebührt erneut dem Jungen Forum für seine Nachwuchsaktivitäten. Die dritte Sommerschule, die die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen mit den Vizepräsidenten Mittelmaier und Josten im Vorfeld des Jahreskongresses vom 4. bis 5. September 2011 in Rostock organisiert hat, hat gerade wieder 30 Studierende begeistert. Zum Studierendentag am 27. Oktober werden erneut 100 Studierende der Medizin den Kongress besuchen und sich vor Ort gut betreut über unser faszinierendes Fachgebiet informieren.

Besonders hinweisen möchten wir Sie auf die Festrede von Prof. Wahlster zum Thema „Künstliche Intelligenz“ im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung sowie auf unsere Mittagsvorlesungen: „Freiheit als Verantwortung“ (Joachim Gauck) am Mittwoch, „Forschen und Fliegen für Orthopädie und Unfallchirurgie“ (Stephan M. Perren) am Donnerstag und „Meniskus: Biomechanik-, Pathomechanik, Therapie“ (Carl Joachim Wirth) am Freitag.

Im wissenschaftlichen Programm wurde die Postersitzung neu gestaltet und aufgewertet. Hier ist das Forum des wissenschaftlichen Nachwuchses. Besuchen Sie die Postersession am Mittwochnachmittag, diskutieren Sie in entspannter Atmosphäre bei Bier und Brezeln.

Die BVOU-Updateveranstaltungen ermöglichen es, innerhalb von zweieinhalb Tagen einen umfangreichen Überblick

über die relevanten aktuellen Entwicklungen im Fach zu bekommen.

Konservative Inhalte erhalten und ausbauen

Unser Tagungspräsident des Berufsverbandes steht als dritter im Bunde für die Vielzahl der Kollegen, deren Tätigkeitsschwerpunkt in Praxis und Klinik auf der nichtoperativen Versorgung liegt. Dem Erhalt des exzellenten Fachwissens gerade in dieser Sparte, derzeit noch getragen von der älteren Generation, muss durch ein entsprechendes Weiterbildungsangebot im neuen gemeinsamen Fach Rechnung getragen werden. Die Faszination der nicht-operativen Behandlungsmöglichkeiten soll gerade den jüngeren Kollegen im Fach näher gebracht werden. Hierzu werden in verschiedenen Sitzungen Themen aus der Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und Unfallchirurgen (ALKOU), der Sektion Rehabilitation, aber auch der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) diskutiert, Tipps und Tricks der Manuellen Medizin, der Osteoporose- und Schmerzbehandlung demonstriert.

Tag der Technischen Orthopädie

Erstmals wird am Mittwoch, dem 26. Oktober 2011, ein Tag der Technischen Orthopädie in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesinnungsverband Orthopädietechnik und der Initiative 93 Technische Orthopädie stattfinden. Dies trägt der großen aktuellen Bedeutung der konservativen Orthopädie/Unfallchirurgie sowie der Technischen Orthopädie und Rehabilitation Rechnung. Um zukünftige politische Optionen für die konservati-

ven Inhalte gemeinsam kompetent entwickeln zu können, haben wir Sitzungen organisiert, in denen zum Beispiel über unterschiedliche internationale nicht-operative Versorgungsrealitäten, aber auch deutsche Lösungsmöglichkeiten diskutiert wird.

Oskar und Helene-Medizin-Preis

Ebenfalls erstmals in diesem Jahr wird im Rahmen des Kongresses der Oskar und Helene-Medizin-Preis vergeben, der Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie würdigt und unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Bildung und Forschung vergeben wird. Der Preis wird am Nachmittag des 27. Oktober während der Sitzung Forschungspolitik verliehen. Am Samstag findet angelehnt an den Kongress ein Patiententag „Rheuma“ statt, organisiert vom Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen mit der Rheuma-Liga.

Neben dem Kongress gilt es, die überraschenden Seiten der Berliner Umgebung und Geschichte zu erkunden. Bei der Kongressparty am Donnerstagabend im legendären Ostberliner Kino Kosmos werden hoffentlich die letzten Grenzen endgültig fallen. Last but not least: Bringen Sie Ihre Kinder mit. Neben der ganztägigen Kinderbetreuung in der Kinderinsel bietet der Programmpunkt „Meet your Parents“ die Möglichkeit, dem etwas älteren Nachwuchs das eigene berufliche Umfeld nahezubringen. Der freie Eintritt für Jugendliche zur Kongressparty soll auch Familien animieren, ausgedehnt zusammen mit uns zu feiern.

Kommen Sie nach Berlin! Wir freuen uns auf Sie!



Prof. Dr. Tim Pohlemann
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGU



Prof. Dr. Dieter Kohn
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
DGOOC



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer
Berufsverband der Fachärzte für
Orthopädie und Unfallchirurgie
BVOU

Unter
www.dkou.de
können Sie über die
Schlagwortsuche die für
Sie wichtigen Kurse und
Sitzungen finden.
So können Sie Ihre
Kongresstage ganz
gezielt planen.

UNSERE HIGHLIGHTS

Prof. Dr. Dieter Kohn, DGOOC: Wenn Sie sich speziell für das Kniegelenk interessieren, dann sollten Sie die Sitzung zur Kniestabilität am Mittwoch von 16.30 Uhr bis 18 Uhr im Saal 3 nicht versäumen. Diese wird von Hanns-Peter Scharf und Karl-Peter Benedetto geleitet. Benedetto, korrespondierendes Mitglied der DGOOC, ist ein ausgewiesener Experte in der Behandlung hinterer Kreuzbandverletzungen. Auch die Pauwels-Gedächtnisvorlesung von Prof. Carl Joachim Wirth am Freitag von 13 Uhr bis 14 Uhr im Saal 2 sollten Sie nicht verpassen. Wirth ist der Pionier der Meniskustransplantation, die hierzulande erstmals durchgeführt wurde. Er wird einen einzigartigen Überblick zum Thema Meniskus geben. Außerdem empfehle ich die Sitzung Primärprothetik Knie am Donnerstag von 16.30 bis 18 Uhr im Saal 3. Dort hören Sie Prof. Philippe Neyret, diesjähriges korrespondierendes Mitglied der DGOU und maßgeblicher Vertreter der bekannten Knieschule aus Lyon. Ergänzend ist am Freitagmorgen der Kurs 52 Weichteilbalancing in der Knieendoprothetik nicht nur für den noch in Ausbildung befindlichen Operateur sehr empfehlenswert. Jeder spezialisierte Kollege wird sich am Dienstag, dem Tag der Sektionen und Arbeitsgruppen, sowieso die Sitzungen zu seinem speziellen Arbeitsgebiet aussuchen.

Prof. Dr. Tim Pohlemann, DGU: Ein besonderes Augenmerk lege ich auf die verschiedenen Sitzungen zum Thema Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie. Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang „Komplexe Sicherheit in der Zulassung von Implantaten“, der Kurs 44 „Umgang mit Komplikationen“ und das Forum 32 und ER 14 zur Infektionsproblematik. Im Forum 33 wird über die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten als wichtige Voraussetzung zur sicheren Patientenbehandlung gesprochen. Besonders freue ich mich über die kooperativen Sitzungen mit unserem Gastland Ungarn sowie die durch die ESTES gestaltete Sitzung über lebensbedrohliche Verletzungen. Für mich persönlich ein besonderes Highlight ist die Mittagsvorlesung von Herrn Prof. Perren, ein fliegerisches Abenteuer kombiniert mit wissenschaftlichem Hintergrundgedanken, sicherlich ein Highlight des Kongresses. Beachtenswert sind auf alle Fälle die Sitzungen zur Klinischen Forschung/Versorgungsforschung, die Bedeutung nimmt sprunghaft zu, Grundkenntnisse und Organisation eigener Aktivitäten sind dringend empfehlenswert. Für mich persönlich wichtige Sitzungen behandeln die Schnittstellen in der Schwerverletztenversorgung, FG 12 „Die Aspekte der Neugestaltung von Notaufnahmen“, U 40, die durch die DGU initiierte und verantwortete interdisziplinäre S3-Leitlinie Polytrauma. Ein besonderes Augenmerk werde ich persönlich auf die interprofessionellen Veranstaltungen mit OP-Pflege, Rettungsdienst, hier insbesondere die Einsatzvorführung Höhenrettung der Berliner Feuerwehr am Freitag um 13.30 Uhr am Funkturm sowie mit der Physiotherapie haben. Aber auch zu unserem Studierendentag am Donnerstag, der neugestalteten Postersession, den jugendlichen Angehörigen im Rahmen des „Meet your Parents“-Programms und den Kleinsten in der Kinderinsel werde ich auf alle Fälle einen Besuch abstatten.

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, BVOU: Ich erwarte mit großer Spannung und Neugier diejenigen Sitzungen, in denen „grenzüberschreitende“ Themen zur Diskussion stehen und bearbeitet werden. Dazu zähle ich unter anderem die internationalen Sitzungen, die klassische Stärken der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie im internationalen Kontext reflektieren, zum Beispiel Polytraumaversorgung, Technische Orthopädie und nicht-operative Behandlungsoptionen. Mittwoch ist für mich der Tag, an dem das Thema Rehabilitation im Vordergrund steht. „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ ist der Titel einer ALKOU Fortbildungsserie zu aktuellen wissenschaftlichen Themen, die Zukunft der Rehabilitation wird unter anderem gemeinsam mit der DGPMR diskutiert. Am Donnerstag empfehle ich den Besuch der Veranstaltungen zum Spitzensport, unter anderem mit den Verbandsärzten der Bundesliga. Für den Freitag sind unterschiedliche Schwerpunktsitzungen zur orthopädischen Rheumatologie auf meinem Plan. In meinen Augen wegweisende Bedeutung für den Fortbestand und die Zukunft der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie können die Sitzungen und Roundtables zu diesem Segment unseres Faches haben, und ich würde mir daher eine möglichst aktive Beteiligung aus dem Plenum wünschen. Ganz besonders freue ich mich auf Dr. Joachim Gauck in der BVOU-Mittagsvorlesung am Mittwoch, eine Persönlichkeit, deren Engagement und Lebensleistung sicherlich vieles in der Vergangenheit politisch und gesellschaftlich bewegt hat und darüber hinaus mit großen rhetorischen Fähigkeiten ausgestattet ist. Sein Thema „Freiheit als Verantwortung“ hat für uns Ärzte und unsere Patienten, für die Gestaltung der Behandlungssituation mit ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen und nicht zuletzt für unsere ganz persönliche Haltung eine außerordentliche Bedeutung.

DKOU 2011

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin 25. – 28. Oktober

**Grenzen überwinden.
Ziele erreichen.**



Einreichungsfrist für Abstracts 15.01.2011 | www.dkou.de

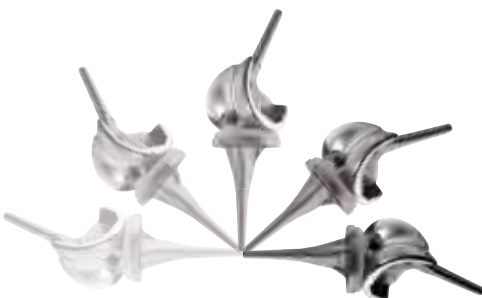




12 Die Bedarfsplanung abschaffen: Warum damit die Wartezeiten für Kassenpatienten verkürzt werden könnten, erläutert BVOU-Präsident Helmut Mälzer im Interview.



21 Baukastenprinzip für die Weiterbildung: Bei einer modularen Weiterbildung könnten basierend auf der Basisweiterbildung verschiedene Fähigkeiten und Kenntnisse erworben werden. Somit könnte der Spezialisierung besser Rechnung getragen werden.



52 Mindestmenge vor dem Aus: Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat die Mindestmenge für künstliche Kniegelenke gekippt. Sollte es bei dieser Entscheidung bleiben, brauchen wir neue Strukturen für die Versorgung der Patienten.

Editorial

Grenzen überwinden, Ziele erreichen 1

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig 8

Aktiv gegen Rheumaschmerz 8

Ehrliche Kommunikation nach einem Zwischenfall 9

Duchgangsärzte modernisieren ihren Bundesverband 10

Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik 10

Politik

INTERVIEW

Schafft die Bedarfsplanung einfach ab 12

VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ Mehr als die Förderung von Landärzten 14

VERSORGUNGSFORSCHUNG Routinedaten für die Wissenschaft 15

PATIENTENRECHTEGESETZ Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen 16

Aus unserem Fach

VORSICHT OPERATION Das Geschäft mit der Angst 18

SPEZIALISIERUNG Baukastenprinzip für die Weiterbildung 20

WEITERBILDUNGSORDNUNG Brauchen wir eine Zusatzweiterbildung zum Wirbelsäulenchirurgen? 22

WEITERBILDUNG

Katastrophenopfer brauchen Komplexchirurgen 26

GONARTHROSE

Verwaltung tut sich mit Anerkennung als Berufskrankheit schwer 30

D-ARZT-VERFAHREN

Versorgungsebene „D-Arzt Kind“ nicht erforderlich 32

G-DRG-SYSTEM

Höhere Fallpauschalen für Schwerverletzte 34

ESSKA-KONGRESS 2012

Einladung nach Genf 37

GOTS JAHRESKONGRESS

Leistungsschau der Sporttraumatologen 38

CHIRURGENKONGRESS 2011

Chirurgie 2020: Veränderungen gestalten 42

ORTHO-GERIATRIE

Expertentreffen des Fragility Fracture Networks 46

39. KONGRESS DER DGRH

Trommeln für eine gemeinsame Sache 48

3. JAHRESTAGUNG DIE

ORTHOPÄDINNEN E.V. Von der Hüftchirurgie bis zum Namen der Rose 50

Qualität und Sicherheit

KNIETOTALENDOPROTHESEN

Mindestmenge vor dem Aus? 52

SICHERHEIT

Zählkontrollen sind das A und O 55

GBA-RICHTLINIE

Nutzen der Arthroskopie bei Gonarthrose 58

VIGILANZSYSTEME

Melden verbessert die Patientensicherheit 60

Unterwegs

AUSLANDSEINSATZ Als Chirurg in Afghanistan	66
PORTRAIT PETER GRISS Afrika-infiziert	72
EFORT TRAVELLING FELLOWSHIP Deutschland von seiner orthopädisch-unfallchirurgischen Seite	76
DGU REISESTIPENDIUM Einblicke in die Wirbelsäulen- chirurgie	78

Recht und Wirtschaft

KOOPERATIONSVERTRÄGE Niedergelassene dürfen im Krankenhaus nicht ambulant operieren	80
FEHLERHAFTES ORGANISATIONSMANAGEMENT Klinikleitung im Visier	81
ARBEITSRECHT Wer falsch kodiert, muss gehen	83
VERGÜTUNG Chefarzt klagt erfolgreich auf mehr Geld	85

Namen

Personalien	86
Wissenschaftspreise	88
Abschied von Dr. Alexander Kuttner	89

Für Sie gelesen

Service

Preise	112
Kursangebote der ADO	114
Kursangebote der AUC	119
Kleinanzeigen	124

BVOU

Bericht von der Gesamtvorstands- sitzung des BVOU	90
In der Schultüte ein Ticket zum Orthopäden	92
„Zeigt her eure Füße“ geht in die zweite Runde	94
Ihre Patienten informieren und unterhalten	95
Orthopädische Rheumatologie: Vorschau auf den DKOU 2011	96
Neue Mitglieder	96
Angebote	97

DGOU

Visiting Fellowship der DGOU 2011 erstmalig vergeben	98
Bericht des Ausschusses Versorgungs- und fachbezogene Fragen	98

DGOOC

Jahresbericht der AG 8 Computer- assisierte Orthopädische Chirurgie	100
--	-----

Neue Mitglieder	100
-----------------	-----

DGU

75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie!	101
Bericht der AG Rechnergestütztes Operieren	103
Forschung in der Unfallchirurgie: Grundlagenforschung und trans- lationale klinische Forschung	104
Bericht der Leitlinienkommission	107
Bericht des Programmausschusses	108





Herausgeber

Für den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Präsident
Helmut Mälzer
Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard
Für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

Schriftleitung DGOOC

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard (V.i.S.d.P.)
Geschäftsstelle DGOOC
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
Fax: (0 30) 84 71 21 32
E-Mail: funiethard@dgooc.de

Schriftleitung BVOU

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (V.i.S.d.P.)
Abt. Orthopädie und Unfallchirurgie
Medical Park Berlin Humboldtstraße
An der Mühle 2-9
13507 Berlin
Tel.: (0 30) 30 02 40 92 12
Fax: (0 30) 30 02 40 92 19

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert
Geschäftsstelle der DGU
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 20 21 54 90
Fax: (0 30) 20 21 54 91
E-Mail: hsiebert@diaksha.de

Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Kathrin Jürgens
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (0 7 11) 89 31 617
Fax: (0 7 11) 89 31 623
E-Mail: kathrin.juergens@thieme.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia
Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (0 7 11) 89 31 603
Fax: (0 7 11) 89 31 569
E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise

6 x jährlich:
Februar/April/Juni/August/
Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 14
vom 1. Oktober 2009
ISSN 1439-2542

Satz und Layout

Georg Thieme Verlag KG

Titelbild

Foto: Jana Ehrhardt-Joswig

Druck

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

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

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



Berufsverband der Fachärzte für
Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Vorstand

Präsident
Helmut Mälzer, Berlin

Vizepräsident
Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vizepräsident
Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Schatzmeister
Dr. med. Peter Heppt, Erlangen

Vorstandsmitglied
Dr. Helmut Weinhart, Starnberg

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

Vorstandsmitglied
Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz,
Brandenburg

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

Geschäftsstelle des BVOU

Kantstr. 13
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. Tim Pohlemann, Homburg/Saar

Erster Vizepräsident
Prof. Dr. Norbert P. Südkamp, Freiburg

Zweiter Vizepräsident
Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Dritter Vizepräsident
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
Frankfurt/Main

Generalsekretär
Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Schatzmeister
Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Schriftführer und Schriftleiter der Website www.dgu-online.de
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

Geschäftsstelle der DGU

Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 20 21 54 90
Fax: (0 30) 20 21 54 91
E-Mail: office@dgu-online.de
www.dgu-online.de



Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann,
Homburg/Saar

Stellvertr. Präsident
Prof. Dr. med. Dieter Kohn,
Homburg/Saar

1. Vizepräsident
Dr. med. Daniel Frank, Düsseldorf

1. Stellvertr. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Norbert P. Südkamp,
Freiburg

2. Vizepräsidenten
Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier,
Rostock

Prof. Dr. med. Christoph Josten,
Leipzig

3. Vizepräsidenten
Prof. Dr. med. Bernd Kladny,
Herzogenaurach

Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann,
Frankfurt a. M.

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

Stellv. Generalsekretär
Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch Hall

Schatzmeister
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

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

Schriftführer
Prof. Dr. med. Andreas Imhoff,
München

Stellv. Schriftführer
Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Kiel

Leiter Orthop. Ordinarienkonferenz
Prof. Dr. med. Joachim Grifka, Bad Abbach

Leiter Konvent unfallchir. Ordinarien
Prof. Dr. med. Klaus Michael Stürmer,
Göttingen

VLOU
Prof. Dr. med. Dietmar Pennig, Köln

VLOU
Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck,
Heidelberg

BVOU-Präsident
Helmut Mälzer, Berlin

Vertreter niedergelassene Unfallchirurgen
Dr. med. Peter Kalbe, Rinteln

DGOU-Geschäftsstelle

Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 20 21 54 80
Fax: (0 30) 20 21 54 81
office@dgoou.de
www.dgoou.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Dieter Kohn, Homburg/Saar

1. Vizepräsident
Dr. med. Daniel Frank, Leverkusen

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier,
Rostock

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

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
Helmut Mälzer, Berlin

Leiter der Ordinarienkonferenz
Prof. Dr. med. Joachim Grifka, Bad Abbach

2. Vorsitzender des VLOU
Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck,
Heidelberg

Geschäftsstelle der DGOOC

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
Fax: (0 30) 84 71 21 32
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de



Vorstand

Präsident
Prim. Dr. Josef Hochreiter, Linz
Österreich

1. Vizepräsident
Prim. Univ. Prof. Dr. Alfred Engel, Wien
Österreich

2. Vizepräsident
Prof. Dr. Stefan Nehrner, Krems
Österreich

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

Kassierer
Prim. Univ. Prof. Dr. Karl Knahr, Wien
Österreich

Schriftführer
Priv.-Doz. Dr. Christian Berger, Wien
Österreich

Sekretariat der ÖGO

c/o Wiener Medizinische Akademie
Alserstraße 4
A-1090 Wien
Kontakt: Silvia Konstantinou
Tel.: +43-1-405 13 83 21
Fax: +43-1-405 13 83 23
E-Mail: sk@medacad.org

Kurz und bündig

40 Euro Zusatzhonorar für mitversicherte Kinder

Einen großen Erfolg kann der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) für sich verbuchen: Dr. Elisabeth Dannert, BVOU-Referat Gesundheitspolitik/Vertragsmanagement, erreichte nach Verhandlungen mit der Schwemmer-Krankenkasse (SKK) einen in Deutschland einmaligen Selektivvertrag nach Paragraph 73c SGB V. Der Vertrag gilt bundesweit für Kinder, deren Eltern bei der SKK versichert sind. Diese erhalten einen 40-Euro-Gutschein für eine orthopädische Schuleingangsuntersuchung. Der Vertrag ist außerbudgetär verhandelt und wird über Zusatzgelder der Krankenkasse finanziert. **Lesen Sie mehr auf Seite 92.**

Deutscher Journalistenpreis Orthopädie / Unfallchirurgie 2011



Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) loben im Jahr 2011 zum 2.

Mal den Journalistenpreis Orthopädie / Unfallchirurgie aus. Mit einer Würdigung herausragender Publikationen aus den Printmedien, Hörfunk und Fernsehen möchten die Gesellschaften die Qualität der Berichterstattung über orthopädisch-unfallchirurgische Themen fördern und die wachsende Bedeutung dieses Faches in der Öffentlichkeit sichtbar machen. Der Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 25. Oktober 2011 in Berlin verliehen. Er ist mit 5.000 Euro dotiert.

Neue Stiftungsprofessur für Navigationstechnologien

„Professur für Navigationstechnologien in der Orthopädie und Sportmedizin“ – so heißt die vierte Stiftungsprofessur an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg. Der gestiftete Lehrstuhl wird zum Wintersemester 2011 am Department Medizintechnik der HAW Hamburg am Campus Bergedorf eingerichtet. Die Fakultät Life Sciences der HAW Hamburg wird sich der Vermittlung von Grundlagen navigationsgestützter Techniken und ihrer wissenschaftlichen Aufarbeitung in der Lehre widmen. Die Schön Klinik Hamburg Eilbek fungiert als Referenzzentrum für die klinischen Anwendungsgebiete. Die Aesculap AG liefert die notwendige Hard- und Software (Quelle: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg).

Daniel Bahr für Patientensicherheit

Der neue Gesundheitsminister Daniel Bahr hat die Schirmherrschaft für das Aktionsbündnis Patientensicherheit übernommen. Das Aktionsbündnis erhofft sich dadurch eine stärkere Position bei Gesetzesvorhaben, heißt es in einer Pressemitteilung.



Aktiv gegen Rheumaschmerz

Mit dem Welt-Rheuma-Tag am 12. Oktober 2011 startet die Deutsche Rheuma-Liga eine bundesweite zweijährige Kampagne, die über Bewegungsangebote und Schmerzbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen informiert und Patienten aus der „Schonhaltung“ herausholen will. Kliniken und Praxen können kostenlos Informationsmaterial bestellen.

Die Kampagne steht erstmals auf einer sehr breiten Basis. Neben den Landes- und Mitgliedsverbänden der Deutschen Rheuma-Liga unterstützen auch der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh), vormals Assoziation für orthopädische Rheumatologie (ARO), die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), die Arbeitsgemeinschaft der regionalen kooperativen Rheumazentren (AGRZ) und die Rheumastiftung die Kampagne.

Geplant sind Informationsmaterial, viele Veranstaltungen und Medienarbeit. Eine spezielle Internetseite wird fortlaufend informieren: www.aktiv-gegen-rheumaschmerz.de. Dort können Sie sich auch die Plakate und die Broschüre anschauen. Kliniken und Arztpraxen sind herzlich eingeladen, die Kampagne mitzutragen. Informationsbroschüren zur Weitergabe an Patienten und Plakate zum Aushang stehen kostenlos zur Verfügung und können bei der Deutschen Rheuma-Liga angefordert werden.

Quelle: Deutsche Rheuma-Liga



BESTELLADRESSE

Kampagnen-Materialien – Plakate und eine Informationsbroschüre – können Sie beim Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga bestellen.

Fax: (02 28) 7 66 06 20
E-Mail: bv@rheuma-liga.de



REDEN IST GOLD

Kommunikation nach einem Zwischenfall



Reden ist Gold – dafür plädiert das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), wenn in Medizin und Pflege etwas schiefgegangen ist. Gegen das oftmals noch beklommene Schweigen als Reaktion auf einen Zwischenfall empfiehlt das APS in seiner neuen Broschüre „Reden ist Gold“ die aktive, ehrliche und transparente Kommunikation.

Ehrliche Kommunikation nach einem Zwischenfall

Aus zahlreichen Studien, Befragungen und Berichten von betroffenen Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wissen wir, dass die Akteure auf professioneller Seite in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen kaum auf die Situation nach einem Zwischenfall vorbereitet sind. Sie reagieren daher oft hilflos und unsicher. Eine neue Kommunikationskultur, die nicht auf individuelle Schuldzuweisungen zielt, sondern nach systembedingten und strukturellen Ursachen zur zukünftigen Fehlerprävention fragt, soll den Akteuren helfen, sachgerecht und professionell auf Fehler und Zwischenfälle zu reagieren.

„Unsere Ergebnisse und Empfehlungen sind aus der Praxis für die Praxis gemacht. Sie sind im Alltag Unterstützung und beinhalten wertvolle Hinweise für die Einrichtungen“, sagt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. Deshalb beschreibt die Broschüre nicht nur die Rechtslage nach einem Zwischenfall, sondern zeigt Beispiele für die Kommunikation nach innen und nach außen. Geschildert wird, wie mit Patienten und

Angehörigen, mit betroffenen Mitarbeitern und in gravierenden Fällen mit der Öffentlichkeit gesprochen werden sollte. Kliniken, Krankenhäuser und Arztpraxen, aber auch Pflegeeinrichtungen und Apotheken erhalten konkrete Hinweise, wie sie sich vorbereiten können, um nach einem Zwischenfall adäquat zu reagieren. Eine Checkliste für den Umgang mit Zwischenfällen flankiert die Handlungsempfehlungen.

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit

INTERESSE?

Die Broschüre „Reden ist Gold“ ist gegen eine Schutzgebühr und Porto (insgesamt in Form von zwei Briefmarken à 1,45 Euro) zu erhalten bei:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
c/o Institut für Patientensicherheit der
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
E-Mail: info@aps-ev.de

KOMMENTAR

Reden statt Schweigen

Strategien zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und zur Reduzierung von Fehlern in unserem tagtäglichen Betrieb sind in den letzten Jahren, auch und besonders durch das unabhängige, interprofessionelle und interdisziplinäre Aktionsbündnis für Patientensicherheit, aus der Praxis für die Praxis entwickelt worden und haben zunehmend Platz in unserer Arbeit gefunden. Die vielfältigen und äußerst unterschiedlich gefärbten Diskussionen in der Öffentlichkeit zu diesem Thema weisen vor allem darauf hin, dass Patienten, die ein unerwünschtes Ereignis – vermeidbar oder unvermeidbar im Sinne einer Komplikation – erleiden mussten, sehr häufig die Geste des Bedau-

erns und der Entschuldigung von uns Ärzten vermissten. Wir alle wissen, wie hilfreich eine derartige Geste ist, zögern jedoch oftmals, diese auszusprechen, da wir meinen, damit ein Schuldeingeständnis zu geben und infolgedessen gegen die Vorgaben der Haftpflichtversicherung zu verstoßen. Das APS hat sich dieser Problematik und Thematik aus Sicht der Ärzte und Pflegenden angenommen und eine Empfehlung mit der Botschaft „Reden und nicht Schweigen ist in dieser Situation Gold!“ erarbeitet. Mit breiter juristischer Absicherung werden – auch unter Einbindung der Erfahrung der bedauerlichen und unglücklichen Ereignisse im Frühjahr dieses Jahres an der Univer-

sitätskinderklinik Mainz – aus der Praxis für die Praxis nützliche Regeln und Hinweise zum Umgang mit diesen Ereignissen gegeben.

Prof. Dr. Hartmut R. Siebert



Prof. Dr. Hartmut R. Siebert ist Generalsekretär der DGU und stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Durchgangsarzte modernisieren ihren Bundesverband

Anlässlich der Unfallmedizinischen Tagung Berlin-Brandenburg (UMED) im Juni 2011 hat sich der seit 1926 bestehende Bundesverband der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte in Bundesverband der Durchgangsarzte e. V. umbenannt.

Mit großer Mehrheit entschied sich die Mitgliederversammlung gegen den etwas umständlichen Namen, den der Verband bislang trug. Aus dem Bundesverband der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte (BVBGAe) wurde der Bundesverband der Durchgangsarzte e. V. (BDD). Damit wurde der aktuellen Weiterbildungsordnung des neuen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Neuordnung der Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Rechnung getragen.

Die Mitgliederversammlung wurde an die UMED Berlin-Brandenburg angegliedert und um Erfahrungsberichte zur Neuordnung der ambulanten und stationären Heilverfahren und um Beiträge von DGUV-Mitarbeitern ergänzt. Gleichzeitig wurde die Satzung des umbenannten Bundesverbandes an die Verhältnisse in der Bundesrepublik nach 1990 und an die aktuelle Namensgebung und Struktur der DGUV angepasst. Unter anderem wurden dabei die Neugliederung und Umbenennung der Landesverbände der DGUV berücksichtigt. Durch Neubesetzung nach vorausgehender Wahl wurde eine deutliche Verjüngung der Landesverbandsvorsitzenden des Bundesverbandes erreicht. Zielvorstellung ist eine aktive Präsenz der neuen Landesvorsitzenden an den jeweiligen Unfallmedi-

zinischen Tagungen und damit eine bessere Information der Akteure vor Ort.

Die Verbindung der Unfallmedizinischen Tagung mit Informationsveranstaltungen des Bundesverbandes der D-Ärzte hat sich bewährt. Die jährlichen Mitgliederversammlungen, die bisher anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin stattfanden, entfallen damit. Der neue Vorstand des Verbandes ist überzeugt, dass die örtliche Präsenz bei den Unfallmedizinischen Tagungen der besseren Information der D-Ärzte dient. Jeder D-Arzt soll seinen Landesverbandsvorsitzenden bezüglich aktueller Entwicklungen und Probleme ansprechen können. Unabhängig davon sollen wieder vermehrt Einführungsveranstaltungen für D-Ärzte mit den Mitgliedern des Bundesverbandes erfolgen. Damit soll ein engerer Kontakt zur Basis hergestellt werden, die D-Ärzte sollen sich mit ihrem Bundesverband besser identifizieren können.

Der Bundesverband der BG-Ärzte beteiligt sich aktiv am Dialog in der Gemeinsamen BG-Kommission, die am 17. März 2011 in Frankfurt als eine Kommission aller an der Interessensvertretung von BG-Vertragsärzten beteiligten Berufsverbände und der Fachgesellschaften DGU/DGOU ins Leben gerufen wurde.

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



www.derdurchgangsarzt.de: Passend zum neuen Namen gibt es auch eine neue Internetpräsenz für den Bundesverband der D-Ärzte.

Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik

Die „Richtlinie zur Durchführung der Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung oder Behandlung von Menschen nach den §§ 16 und 17 der Röntgenverordnung – Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL)“ wurde im vergangenen Jahr geändert. Die Richtlinie regelt die Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik. Beispielsweise ist laut Punkt 3.2.17 Arte-

fakte drei Jahre nach der erstmaligen Inbetriebnahme von Film-Folien-Systemen und Speicherfolien jährlich eine Prüfung auf Artefaktfreiheit durchzuführen. Dafür müssen Sie das Film-Folien-System bzw. die Speicherfolien mit 60KV und 2 mAs belichten, das Bild im PACS-System speichern und den Vorgang ohne Formblatt selbstständig dokumentieren (Kassettennummer, Kassettengröße, Artefakt

ja/nein). Sie können die Richtlinie im Internet herunterladen: **www.bmu.de/files/pdfs/allgemein/application/pdf/qs_richtlinie.pdf**

*Dr. Axel Goldmann
Leiter der Sektion Bildgebende Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)*

Schafft die Bedarfsplanung einfach ab

Die Fachärzte vernachlässigen die Kassenpatienten zugunsten der Privatpatienten, an denen sie mehr verdienen. Damit seien sie verantwortlich für die Wartezeiten, die immer länger werden. So heißt es in einer jüngst veröffentlichten Studie des AOK-Bundesverbandes. Helmut Mälzer, Präsident des BVOU, legt im Interview dar, woran diese seiner Meinung nach wirklich liegen.

Herr Mälzer, die AOK wirft den Ärzten vor, für 51 Stunden pro Woche Honorar zu kassieren, jedoch nur 39 Stunden in der Woche zu arbeiten. Was sagen Sie dazu?

Helmut Mälzer: Diese geringe Stundenzahl mag für Hobbypraxen zutreffen. Orthopädische Versorger-Praxen sind voll ausgelastet, da sind die Zahlen der AOK völlig unrealistisch. Man kann nicht von den Zeiten ausgehen, die am Praxisschild stehen, sondern muss auch die Zeiten einberechnen, die ein Arzt in unsinnige bürokratische Aufgaben investieren muss. Zuverlässige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 30 Prozent der Arbeitszeit eines Praxisinhabers in Verwaltungstätigkeiten einfließen. Diese erledigt er üblicherweise an den Abenden und am Wochenende. Die wunderbare Vorstellung von 39 Wochenstunden können wir in der Praxis nicht leisten. Wir arbeiten mehr.

Also in den 51 Stunden ist der Verwaltungsaufwand mit einberechnet?

Nein, das ist eine kalkulatorische Durchschnittszeit aus dem EBM, die anhand der Leistungen, die der Arzt erbringt, angesetzt wird. Die Orthopäden gehören ja bei den Abrechnungszeiten zu den fleißigsten Fachgruppen. Das ist den Pauschalierungen im EBM geschuldet. Selbst Fachärzten ist schwer verständlich, wie die Zeiten berechnet worden sind. Deswegen muss der EBM auch wieder überarbeitet werden.

Kürzlich hat Herr Lauterbach eine transparentere Gebührenordnung für Ärzte in Anlehnung an ein Kostenerstattungsmodell gefordert. Hätten Sie von dieser Seite mit einem solchen Vorschlag gerechnet?

(lacht) Nein, absolut nicht. Ich weiß nicht, wer hier vom Saulus zum Paulus wird. Aber er macht ja eine Einschränkung dahingehend, dass das Einkommen des Arztes angemessen sein muss, und darunter



Foto: Ehrhardt

Helmut Mälzer: „Wenn es nicht dringend ist, halte ich es für vertretbar, wenn ein Patient ein paar Wochen auf einen Termin wartet. (...) Bei der Lufthansa zahlen Sie doch auch mehr, wenn Sie schneller abgefertigt werden wollen.“

sind viele Menschen sehr geteilter Meinung. Auf Kuba war es angemessen, dass ein Taxifahrer mehr verdient als ein Arzt.

Zurück zur AOK: Sie wirft den Ärzten auch vor, Privatpatienten den Kassenpatienten vorzuziehen, weil sie lukrativer sind. Damit seien sie verantwortlich für die langen Wartezeiten, die mehrere Wochen bis Monate dauern können.

Ich will es mal so sagen: Auch Privatpatienten haben das Recht, eine Arztpraxis aufzusuchen. Politiker und Krankenkassen spekulieren darauf, dass mit den Einkünften aus der Behandlung von Privatpatienten die Praxen quersubventioniert werden. Der Arzt wird immer mit seinem Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit berücksichtigt. Bei der Kostensatzberechnung im EBM werden die privaten Erträge mit herangezogen. Was kein Mensch durchschaut: Die Privatpatienten sind den gesetzlichen Kassen hochwillkommen, da sie die GKV-Versorgung billiger machen.

Aber es ist doch so, dass Privatpatienten in der Regel viel schneller einen Termin beim Facharzt bekommen als GKV-Versicherte.

Notfälle werden sofort behandelt, egal ob sie privat oder gesetzlich versichert sind. Wenn es jedoch nicht dringend ist, halte ich es für vertretbar, wenn ein Patient ein paar Wochen auf einen Termin wartet. Das ist doch eigentlich überall so. Bei der Lufthansa zahlen Sie auch mehr, wenn Sie schneller abgefertigt werden wollen. Das ist gesellschaftlicher Usus und keine Erfindung der Ärzte.

Wie hoch ist der Anteil der Privatpatienten in einer durchschnittlichen orthopädischen Praxis?

In Brandenburg oder in einer Praxis in Berlin-Hohenschönhausen fallen sie überhaupt nicht ins Gewicht. Am Starnberger See hingegen gibt es Ärzte, die mit Privatpatienten voll ausgelastet sind und es gar nicht schaffen, nebenher ei-

nen Kassenarztsitz zu betreiben. Ein weiterer Grund, warum die ganzen EBM-Berechnungen nicht schlüssig sind. Den Versorgungsverhältnissen in den neuen Bundesländern, in denen es kaum Privatpatienten gibt, werden sie nicht gerecht.

Die SPD hatte im Februar vorgeschlagen, lange Wartezeiten mit Geldbußen bis zu 25.000 Euro zu ahnden. In besonders gravierenden Fällen drohte sie auch mit Zulassungsentzug. Warum schlug das viel weniger hohe Wellen als der aktuelle Vorstoß von Daniel Bahr, Patienten fachärztlich im Krankenhaus behandeln zu lassen, wenn sie bei Niedergelassenen zu lange auf einen Termin warten müssen?

Ich habe ja gar nichts dagegen, wenn die Patienten im Krankenhaus behandelt werden. Es macht nur keinen Sinn, die Krankenhäuser mit einer Arbeit zu belasten, die sie gar nicht leisten können. Auch die Krankenhäuser leiden an einem Ärztemangel. Wer soll denn die ambulanten Sprechstunden mit Terminvergabe am nächsten Tag leisten? Das ist unrealistisch und nicht konkludent mit Paragraph 12 SGB V. Dort heißt es, dass medizinische Leistungen ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Notwendig ist, dass eine Akutversorgung noch am selben Tag erfolgt. Alles andere kann warten. Wer notfallmäßig zu mir in die Praxis kommt, wird noch am selben Tag behandelt, auch wenn er möglicherweise etwas länger warten muss. Das geht Patienten, die am Wochenende in die Notfallambulanz ins Krankenhaus gehen, nicht anders. Von daher wäre eine solche Regelung ein reiner Verschiebebahnhof der Geldmengen von ambulant zu stationär, ohne dass genug Ärzte dafür zur Verfügung stehen und ohne dass die Patienten einen Vorteil davon hätten. Ich denke, es wird uns noch gelingen, Herrn Bahr davon zu überzeugen, dass dies ein Irrweg ist.

Sehen Sie eine Notwendigkeit, die Wartezeiten für die Patienten zu verkürzen?

Im europäischen Vergleich stehen wir sehr gut da. In Norwegen, Schweden oder Großbritannien betragen die Wartezeiten für ein neues Hüftgelenk oft mehrere Monate. Wir haben in Deutschland ein Spitzensystem. Ärzte genießen bei den

„Die Bedarfsplanung wurde nicht eingeführt, um den Bedarf an Ärzten zu steuern, sondern um die Geldströme im Gesundheitssystem zu lenken.“

Menschen nach wie vor ein sehr hohes Ansehen, ein weit höheres als Politiker, die unrealistische Versprechungen machen, um wiedergewählt zu werden.

Wäre es nicht trotzdem an der Zeit, die Bedarfsplanung grundlegend zu reformieren?

Es ist richtig, dass die Diskussion zur Bedarfsplanung eng mit den Wartezeiten zusammenhängt. Sie muss aber sehr kritisch geführt werden. Auf der einen Seite haben wir Bedarfszahlen aus dem Jahr 1990, auf der anderen Seite einen Demographiefaktor, der dazu nicht mehr passt. Erstens werden die Menschen erfreulicherweise immer älter, bekommen aber dadurch auch mehr Alterskrankheiten, die behandelt werden müssen. Zweitens gehen Berufspendler gern in der Nähe ihres Arbeitsplatzes zum Arzt und nicht dort, wo sie wohnen. Drittens haben wir schon heute Regionen, in denen nicht mehr genügend Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen. Bei der Bedarfsplanung müssen die Wegstrecken zum Arzt berücksichtigt werden, ebenso wie die zunehmende Multimorbidität mit den Behinderungen des höheren Lebensalters.



Sie reden von einer flexiblen Bedarfsplanung?

Wie auch immer man das nennen möchte. Am einfachsten wäre es, die Bedarfsplanung abzuschaffen. Die Politiker hätten dann allerdings das Problem, dass sie nicht mehr wüssten, wie sie die Geldströme steuern sollen. Deshalb wurde die Bedarfsplanung ja überhaupt erst eingeführt: Nicht um den Bedarf zu steuern, sondern das Geld. Ein weiteres Problem ist die Psychotherapie, die 1996 vom Gesetzgeber in das Kassensystem hineingehievt wurde. Mittlerweile liegen die psychischen Erkrankungen in der Krankenschreibungsstatistik an dritter Stelle. Woran liegt das? Waren die Menschen früher alle psychisch gesund? Haben wir zu viele Psychotherapeuten? Wir wissen es nicht. Wir wissen, dass der psychotherapeutische Bereich von den anderen Fachgruppen querfinanziert wird. Seit 1996 wurden gigantische Summen in den Bereich der Psychotherapie verschoben. Die Krankenkassen haben damals nur einen ganz geringen Teil ins System gestellt, für den vorher „Kosten erstattet“ wurden. Die späteren Wachstumsraten wurden quersubventioniert aus dem fachärztlichen Bereich. Das ist ein großes Problem. Weil die psychotherapeutische Behandlung immer mehr an Bedeutung gewinnt, steht beispielsweise für die Schmerztherapie bei Patienten mit Rückenschmerzen weniger Geld zur Verfügung. Über lange Wartezeiten beim Facharzt braucht sich da eigentlich niemand zu wundern.

Interview: Jana Ehrhardt

Mehr als die Förderung von Landärzten

Im August hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen.

Regelmäßig werden wir in den letzten Monaten je nach politischer Intention und Herkunft des Autors über Chancen und Risiken des unter Federführung des Bundesministers für Gesundheit erarbeiteten Versorgungsstrukturgesetzes unterrichtet. Viel diskutiert werden vor allem Vorschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Andere, nicht weniger einschneidende Veränderungen gehen in der Berichterstattung über den Mangel an Landärzten unter.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die bestehenden Versorgungsstrukturen und Sektoren sollen durch eine stufenweise Verankerung einer noch zu definierenden ambulanten „spezialärztlichen“ Versorgung erweitert werden. Dies betrifft auch die ambulanten Operationen, zu denen Patienten sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich Zugang erhalten sollen. Dies könnte der Einstieg in die sektorenübergreifende Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sein, wie wir sie seit Jahrzehnten aus der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung (Sozialgesetzbuch VII) kennen.

Erprobung von Innovationen im stationären Bereich

Innovative, nicht medikamentöse Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist, sollen künftig Verordnungen und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen werden, um die zeitlich begrenzte Erprobung zu beschreiben. Das heißt sehr konkret, dass neue Implantate und Behandlungsverfahren neuen Regelungen unterworfen werden, Regelungen, an deren Ausgestaltung wir als Fachgesellschaft erhebliches Interesse haben und uns deshalb frühzeitig als Partner und Experten einbringen müssen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hat diesbezüglich bereits sowohl die Bundesärztekammer und ihren neu gewählten Präsidenten als auch Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums

wissen lassen, dass wir über geeignete Strukturen für das angedachte System verfügen. Stichwort: Innovationszentren.

Stärkere Nutzung von Routinedaten

Jede stationäre Einrichtung erhebt Routinedaten zur Erlösberechnung im G-DRG-System. Auch im niedergelassenen Bereich werden Routinedaten unter anderem für den Risikostrukturausgleich ermittelt. Bereits heute nutzen die Institute der gesetzlichen Krankenkassen diese Daten, um versorgungsrelevante Hinweise über den Bedarf und die Qualität von Eingriffen, zum Beispiel an der Wirbelsäule oder beim Gelenkersatz, zu gewinnen. Der Entwurf des Gesetzes sieht für diese Daten recht klare Regelungen vor, die die Datenakquirierung, Datensicherheit, aber auch die Sicherheit des Verwenderkreises betreffen. Ausdrücklich sollen diese Daten auch zur Förderung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wissenschaftlichen Instituten der gesetzlichen Krankenversicherungen, Hochschulen und Patientenverbänden zur Verfügung stehen.

Wir haben deshalb die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) über den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aufgefordert, beim Bundes-

ministerium für Gesundheit mit Nachdruck dafür zu werben, dass diese Änderungen im Gesetzentwurf nicht im weiteren politischen Gesetzgebungsverfahren und den damit verbundenen „Tauschgeschäften“ verwässert oder gar gestrichen werden. Wir müssen die Chance nutzen, mit diesen Gesetzesänderungen Zugang zu diesen wichtigen Daten zu erhalten. So könnten wir in ganz anderen Dimensionen Versorgungsforschung betreiben und damit uns beziehungsweise unsere Patienten interessierende Fragen nach dem Nutzen mancher Verfahren umfassender beantworten.

Fazit: Der Gesetzentwurf für das Versorgungsstrukturgesetz bietet für unsere Tätigkeitsbereiche vielfältige Chancen, auch und gerade in den Abschnitten, die von den Medien nicht hervorgehoben werden.

Prof. Dr. Hartmut R. Siebert



Prof. Dr. Hartmut Siebert ist Generalsekretär der DGU. **Kontakt:** hsiebert@diaksha.de



Da steckt mehr drin: Der Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes sieht ein Bündel von Maßnahmen für eine gute ärztliche Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten vor. Dazu gehören nicht nur Anreize für Hausärzte, sich auf dem Land niederzulassen, sondern unter anderem auch eine Öffnung der Sektorengrenzen.

Foto: Fotolia

Routinedaten für die Wissenschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) mit ihren zehn Mitgliedsgesellschaften begrüßt den Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz. Dieser sieht vor, Routinedaten der Kassen einem größeren Kreis von Nutzern für wissenschaftliche Zwecke zugänglich zu machen.

Die Bewertung operativer Eingriffe nach Indikation, Häufigkeit, Ort der Leistungserbringung und Langzeitergebnissen ist ein wichtiges Instrument, um den Stand und die Qualität chirurgischer Versorgung bewerten zu können. „Vor allem die Bewertung chirurgischer Verfahren in der klinischen Routine stellt einen zentralen Aspekt in der chirurgischen Versorgungsforschung dar“, sagt Prof. Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Daraus ließe sich zum Beispiel schließen, wie Studienergebnisse mit dem klinischen Alltag übereinstimmen. Für Operationen bei Rückenschmerzen, Gallensteinen oder zum Gelenkersatz ließe sich zeigen, ob Patienten etwa regional verschieden über-, unter- oder fehlversorgt sind. Ins Verhältnis setzen ließe sich auch, welcher Bedarf an chirurgischen Leistungen hierzulande besteht. „Vor allem in der Frage nach Qualität und Wirtschaftlichkeit, also Kosten und Nutzen, kämen wir damit endlich einen Schritt voran.“

Zu hinterfragen gelte es auch, was Leitlinien bewirken und wie sich gesundheitspolitische Vorgaben – Diagnosis Related Groups, Disease-Management-Programme oder Mindestmengen – auf die Qualität chirurgischer Leistungen auswirken. „Der größte Bedarf an Ver-



Foto: Strauß

Hartwig Bauer, DGCH-Generalsekretär: „Gerade im Zusammenhang mit den für Patienten so wichtigen Fragen nach Nutzen, Qualität und Sicherheit der chirurgischen Versorgung können wir auf Routinedaten nicht verzichten.“

sorgungsforschung in der Chirurgie liegt im Bereich der Bewertung und des Transfers von Innovationen“, sagt Bauer. Hier gelte es sicherstellen, dass nutzlose oder schädliche Verfahren nicht in die breite Anwendung kommen. Neue nützliche und sichere Verfahren müssten dagegen den Patienten möglichst früh erreichen.

Valide Versorgungsforschung braucht gesetzlichen Rahmen

Bisher bildeten Daten aus Befragungen, in der Regel begrenzt entweder auf den stationären oder ambulanten Versorgungsbereich, die Grundlage für die chirurgische Versorgungsforschung. Erschweren Zugriff hatten Forscher dagegen auf Daten, die Kliniken und niedergelassene Ärzten den Krankenkassen übermitteln. Systematische Untersuchungen scheiterten daran schon mehrfach. Berechtigte Forderungen nach mehr und valider Versorgungsforschung – seit Jahren von allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen erhoben – müssten, ganz abgesehen von einer Klärung der Finanzierungsfragen, endlich auch durch angemessene gesetzliche Rahmenbedingungen umsetzbar werden.

Chance zur Auswertung von Langzeitdaten

Der aktuelle Entwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht nun vor, den Kreis der Nutzer von Routinedaten der Kassen zu erweitern: Im ersten Schritt sollen die Daten aller Krankenkassen anonymisiert zusammengeführt werden. Die chirurgischen Fachgesellschaften unterstützen dieses Anliegen nachhaltig: „Die DGCH sieht in dem Gesetzentwurf eine Chance, auf Basis von Versorgungsdaten endlich ein nationales System zur Auswertung von Langzeitdaten zu verwirklichen“, erläutert Bauer. Dies fordert seit langem auch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Vorschläge zur technischen Umsetzung liegen vor.

Die dazu erstellte Expertise der Bundesärztekammer wird von der DGCH nachhaltig unterstützt. „Nun gilt es, Nägel mit Köpfen zu machen“, so Bauer. Das Gesetz soll im Januar 2012 in Kraft treten.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

MITGLIEDSGESELLSCHAFTEN DER DGCH

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
- Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen

Anlässlich einer Anhörung im Bundesministerium der Justiz am 16. Mai 2011 für ein Patientenrechtegesetz legten der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie folgende Stellungnahme vor.



Foto: www.wolfgang-zoeller.de

Wolfgang Zöller:
Der CSU-Bundestagsabgeordnete ist der Patientenbeauftragte der Bundesregierung.

Sehr geehrter Herr Zöller,

der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung der Gesetzesinitiative, die Mündigkeit der Patienten zu fördern, die Transparenz seiner rechtlichen Position zu verbessern und die Verfolgung von Behandlungsfehlern zu erleichtern, auch wenn der Patientenschutz in Deutschland im internationalen Vergleich bereits gut ist.

Jedoch darf es durch ein neues Patientenrechtegesetz und die beabsichtigte „Zusammenführung“ des geltenden Rechts nicht zu einer Verdoppelung von Vorschriften und neuer Bürokratie kommen. Vielmehr muss die Zielsetzung auf eine präventive Schadensvermeidung gerichtet sein. Dazu notwendig sind vor allem die Verbesserung des Risikomanagements und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen.

Die Zeiten, die Ärzte für die Dokumentation verwenden müssen, stehen nicht für die Patienten zur Verfügung. Daher plädieren DGOU und BVOU nachdrücklich dafür, die Ergebnisqualität als Indikator für die bestmögliche Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen und für die Leistungen einer ausführlichen Dokumentation im Sinne des Qualitätsmanagements in Klinik und Praxis eine entsprechende finanzielle Förderung im Sinne einer Dokumentationspauschale zur Verfügung zu stellen.

Beispiel

Unter der deutlich zurückgegangenen Verweildauer in Kliniken – sie liegt heute bei durchschnittlich acht Tagen – gehören komplexe und arbeitsteilige Abläufe unter hoher Arbeitsbelastung und bei

schneller Entscheidungsfrequenz zum Krankenhausalltag. Für die Kollegen in der ambulanten Tätigkeit bedeutet dies ebenfalls eine höhere Arbeitsbelastung durch Patienten, die vermehrter Zuwendung bedürfen. Eine hohe Versorgungsqualität kann nur gewährleistet werden, wenn dafür die notwendigen Rahmenbedingungen erfüllt sind (Personal, Reduktion überbordender Bürokratie, ...).

Grenzen der Versicherbarkeit

Erhebliche Bedenken bestehen seitens des BVOU und der DGOU hinsichtlich einer Verlagerung der Beweislast sowie einer Haftungsverschärfung zu Lasten der Ärzte. Denn die Rechtsprechung hat zur Entlastung des Patienten bereits zahlreiche Beweiserleichterungen eingeführt (zum Beispiel unterlassene Befunderhebung, Schaden bei einem „voll beherrschbaren Risiko“, Dokumentationsmängel des Arztes), die dem Patienten die Geltendmachung seiner Ansprüche bei Behandlungsfehlern erleichtert. Eine darüber hinausgehende Beweislast zum Nachteil des behandelnden Arztes kann weit reichende Folgen haben und die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig beeinträchtigen. Denn eine weitergehende Haftungsverschärfung gefährdet die Versicherbarkeit besonders risikobelasteter Fachrichtungen! Die Gewährleistung einer umfassenden Gesundheitsversorgung wäre damit nicht vereinbar. Auch das allgemeine Lebensrisiko im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung und der Compliance des Patienten kann und darf nicht einseitig auf den behandelnden Arzt verlagert werden.

Schon heute gelangen besonders risikobelastete Facharzttrichtungen an die Grenzen der Versicherbarkeit. Wie gravierend wäre es, wenn sich zahlreiche Versicherer vollständig aus dem Markt für Berufshaft-

plichtversicherungen zurückziehen würden? Weitaus gravierender wäre auch das Szenario, dass besonders risikobelastete Fachärzte wegen steigender wirtschaftlicher Belastungen einzelne Berufsfelder aufgeben, nicht mehr anbieten und damit die Gesundheitsversorgung gefährden. Es dürfte bekannt sein, dass in den USA geburtshilflich tätige Ärzte ihre Tätigkeit eingestellt haben und ganze Regionen nicht mehr versorgt werden, weil die Erlöse aus ärztlicher Tätigkeit nicht einmal mehr ausreichen, um die Versicherungssummen zu bezahlen.

Unbedingt abzulehnen sind die von einigen Patientenvertretern geforderten AGBs als Bestandteil des Behandlungsvertrages, da sich hier die Frage stellen wird, welcher Arzt sich dann noch bereit erklärt, zum Beispiel multimorbide Patienten zu behandeln. Hier besteht die Gefahr einer Überweisungsflut innerhalb der Sektoren zur Abwendung eines möglichen Haftungsrisikos!

Als Haftungsergänzung – nicht -ersatz! – schlagen wir vor, einen schadensunabhängigen Haftungsfonds entsprechend der guten Erfahrungen Österreichs und der skandinavischen Länder einzurichten. Dieser gewährleistet dem Patienten eine zeitnahe und angemessene Entschädigung für bestimmte Verfahrenssituationen.

Für weitere Besprechungen stehen wir gerne zur Verfügung und bedanken uns für den offenen Dialog!



Berufsverband der Fachärzte
für Orthopädie und
Unfallchirurgie e. V.



Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und
Unfallchirurgie

Das Geschäft mit der Angst

Die Überversorgung im Deutschen Gesundheitswesen ist ein Dauerbrenner in den Medien. „Radikales Umdenken“ fordert nun eine zwölfköpfige Gruppe von überwiegend im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich tätigen Ärzten, die Patienten im Internet Zweitmeinungen anbietet. Was steckt dahinter?

Die Initiative der zwölf Kollegen, Zweitmeinungen im Internet zu verkaufen, hat zu zahlreichen Stellungnahmen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden in den Medien geführt. Warum? Das Internetangebot allein kann es nicht gewesen sein. Derartige Portale gibt es seit Langem – Ärzte nutzen sie für die Kommunikation mit anderen Ärzten, bieten dort aber auch Antworten auf Patientenfragen an. Sie werden von den Kostenträgern aktiv befördert. Sich eine Zweitmeinung einzuholen ist fast selbstverständlich, wenn jemand vor schwerwiegenden Fragen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes steht. Seit jeher haben Patienten vor allem vor invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffen zumindest Gleichbetroffene befragt, aber auch den Kontakt zu anderen Ärzten gesucht, um sich ihrer Entscheidung zu vergewissern. Dass dies nun auch im Internet geschieht, darf nicht überraschen.

Virtuelle Zweitmeinung bricht Berufsrecht

Schwieriger wird es, wenn es um die Aussagefähigkeit einer solchen Zweitmeinung geht. Die Arztgruppe beschränkt sich auf den Internetkontakt mit dem Patienten. Sie bietet keine persönliche Untersuchung an und bildet sich ihre Zweitmeinung anhand eines Fragebogens, Röntgenbildern und anderer Befunde. Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfall-

chirurgie (BVOU) lehnt diese Form der kontaktlosen Medizin grundsätzlich ab, auch der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) sieht eine solche kostenpflichtige Online-Zweitmeinung per Fern-diagnose eher kritisch. „Wir operieren

zu beraten, unzulässig. Dass die Betreiberfirma des Zweitmeinungsportals ihren Sitz in der Schweiz hat, ändert daran nichts, denn die beteiligten deutschen Ärzte unterliegen dem Berufsrecht der Ärztekammer, der sie angehören.

Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

Ärztliche Musterberufsordnung

Menschen und keine Röntgenbilder“, sagt BDC-Präsident Hans-Peter Bruch. Der Vorsitzende des Hartmann-Bundes Prof. Dr. Kuno Winn verweist in diesem Zusammenhang auf die Spielregeln des Berufsrechts. Nach Meinung des NAV-Virchow-Bundes, des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, sind Zweitmeinungen ohne direkten Patientenkontakt schlicht und einfach unzulässig. Der Fachanwalt Dr. Albrecht Wienke weist auf Paragraph 7 Absatz 3 der Musterberufsordnung hin, wonach „Ärztinnen und Ärzte individuelle ärztliche Behandlungen, insbesondere auch Beratung weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften, noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze“ durchführen dürfen. Insofern sei das Angebot der Arztgruppe, Patienten per Ferndiagnose

Geschicktes Geschäftsmodell

Auf die juristischen Feinheiten haben sich jedoch nur wenige Gegner des Portals berufen. Also worum geht es wirklich? Einen bitteren Beigeschmack bekommt diese Zweitmeinungsinitiative dadurch, dass die zwölf Spezialisten die Angst vor vermeintlich überflüssigen Operationen schüren und für eine bessere und häufigere konservative Behandlung plädieren, obwohl sie selbst – allesamt dem Berufsstande zustrebend oder schon darüber hinaus – während ihrer beruflichen Tätigkeit nicht gerade als Verfechter einer konservativen Behandlung bekannt waren. Dass die Zweitmeinung darüber hinaus mit Kosten zwischen 200 bis 600 Euro verbunden ist, lässt die Sache nach einem geschickten Geschäftsmodell aussehen. Die ohnehin immer mögliche ärztliche Zweitmeinung

21 Euro

Damit wird die ärztliche Zweitmeinung beim niedergelassenen Orthopäden oder Unfallchirurgen bei Privatpatienten vergütet. Bei gesetzlich Versicherten ist der Betrag noch geringer. Grundsätzlich hat jeder Patient das Recht, sich eine zweite Meinung einzuholen.

200 Euro

Soviel kostet die billigste Variante bei „Vorsicht Operation“. Dafür wird der Fragebogen ausgewertet, ebenso Röntgen- und MRT-Aufnahmen von jeweils einer Sitzung, Operation, Untersuchung etc.

400 Euro

Das „mittlere Gutachten“ beinhaltet neben der Auswertung des Fragebogens auch die Auswertung von MRT- und Röntgenaufnahmen und von Berichten mehrerer Sitzungen und OPs, außerdem eine Literaturrecherche.

600 Euro

Am teuersten ist das „schwierige Gutachten“, bei dem neben der Auswertung von Fragebogen, Befunden und Berichten auch zeitaufwändige Recherchen in der Fachliteratur nötig werden. Teurere Angebote werden individuell erstellt.

beim niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen wird für Privatpatienten mit 21 Euro und für gesetzlich Versicherte noch geringer vergütet.

Nicht zuletzt unterstellt die Gruppe mit ihrer Initiative den Patienten reichlich Unmündigkeit: Sollten wirklich so viele Patienten in Deutschland ihrem operativen Eingriff zugestimmt haben, obwohl er unnütz war? Und das in einem Land, in dem der Aufklärungsfehler als zentrales Problem jeglicher medizinjuristischer Auseinandersetzungen bekannt ist?

Was bedeutet das für die Fachgesellschaften und Berufsverbände?

Fakt ist, dass eine Mengenausweitung chirurgischer Eingriffe zu beobachten ist. Den stärksten Anstieg hat derzeit die Wirbelsäulenchirurgie aufzuweisen (siehe Orthopädie Mitteilungen 2/2010, „Starker Anstieg der Wirbelsäulenoperationen“, Seite 106). Die Ursachen für diese Mengenausweitung sind in Deutschland bisher nicht untersucht worden. Die demografische Entwicklung einerseits und der technologische Fortschritt andererseits überlappen sich. Die sogenannte „angebotsinduzierte Nachfrage“ – je mehr Chirurgen in einer Region tätig sind, um so mehr wird operiert – wird vermutet, ist aber bisher nicht bewiesen.

Prof. Dr. Reiner Gradinger warnte als letztjähriger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) beim Chirurgenkongress 2010 vor einer „Kommerzialisierung“ der Medizin aufgrund verschiedener politischer Eingriffe in das Gesundheitswesen. Sie betrifft alle Fächer und nicht nur die Orthopädie und Unfallchirurgie, der die zwölfköpfige Gruppe angehört. Sie betrifft diagnostisch, konservativ und chirurgisch tätige Ärzte, sie betrifft den stationären und ambulanten Bereich. Deren Auswirkungen werden von Ärzten und Patienten gefühlt, sind aber ebenfalls nicht genügend untersucht.

Überversorgung bislang nicht belegt

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat sich des Themas der Versorgungsstrukturen seit Längerem angenommen. Gemeinsam mit Kostenträgern (insbesondere der AOK)



www.vorsicht-operation.de: Das Internetangebot von zwölf Ärzten, die überwiegend im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich tätig sind, sorgte für einen Sturm in Deutschlands Blätterwald.

WAS DENKEN SIE?

Ist das Angebot von Prof. Hans Pässler und seinen Kollegen, Zweitgutachten anzubieten, dazu geeignet, Patienten in ihrer Entscheidungsfindung pro oder contra Operation zu unterstützen? Oder halten Sie es für pure Abzocke, die mit den Ängsten der

Patienten spielt? Schreiben Sie uns Ihre Meinung, die wir in der nächsten Ausgabe gern veröffentlichen würden.

office@dgou.de

Stichwort: Zweitmeinung

wird derzeit ein Versorgungsatlas entwickelt, aus dem die regionale Verteilung von speziellen Eingriffen hervorgeht. Die aus dem amerikanischen Raum bekannte angebotsinduzierte Nachfrage („supply induced demand“) ist zunächst in Deutschland nicht zu erkennen. Insofern ist die für den Start der Zweitmeinungs-Online-Initiative behauptete Überversorgung ein Postulat, das weiterer Erklärung bedarf.

Die ärztliche Zweitmeinung gehört zu den Aufgaben des Berufes. Zweifelsohne kann sie in einfachen Fragestellungen anhand von vorliegenden Befunden und damit auch im Internet erstellt werden. Wie sonst wären die täglich geübten Entscheidungen in Frühmorgenrunden ohne Vorstellung des Patienten erklärlich? Dass schwierigere Fragestellungen allerdings die persönliche Untersuchung des Patienten voraussetzt, dürfte ebenfalls einsichtig sein.

Die Fachgesellschaften sind der Meinung, dass Zweitmeinungen bei der Komplexität der Gesundheitsstrukturen durchaus angebracht sind und dem Patienten bei den zunehmend komplexer werdenden Fragestellung weiterhelfen können. Die bisher gestarteten Initiativen verschiedener Kostenträger gilt es weiter zu entwickeln und den Patienten zugänglich zu machen, sofern dies nicht ohnehin schon möglich ist.

Die politisch gewollte Ökonomisierung der Medizin, zum Teil als Kommerzialisierung ausufernd, muss hinsichtlich der zahlreichen Einflussfaktoren näher untersucht werden. Wenn man „Ärzte nicht erziehen“ kann, wie der Koordinator der Zweitmeinungsinitiative Prof. Hans Pässler postuliert, wäre dies ein Armutszeugnis für die Ärzteschaft, deren Selbstverwaltung und die Weiterbildung. Denn: Wer etwas richtig gelernt hat, sollte es eigentlich richtig machen, insbesondere wenn es um die Indikationen geht...

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär DGOU/DGOOC

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Generalsekretär DGU

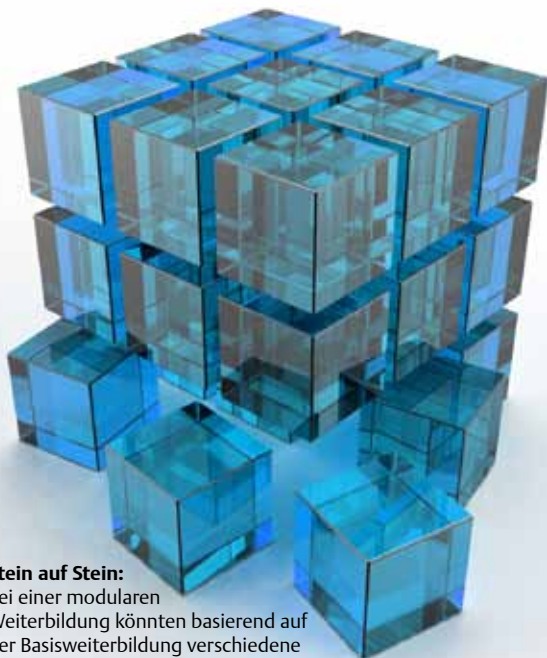
Prof. Dr. Tim Pohlemann
Präsident DGOU/DGU

Prof. Dr. Dieter Kohn
Präsident DGOOC

Helmut Mälzer
Präsident des BVOU

Prof. Dr. Klaus Peter Günther
Präsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Prof. Dr. Dietmar Pennig
1. Vorsitzender VLOU



Stein auf Stein:

Bei einer modularen Weiterbildung könnten basierend auf der Basisweiterbildung verschiedene Weiterbildungsblöcke erworben werden.

Bild: Fabulous/Fotolia

SPEZIALISIERUNG

Baukastenprinzip für die Weiterbildung

Die Spezialisierung in der Chirurgie schreitet voran. Die Weiterbildungsordnung ist dem nicht mehr gewachsen. Welche Möglichkeiten gibt es, zusätzliche Qualifikationen anzubieten, die auch erreicht werden können? Ein Vorschlag zur Ergänzung und Novellierung der Musterweiterbildungsordnung.

„Generalisten in der Chirurgie gibt es nicht mehr, und es darf sie auch nicht mehr geben.“ – „Ohne Generalisten bricht das System der wohnortnahen Versorgung zusammen.“ – „Ohne die Pflege der Weiterbildung von Generalisten bleibt der chirurgische Notfall auf dem Lande unversorgt.“ Seit Jahren bestimmen solche und ähnliche Argumente die Debatte für und wider die Spezialisierung in den chirurgischen Fächern. Die Wirklichkeit in den Operationssälen ist bereits einen Schritt weiter: Welcher Allgemeinchirurg operiert heute noch Tumoren des Gehirns oder der Parotis? Welcher Allgemeinchirurg ist in der Urologie oder Frauenheilkunde tätig? Welcher Allgemeinchirurg beherrscht die operativen Techniken der sieben chirurgischen Fachärzte?

Spezialisierung innerhalb der Chirurgie hat sich bewährt

Vor über 100 Jahren hat sich das Gebiet Orthopädie von der Chirurgie getrennt – unter heftigen Widerständen. Frauenheilkunde, Urologie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Anästhesie gingen den gleichen Weg. Ab 1993 wurden auch die Herzchirurgie, Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie zu eigenen Gebieten, die darin tätigen Chirurgen zu anerkannten „Spezialisten“. Kein Patient bezweifelt, dass eine Herztransplantation nur von einem Spezialisten für Herzchirurgie durchgeführt werden kann. Die großen Erfolge der operativen Medizin im 19. und 20. Jahrhundert gehen auf das Konto von Ärzten, die an einzelnen Fragen über viele Jahre gearbeitet haben – Spezialisten also.

Wer Innovationen sucht, muss Spezialisierungen zulassen. Spezialisierung ist auch in der Chirurgie ein logischer, notwendiger und bewährter Weg. Wir sollten uns deshalb fragen: Welche Spezialisierung ist möglich, sinnvoll und notwendig? Haben chirurgische Generalisten eine Zukunft, und wenn ja, wie sollte deren Weiterbildung aussehen?

Hürden innerhalb der Weiterbildung

Die heute in der Weiterbildungsordnung mögliche Spezialisierung wurde von Chirurgen gefordert und durchgesetzt. Der Erwerb der Facharztqualifizierung ist schwierig. Der Erwerb von Zusatzqualifikationen ist aus zahlreichen Gründen schwer oder unmöglich. Die notwendigen Mindestzeiten sind starr geregelt, es gibt nicht genug Weiterbildungsstätten, es ist unmöglich, gleichzeitig verschiedene Zusatzweiterbildungen zu erwerben. Nicht zuletzt erschweren rechtliche Beschränkungen und die Unvereinbarkeit mit der Familie den Werdegang eines Chirurgen. Die Liste der Zusatzweiterbildungen und deren Mindestweiterbildungszeiten verdeutlichen das Problem (► **Kasten**).

Sorgen und Ängste

Die Einführung weiterer Fachärzte, zum Beispiel für Wirbelsäulenchirurgie, Notfallmedizin, für Geriatrie, für Endoprothetik, für konservative Orthopädie und Unfallchirurgie und andere ist in der Diskussion. Damit würde es jedoch immer schwieriger, die Weiterbildung flächendeckend anzubieten, es käme zu weiteren Hinder-

nissen in der Berufsausübung. Vor allem wäre der Facharzttitel kein Garant mehr dafür, den Beruf dann auch ausüben zu können. Wesentliche Kernbereiche würden verloren gehen, da sie der neuen Facharzt- und Zusatzweiterbildung vorbehalten wären.

- Die in einigen Bundesländern erst seit wenigen Jahren gültige Musterweiterbildungsordnung (MWBO) aus dem Jahr 2003 konnte bis jetzt nur von einem Teil der Kollegen erfolgreich umgesetzt werden. Es besteht die berechtigte Sorge, dass bei einer schnellen Änderung der MWBO die derzeitige Weiterbildung an Wert verliert. Die Angst, dass die ohnehin schwierige Lebensplanung weiter gefährdet wird, ist verständlich. Zuletzt wurde die MWBO 2010 geändert: Allgemein- und Viszeralchirurgie wurden zur Viszeralchirurgie zusammengeführt, eine Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie eingeführt.
- Schon heute hat der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Möglichkeit, 20 (!) Zusatzweiterbildungen zu erwerben. Weitere Zusatzweiterbildungen sind nicht wünschenswert. Der Erwerb mehrerer Zusatzqualifikationen in einer akzeptablen Zeit wird zunehmend unmöglich.
- Die unterschiedliche Auslegung der MWBO durch einzelne Landesärztekammern behindert leider die notwendige und sinnvolle Mobilität der jungen ärztlichen Mitarbeiter. Eine Ausweitung der starren MWBO würde dieses Problem weiter verstärken.

- Die Qualität der Weiterbildung ist nur zu gewährleisten, wenn die Inhalte und abzuleistenden Zeiten flächendeckend erfüllbar sind.

Gedanken zu einer Lösung

Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil vom 1. Februar 2011 – 1BvR – 2383/10 (siehe Orthopädie Mitteilungen 2/2011: „Ein Arzt darf, was er kann – auch außerhalb seines Fachgebietes“, Seite 170, und Orthopädie Mitteilungen 3/2011: „Übergriffe in ein anderes Fachgebiet“, Seite 293) die starren Gebietsgrenzen der Weiterbildungsordnung aufgebrochen. Fachärzte dürfen in einem gewissen Umfang auch außerhalb ihrer Facharztqualifikation tätig werden.

Die im Kasten aufgelisteten Facharzt- und Zusatzweiterbildungen sind mit ihren starren zeitlichen und administrativen Regelungen schon jetzt nicht flächendeckend und in Mindestzeiten erreichbar. Es macht daher keinen Sinn, weitere Qualifikationen in das starre System zu zwingen. Die Basisweiterbildung muss vor der Spezialisierung einen Überblick über die ganze Breite des Faches vermitteln. Gleichzeitig wird die Forderung nach Qualifikationen und Zertifizierungen für neue und erweiterte Kenntnisse gut begründet vorgetragen. Qualifizierungen mit staatlicher Anerkennung sind aus Qualitäts- und Europarechtlichen Gründen notwendig.

Modulare Weiterbildung für fächerübergreifende Spezialisierung

Wir müssen daher neue Wege gehen, um den Patienten zusätzlich Wirbelsäulenchirurgie, konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, Notfallmedizin, Schulter-, Becken- und Kniechirurgie in einer definierten Qualität anzubieten, diese definierten Inhalte zu schützen und europarechtlich zu sichern.

In einer modularen Weiterbildung könnten starre Zeitvorgaben und hohe Katalogzahlen vermieden werden, indem obligate und fakultative Weiterbildungsblöcke (Kenntnisse und Fertigkeiten) additiv zur Basisweiterbildung erworben werden könnten. Bestimmte Kombinationen solcher Weiterbildungsbausteine könnten einen übergeordneten Begriff oder eine übergeordnete Bezeichnung, beispielsweise Chirurgische Notfallme-

Zusatzweiterbildungen für das Gebiet Chirurgie / Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

1. Ärztliches Qualitätsmanagement	24 Monate + Kurse
2. Akupunktur	24 Monate + Kurse
3. Handchirurgie	36 Monate
4. Infektiologie	12 Monate
5. Intensivmedizin	24 Monate
6. Kinderorthopädie	18 Monate
7. Magnetresonanztherapie Fachgebunden	24 Monate
8. Manuelle Medizin/ Chirotherapie	24 Monate
9. Medikamentöse Tumorthherapie	12 Monate
10. Medizinische Informatik	12 Monate + Kurse
11. Naturheilverfahren	24 Monate + Kurse
12. Notfallmedizin	24 Monate + Kurse
13. Orthopädische Rheumatologie	36 Monate
14. Physikalische Therapie/ Balneologie	24 Monate + Kurse
15. Rehabilitationswesen	12 Monate + Kurse
16. Röntgendiagnostik Fachgebunden	12 Monate
17. Spezielle Orthopädische Chirurgie	36 Monate
18. Spezielle Schmerztherapie	12 Monate + Kurse
19. Spezielle Unfallchirurgie	36 Monate
20. Sportmedizin	24 Monate + Kurse

Quelle: Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 17. Oktober 2010, Abschnitt C – Zusatzweiterbildung

dizin, Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen, Schwer- verletztenversorgung ergeben.

Ein gleiches System ist für alle chirurgischen Fachärzte denkbar, mit gegenseitiger Anerkennung, wo sinnvoll. Die jetzige MWBO könnte zumindest auf Zeit beibehalten werden. Die Migrationsfähigkeit in Europa bliebe erhalten. Die jungen Kollegen könnten flexibel ihre Fähigkeiten und auch ihre Berufswünsche verwirklichen, wenn ausreichend Weiterbildungsstellen geboten werden.

Verbundstruktur bereits vorhanden

Ein großes Reservoir an Weiterbildungsstellen bieten die 851 Kliniken, die in Deutschland in TraumaNetzwerken or-

ganisiert sind (Stand: 2011). Daran angedockt sind Einrichtungen zur Rehabilitation im stationären Bereich sowie Qualitätsnetzwerke im ambulanten Bereich (zum Beispiel das Kompetenznetzwerk des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie). Somit steht eine praxisnahe, bereits weit organisierte und regional aufgestellte Struktur zur Verfügung, um einen Weiterbildungsverband sektorenübergreifend für bestimmte Module anzubieten. Junge Kollegen haben in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und den Berufsverbänden Partner, die in Kooperation mit den Landesärztekammern die Weiterbildung vermitteln und organisieren könnten.

Die Landesärztekammern könnten nach bestimmten Kriterien die von der DGOU organisierte Weiterbildung anerkennen und zertifizieren. So könnte nationales und Europarecht erfüllt werden. Ein erster Schritt hierzu wurde bereits in einigen Landesärztekammern im Bereich der Notfallmedizin und der Krankenhaushygiene getan. Von den Landesärztekammern werden zertifizierte Weiterbildungscurricula in Kooperation mit Fachgesellschaften außerhalb der starren MWBO angeboten. Ziel ist es, rasch auf die sich verschärfenden Versorgungsdefizite zu reagieren.

Fazit

Die heutige Musterweiterbildungsordnung erfüllt die sich schnell ändernden Anforderungen nur noch ungenügend. Starre Regeln und Zeitvorgaben sollten aufgehoben werden, der Erwerb von Wissen und Fähigkeiten muss im Vordergrund stehen, Wissen muss in „Modulen“ erwerbbar sein. Die DGOU könnte in einem ersten Schritt zusammen mit den in einem Netzwerk verbundenen Weiterbildungskliniken und ambulanten Einrichtungen eine Weiterbildung in speziellen Bereichen gemeinsam mit den Ärztekammern organisieren und anbieten. Dabei könnten die Landesärztekammern die Qualität überwachen und die rechtskräftige Zertifizierung gewährleisten.

Prof. Dr. Günter Lob
Stellvertretender Vorsitzender der
gemeinsamen Weiterbildungskommission
der DGCH und der Berufsverbände

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Generalsekretär DGU

Brauchen wir eine Zusatzweiterbildung zum Wirbelsäulenchirurgen?

VORBEMERKUNG

Spätestens mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den Gebietsgrenzen der Weiterbildungsordnung dürfte auch seitens der aufsichtsführenden Landesbehörden im Gesundheitswesen ein neuerliches Interesse für die Systematik der bisherigen ärztlichen Weiterbildungsordnungen erwacht sein. Da gleichzeitig sehr medienwirksam über den Ärztemangel in den Flächenländern, also außerhalb der Ballungsgebiete, diskutiert wird, müssen die Ärztekammern sich sicher kurzfristiger als bisher geplant der Neugestaltung der ärztlichen Weiterbildung widmen. Sicher kann niemand derzeit prognostizieren, in welche Richtung es letztendlich gehen wird, aber die tatsächlich stattfindende Spezialisierung in der Medizin wird eher zu- als abnehmen. Gleiches gilt für den Druck von Politik, Patienten und Kostenträgern auf die Transparenz der Leistungserbringung.

Vor diesem Hintergrund kann das seitens der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) im März 2010 veröffentlichte „Weiterbildungscurriculum zur Zusatzbezeichnung Wirbelsäulenchirurgie“ als wegweisend wahrgenommen werden. Dieses Curriculum wurde sowohl über die bisherigen Gebietsgrenzen von Unfallchirurgen, Orthopäden und Neurochirurgen hinaus als auch sektorenübergreifend abgestimmt. Somit kann das Curriculum aus den verschiedenen Facharztgebieten heraus und sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor absolviert werden. Das Protokoll des ersten Treffens von Repräsentanten der zu beteiligenden Fachgesellschaften ist im Folgenden veröffentlicht und macht deutlich, dass noch Gesprächs- und Regelungsbedarf besteht.

Prof. Dr. Almut Tempka

Ausschuss für Fort- und Weiterbildungsfragen der DGOU



Protokoll der 1. Sitzung des Arbeitskreises Weiterbildungsmodul Wirbelsäulenchirurgie

- Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Berufsverband deutscher Neurochirurgen (BDNC)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

Wann und wo?

9. Februar 2011
14 bis 16.30 Uhr
Langenbeck-Virchow-Haus
Berlin

Anwesende

Prof. Dr. Christof Hopf, DWG
Prof. Dr. Christian Knop, DWG
Prof. Dr. Rüdiger Krauspe, DGOOC
Prof. Dr. Bernhard Meyer, DGNC
Dr. Urs Nissen, BDNC
Dr. Daniel Rosenthal, DWG
PD Dr. Klaus-Dieter Schaser, DGU

Prof. Dr. Kirsten Schmieder, Neurochirurgische Akademie für Fort- und Weiterbildung, (NCAFW)

Prof. Dr. Almut Tempka, DGOU, Moderatorin

Dipl.-Pol. Joachim Arndt, Geschäftsstelle der DGOU, Protokollant

Abwesend:

Dipl.-Med. Frank Schulz, BVOU

1. Begrüßung

Frau Professor Tempka begrüßt die Teilnehmer und dankt für das Kommen.

2. Vorstellungsrunde der Teilnehmer

Die anwesenden Mitglieder des Arbeitskreises stellen sich kurz vor (hier in alphabetischer Reihenfolge):

Professor Dr. Christof **Hopf** ist Leitender Arzt der Fachabteilung Wirbelsäulenchirurgie, Kinder-, Rheuma- und onkologische Orthopädie des Lubinus-Clinicums Kiel. Er ist Präsident der DWG und der Leiter der DWG-Weiterbildungskommission und hat federführend am Entwurf des Weiterbildungscurriculums der „Zusatzbezeichnung Wirbelsäulenchirurgie“ der DWG mitgearbeitet.

Professor Dr. Christian **Knop** ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Katharinenhospitals Stuttgart. Als Leiter der DGU-Arbeits-

gemeinschaft Wirbelsäule ist er gemäß der Satzung der DWG automatisch auch Mitglied des Vorstandes der DWG, für die er am Arbeitskreis teilnimmt.

Professor Dr. Rüdiger **Krauspe**, Direktor der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf, war Gründungspräsident sowie langjähriger Präsident der AO Spine und hat als solcher federführend am Curriculum der AO Spine mitgearbeitet. Er vertritt die DGOOC.

Prof. Dr. Bernhard **Meyer**, Direktor der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar der TU München, vertritt die DGNC und ist Mitglied der Zertifizierungskommission Spinale Neurochirurgie der DGNC, er ist Mitglied der Weiterbildungskommission

der DWG. Chairman „education neuro“ der AO Spine.

Dr. Urs **Nissen**, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie des Westküstenklinikums Heide, vertritt den BDNC.

Dr. Daniel **Rosenthal** ist niedergelassener Neurochirurg in Bad Homburg und seit kurzem auch Leiter der Sektion Wirbelsäulenchirurgie der Unfallchirurgischen Klinik der Hochtaunuskliniken Bad Homburg. Er ist als „Präsident elect“ Mitglied des Vorstandes der DWG.

PD Dr. Klaus-Dieter **Schaser** ist Stellvertretender Klinikdirektor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin. Er vertritt die DGU.

KOMMENTAR

Weiterbildungsordnung auf dem Prüfstand

Über die protokollierten Anmerkungen hinaus erscheint es mir wichtig, noch einmal grundsätzlich zu überlegen, ob es günstig ist, alle medizinischen Spezialisierungen in der bisherigen Systematik der Weiterbildungsordnungen abbilden zu wollen. Das Bundesverfassungsgericht bewertet die ärztliche Approbation als entscheidend für die Qualität der ärztlichen Berufsausübung – warum dann noch Fachärzte und Zusatzweiterbildungen?

Die Triebfedern für ein immer genauer reguliertes ärztliches Qualifizierungswesen sind mannigfaltig. Seitens der Landesbehörden dominiert der Patienten-, also Bürger- und

beitsplatz. Seit einigen Jahren zeichnet sich zusätzlich ein neuer Trend zur interdisziplinären, krankheitsbezogenen Zentrenbildung ab. Langsam reift die Erkenntnis, dass es sogar eines multiprofessionellen Ansatzes bedarf.

Fokus sollte mehr auf erlernten Inhalten statt auf geleisteten Zeiten liegen

Es erscheint mir daher geboten, nach neuen, flexiblen Möglichkeiten der ärztlichen Weiterbildung zu suchen und zukünftig nicht mehr auf „abzudienende Zeiten“, sondern auf tatsächlich erlernte Inhalte zu fokussieren. Vorstellbar ist hier die

Neurochirurgen oder Orthopäden und Unfallchirurgen sowohl stationär als auch ambulant erlernt werden, natürlich auch in Einrichtungen, die nicht das riesige Spektrum des gesamten Faches, aber eben einige Spezialisierungen sehr gut vermitteln können.

Wir müssen weg von der Abrechnungsordnung, zurück zur Weiterbildungsordnung als Berufsausübungsordnung. Genau so sollten wir das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes verstehen und anwenden. Wenn der Vorstoß der DWG dazu führt, dass die Fachgesellschaften sich einigen, an derartigen gebiets- und sektorenübergreifenden Systemen zu arbeiten, dann wäre das richtungsweisend, vielleicht auch für andere Akteure unseres Gesundheitswesens. Im günstigsten Fall wäre damit unseren Patienten wirklich geholfen, statt weiter am „Benchmarking konkurrierender Leistungsanbieter“ festzuhalten.

Wir müssen weg von der Abrechnungsordnung, zurück zur Weiterbildungsordnung als Berufsausübungsordnung.

Wählerschutz. In den Reihen der Ärzte gab es immer ehrliche Verfechter für die tatsächliche Qualitätssicherung der bestmöglichen Medizin. Aber bleiben wir ehrlich: Es gab auch die Hürden der Weiterbildung zur Disziplinierung junger Mitarbeiter und ökonomische Gründe für eine möglichst rigide Abschottung der einzelnen Gebiete untereinander. In Zeiten des Nachwuchsmangels wird nun ein Kampf um die besten Köpfe geführt. Gefragt ist eine umfassende Weiterbildungsbefugnis, intensive Betreuung und Anleitung am familiengerechten Ar-

morbiditätsbezogene Definition von Mindestinhalten für alle Fachgebiete wie Internisten, Chirurgen, Kinderärzte etc. Spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten zum Beispiel in der Endoskopie oder Sonographie ließen sich dann in allen Funktionsbereichen erlernen, egal ob diese zur Inneren Medizin, der Chirurgie oder Radiologie „gehören“. Wichtig ist nur, dass nachweislich etwas fundiert erlernt wurde. Gleiches kann auch für die Handchirurgie oder Wirbelsäulenchirurgie gelten: Es werden Inhalte festgelegt, und diese könnten bei Plastischen Chirurgen,

Prof. Dr. Almut Tempka



Prof. Dr. Almut Tempka, Berlin, leitet den Ausschuss für Fort- und Weiterbildungsfragen der DGO. **Kontakt:** almut.tempka@charite.de

Frau Prof. Dr. Kirsten **Schmieder** ist Direktorin der Klinik für Neurochirurgie der Universitätsmedizin Mannheim der Universität Heidelberg und vertritt die Neurochirurgische Akademie für Fort- und Weiterbildung.

Frau Prof. Dr. Almut **Tempka** ist gelernte Unfallchirurgin, seit einigen Jahren vorrangig konservativ tätig als Oberärztin im Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin und Leitende Ärztin der Physiotherapie am Campus Virchow Klinikum. Sie war langjährige Leiterin des Bildungsausschusses der DGU und ist Leiterin des Ausschusses für Fort- und Weiterbildungsfragen der DGO. Sie moderiert den Arbeitskreis.

3. Warum bedarf es der Neuregelung? Zielvorstellungen

Alle Teilnehmer sehen in Anbetracht der sprunghaften Vermehrung von Wirbelsäulenoperationen und einer uneinheitlichen Behandlungsqualität bei fehlenden Behandlungsrichtlinien für viele Entitäten Handlungsbedarf für qualitätssichernde Maßnahmen von Seiten der beteiligten Gesellschaften und Verbände.

Als Gründe wurden die Optimierung der Fähigkeit der behandelnden Ärzte zur Indikationsstellung und die notwendige Qualitätssicherung der Behandlungsergebnisse genannt.

Die momentan in der Weiterbildungsordnung geforderten OP-Eingriffe als Voraussetzung für die Erlangung des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Neurochirurgie reichen nach Ansicht aller zur selbstständigen Leistungserbringung nicht aus. Gleichzeitig ist eine zu frühe und ausschließliche Spezialisierung, die zur Einschränkung des ärztlichen Behandlungswissens führen muss, abzulehnen. Handlungsbedarf ergibt sich auch, um etwaigen Regelungen anderer gesundheitspolitischer Akteure (GBA, Kassen, Klinikkonzerne) zuvorzukommen.

Alle Anwesenden waren sich in der Ablehnung eines gesonderten Facharztes für Wirbelsäulenchirurgie einig.

Ebenso konnte Übereinstimmung in der Forderung nach Einführung einer Zusatzweiterbildung erzielt werden. Freiwillige Zertifizierungen wurden als zur nachhaltigen Verbesserung unzureichend bezeichnet.



Foto: B. Braun Melsungen AG

Die erste Sitzung des Arbeitskreises Weiterbildungsmodul Wirbelsäule tagte am 9. Februar 2011 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin.

Prof. Krauspe spricht sich dafür aus, in der Bezeichnung der Zusatzweiterbildung und in dessen Curriculum WS-Erkrankungen statt WS-Chirurgie zu verwenden. Dies findet keine allgemeine Zustimmung. Einig sind sich dagegen alle, dass in der Zusatzweiterbildung alle Aspekte der konservativen und operativen Therapiemaßnahmen Berücksichtigung finden müssen. Einerseits sollten Mindestkriterien aufgestellt, andererseits aber Rücksicht auf die vorhandene Versorgungslandschaft genommen werden, um keine Ausschlussängste von Niedergelassenen und Konsiliarärzten aufkommen zu lassen – hier gibt es jedoch unterschiedliche Sichtweisen bei den Anwesenden.

Man war sich einig, dass die Einführung einer Zusatzweiterbildung längere Zeit (mindestens sieben bis zehn Jahre) in Anspruch nehmen wird – dies ermöglichte auch, den aktuellen Verlustängsten der Kollegen entgegenzutreten.

Es wird erwartet, dass die Zusatzweiterbildung nach ihrer Einführung eine gewisse Anziehungskraft auf den Nachwuchs entfalten wird und die Facharztgrenzen übergreifende Zusammenarbeit zugunsten der Patienten befördern kann.

Es wird flankierend als notwendig angesehen, die Versorgungsforschung auf dem Feld der WS-Behandlung zu verstärken. Hierfür sollten die Gesellschaften und Verbände versuchen, finanzielle Mittel der öffentlichen Hand, von Stiftungen etc. einzuwerben oder entsprechende Programme auch in den Gesellschaften zu initiieren. **Anmerkung:** Prof. Meyer trägt diesen Passus nicht mit.

4. Weiteres Vorgehen

Einigkeit herrschte darüber, dass der Arbeitskreis in der jetzigen Zusammensetzung die Hauptinteressenten repräsentiert und dass dementsprechend zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine zusätzlichen Gesellschaften oder Verbände, zum Beispiel aus der Radiologie oder der Physikalischen Medizin und Rehabilitation, einbezogen werden sollten.

Als nächsten Schritt schlägt der Arbeitskreis die Einrichtung einer Gruppe vor, die die bisher vorliegenden Curricula auch unter Wertung der europäischen Situation sichtet und einen Vorschlag eines Curriculums für die Zusatzweiterbildung erarbeitet, der nach Diskussion und Konsentierung im Arbeitskreis den beteiligten Gesellschaften und Verbänden zur Beratung und Beschlussfassung zugehen soll.

Hierfür benötigen die Mitglieder des Arbeitskreises die Zustimmung und Beauftragung seitens ihrer Vorstände; die Mitglieder dieses Arbeitskreises werden nach Konsentierung des vorliegenden Protokolls entsprechend ihren Leitungsgremien berichten.

Nach dem Vorliegen der Zustimmung der Gesellschaften und der entsprechenden Beauftragung der beteiligten Verbände würde sich der Arbeitskreis erneut treffen.

5. Verabschiedung

Frau Professor Tempka dankt den Teilnehmern für die konstruktiven Beiträge und die gute Atmosphäre und wünscht eine unfallfreie Heimfahrt.

Katastrophenopfer brauchen Komplexchirurgen

Situationen, in denen eine große Anzahl von Verletzten gleichzeitig versorgt werden muss, bringen das Gesundheitswesen an den Rand seiner Möglichkeiten – und auch viele Ärzte, die auf polytraumatisierte Patienten mit Kombinationsverletzungen nicht vorbereitet sind.

8. April 2011, auf der Autobahn 19 in Mecklenburg-Vorpommern: Sand wirbelt auf, weht über die Fahrbahn, nimmt den Fahrern die Sicht. Über 40 PKWs rasen ineinander. Die Katastrophe fordert acht Menschenleben, fast 100 Verletzte werden in Krankenhäuser in Rostock und Güstrow eingeliefert.

Katastrophale Situationen wie diese – Unfälle, Anschläge, Großschadensereignisse – mit einem Massenanfall von Verletzten stellen das Rettungssystem der Bundesrepublik Deutschland, der Länder und der Kommunen, vor allen Dingen aber das medizinische System vor besondere Herausforderungen. Meist besteht ein Missverhältnis zwischen der notwendigen medizinischen Versorgung der betroffenen Menschen und den vorhande-

nen medizinischen Ressourcen. In der neuen S3-Leitlinie zur Polytrauma- und Schwerverletztenbehandlung wird dieses im Rahmen der präklinischen Versorgung thematisiert: „Der Wechsel weg von der Individualmedizin und hin zur Triage stellt eine besondere Herausforderung dar.“

Eine ähnliche Formulierung findet sich im „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“ der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren. Dort wird festgestellt: „Die Verknappung der Ressourcen, das Missverhältnis von Behandlungsnotwendigkeiten gegenüber Behandlungsmöglichkeiten, macht eine Priorisierung erforderlich, die regelt, wer zunächst und zuerst von Ressourcen profitiert – und wem sie vorenthalten werden müssen.“

Katastrophenmedizin: Pflicht für die Gesellschaft und damit für die Ärzteschaft

Die einschlägigen Publikationen und Schriften zu diesem Thema beschäftigen sich im Wesentlichen mit der präklinischen Organisation im Falle von Ereignissen, die mit einem Massenanfall von Verletzten einhergehen. Es existieren Katastrophenpläne des Bundes, der Länder und Kommunen zur Bergung, Rettung und Verteilung der Verletzten. Es werden Übungen auf Flughäfen, zum Beispiel beim Absturz eines Flugzeuges, durchgeführt und somit die Triage, die Verteilung und die Primärbehandlung der verletzten Patienten im Rahmen der Präklinik, geübt. Mittlerweile existiert ein Konzept zur katastrophenmedizinischen Ausbil-



Foto: Feuerwehr Güstrow

Katastrophenalarm: Ein Bild des Grauens bot sich den anrückenden Helfern am 8. April 2011 auf der A 19 in Mecklenburg-Vorpommern. Über 40 Autos waren aufgrund schlechter Sichtverhältnisse ineinander gerast.

derung im studentischen Unterricht der deutschen Hochschulen, herausgegeben vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren und der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. Allen Verantwortlichen ist klar, dass die Beschäftigung mit Katastrophenmedizin in der heutigen Zeit eine Pflicht der Gesellschaft und damit auch der Ärzteschaft ist.

Fachliche Qualifikation der Chirurgen

Im Gegensatz zur präklinischen Versorgung ist über die innerklinische Behandlung im Allgemeinen und die chirurgische Versorgung im Speziellen wenig zu lesen. Mir geht es in diesem Artikel nicht um die Frage der organisatorischen Verteilung der Patienten innerhalb der Klinik, sondern um die Frage, wer diese Patienten in Zukunft chirurgisch notfallmäßig versorgen kann. Dabei ergeben sich zwei Fragen: Zum einen, mit welchen Verletzungsmustern gerechnet werden muss, und zum anderen, wie bei einer großen Anzahl von zu operierenden Patienten dieses fachlich sichergestellt werden kann. Es geht also um die Frage der fachlichen Qualifikation der Chirurgen.

studentischen Unterricht an deutschen Hochschulen“ (2006) folgendes: „Die medizinische Ausbildung in der Vergangenheit war stets ausgerichtet auf eine optimale, individualmedizinische Versorgung, was sich bei einer Diskrepanz zwischen Notwendigem und Möglichem – wie dies im Katastrophenfall typisch ist – als hinderlich erwies“ [3]. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es im Katastrophenfall nicht nur um rein individualmedizinische Entscheidungen für jeden Patienten gehen kann, sondern dass es auch organisatorisch taktische Entscheidungen zu treffen gibt, die eben nicht mehr die reine Individualmedizin sicherstellen können. Dieses kann bedeuten, dass auch innerklinisch eine erneute Triage im Hinblick auf die chirurgischen Kapazitäten vorgenommen werden muss. Dies stellt für das verantwortliche Team eine hohe Belastung dar, auf die man sich im Rahmen von Übungen und Ausbildungen unbedingt vorbereiten muss.

Im Fall eines einzelnen Patienten werden, wenn erforderlich, alle chirurgischen Fachdisziplinen beteiligt sein. Personelle Ressourcen spielen keine Rolle. Müssen aber mehrere Patienten gleichzeitig ope-

aus notfällige chirurgische Maßnahmen durchzuführen. Ein Zuführen weiterer Fachkompetenzen aus anderen Häusern scheitert in der Katastrophensituation daran, dass alle Häuser der betroffenen Region das gleiche Problem haben.

Verletzungsmuster in Katastrophensituationen gleichen Kriegswunden

Zu der Frage, wie die quantitative Problematik gelöst werden kann, kommt nun die Frage hinzu, mit welchen Verletzungsmustern wir zum Beispiel bei terroristischen Anschlägen oder bei einer Naturkatastrophe hinsichtlich der chirurgischen/unfallchirurgischen Versorgung zu rechnen haben. Dazu gibt es Analysen der Verletzungsmuster des Erdbebens in Indien 2010, der Terroristenanschläge in Madrid und London sowie verschiedener terroristischer Anschläge in Israel. So konnten Delec et al. [1] zeigen, dass es bei terroristischen Anschlägen 27 Prozent polytraumatisierte Patienten gibt. In einer Studie von Shapira et al. [2] wurde dokumentiert, dass 61,5 Prozent der Patienten nach einem Bombenanschlag Verletzungen in zwei oder mehr Körperregionen davongetragen haben – Verletzungen, die in ihrer Komplexität normalerweise nicht in der zivilen Notfallmedizin gesehen werden. „Fakt ist, dass der sogenannte „multidimensional“ verletzte Patient dem eines Verletzten entspricht, welcher im Krieg verwundet wurde.“

Wer soll polytraumatisierte Patienten mit Kombinationsverletzungen operieren?

Zusammenfassend zeigt sich damit, dass wir es im Falle einer katastrophenmedizinischen Situation mit zwei sich gegenseitig beeinflussenden Problemen zu tun haben. Zum Einen ist mit einer Anzahl von Verletzten zu rechnen, die in der Regel, meist natürlich zeitlich begrenzt, das medizinische System quantitativ völlig überfordern wird, so dass es hier aus chirurgischer Sicht eben nicht mehr um individualchirurgische Maßnahmen gehen kann, sondern andere Kriterien der Prioritätenfestlegung eine Rolle spielen. Gleichzeitig treten Verletzungsmuster auf, die im normalen Alltag nicht oder nur äußerst selten vorkommen. Damit ergibt sich die Frage, wer diese Patienten, die meist polytraumatisiert sind und ausgedehnte Kombinationsverletzungen aufweisen, behandeln und operieren

Die aktuelle Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie will eher den Spezialisten bis hin zum Organspezialisten ausbilden und weniger den Komplexchirurgen, der sich mit der Behandlung polytraumatisierter oder „multidimensional“ verletzter Patienten beschäftigt.

Natürlich ist es kein Problem, wenn in jede versorgende Klinik nur ein Patient eingeliefert wird. Dann greifen die Mechanismen der Individualversorgung. Dies erfordert einen hohen logistischen, personellen und materiellen Aufwand, der mittlerweile durch die Einführung des TraumaNetzwerkes deutlich verbessert wurde. In einer Katastrophensituation, in der viele zu operierende Patienten in Zukunft in eine Klinik eingeliefert werden, ist dies nicht mehr möglich. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Menge an Patienten und den für diese Patienten benötigten Behandlungsmöglichkeiten. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V., Peter Sefrin aus Würzburg, schreibt im Geleitwort für das „Konzept zur katastrophenmedizinischen Ausbildung im

rativ versorgt werden, ist es wahrscheinlich nicht mehr möglich, dass für jeden Patienten die entsprechenden Fachkollegen zur Verfügung stehen. Stattdessen muss der Patient von einem chirurgischen Team auf mehreren chirurgischen Fachgebieten versorgt werden. Hier ist beispielsweise eine Kombination mehrerer Maßnahmen, angefangen beim Legen einer Thoraxdrainage über die Anlage eines Fixateur externe bis hin zu einem aufwändigen Weichteildebridement und gegebenenfalls einer notfälligen Laparotomie mit dem Ziel der Blutstillung denkbar. In dieser Situation spielen die fachlich-personellen Ressourcen eine entscheidende Rolle. Letztlich lässt sich dieses nur dadurch kompensieren, wenn die Kollegen vor Ort den Mut und die Kompetenz haben, über ihr Fachgebiet hin-

soll. Es stellt sich also für uns als Unfallchirurgen, die wir den Anspruch haben, Kümmerer um den verletzten Patienten zu sein, die folgende Frage: Wie wird der nach neuer Weiterbildungsordnung ausgebildete Orthopäde und Unfallchirurg, aber auch der ausgebildete spezielle Unfallchirurg, in Zukunft in der Lage sein, mit diesen „multidimensional“ verletzten Patienten fertig zu werden? Man kann die Frage selbstverständlich auch genereller formulieren, nämlich: Welcher Chirurg wird in Zukunft in der Lage sein, diese Patienten in dieser außergewöhnlichen Situation zu versorgen?

Um diese Frage zu beantworten, lohnt sich ein Blick in die aktuelle Weiterbildungsordnung für den Orthopäden und Unfallchirurgen. Die in den letzten Jahren stattgefundene Entwicklung zur Spezialisierung und Superspezialisierung ist in den aktuellen Weiterbildungsordnungen angekommen. Im Vergleich zur alten Ausbildung zum Unfallchirurgen ist die so genannte Höhlenkompetenz (Abdomen, Thorax, Schädel) wesentlich reduziert. So ist der nach neuer Weiterbildungsordnung ausgebildete Orthopäde und Unfallchirurg lediglich verpflichtet, theoretisch die Versorgung im Notfall erforderlicher neurotraumatologischer, gefäßchirurgischer oder thoraxchirurgischer sowie viszeralchirurgischer Maßnahmen zu erlernen. Dazu sind zehn operative Eingriffe an Körperhöhlen vorgeschrieben, wozu auch Thoraxdrainagen gehören. Im Rahmen der Weiterbildung für die spezielle Unfallchirurgie werden zusätzlich 25 Notfalleingriffe einschließlich Trepanationen, Thorakotomien und Laparotomien gefordert. Gerade die Notfall-Laparotomien sind aber zur Ausbildung gänzlich ungeeignet, da hier in der Regel eine zeitkritische Situation vorliegt und somit Aus- und Weiterbildung in der Regel nicht stattfinden kann.

Katastrophen brauchen Komplexchirurgen – Weiterbildung schafft Spezialisten

Betrachten wir nun näher die Lernabschnitte im Curriculum der Katastrophenmedizin, hier speziell im „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“ der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren [4]. In Kapitel 10 sind alle chirurgischen Maßnahmen, die im Großschadens- und Katastrophenfall erforderlich sind, enthal-

DEFINITION DER TRIAGE

Der Begriff „Triage“ (frz. „trier“ = sortieren, einteilen) kommt aus der Militärmedizin. Er bezeichnet die ethisch schwierige Aufgabe, wie bei einem Massenansturm von Verletzten oder Kranken knappe personelle und materielle Ressourcen aufzuteilen sind. Zunächst

wird schnell entschieden, welcher Betroffene zuerst geborgen wird, bei wem eventuell bereits medizinische Maßnahmen ergriffen werden müssen und wer warten muss. Danach werden Behandlungsprioritäten festgelegt.



Foto: Otis Historical Archives Nat'l Museum of Health and Medicine

ten. Gefordert werden chirurgische Maßnahmen, etwa die notfallmäßige Erstversorgung von Thoraxverletzungen, von Blutungen und Gefäßverletzungen, Abdomenverletzungen und Beckentraumata, Extremitätenverletzungen, Verbrennungen und Verbrühungen, Explosionsverletzungen sowie die Kompetenz bei der Behandlung von Schuss- und Splitterverletzungen. Aufgrund des grundsätzlichen Mangels an chirurgischer Kompetenz in dieser Situation ist hier nicht mehr der Organchirurg, sondern der Komplexchirurg gesucht. Stellt man sich diesen inhaltlichen Forderungen und berücksichtigt die Tatsache, dass es in der ersten Phase einer Katastrophensituation darauf ankommt, möglichst viele Patienten notfallchirurgisch zu behandeln, so ist jedem klar, dass die zunehmende Spezialisierung und damit die Tendenz hin zum Organchirurgen diesem Anspruch geradezu entgegenläuft. Es besteht demnach eine Diskrepanz zwischen der Ausrichtung der modernen Weiterbildungsinhalte und dem Drang zur zunehmenden Spezialisierung im Vergleich zu den Kompetenzen, die in großer Zahl im Schadensfall bei Katastrophenereignissen zunächst gefordert sein werden. Dieser Komplexchirurg kann und soll nicht der Generalist alter Prägung sein. Die Fachgebiete sind hinsichtlich der Tiefe der Versorgung viel zu spezialisiert, als dass dieses ein Chirurg in der heutigen Zeit abdecken kann. Es geht lediglich um

die Frage, welche notfallchirurgischen Maßnahmen beherrscht werden müssen. Selbstverständlich werden Spezialisten zur Weiterversorgung und Endversorgung bestimmter Verletzungen nötig sein. Allerdings ist festzustellen, dass ein Ausbildungsgang, der sich mit einer breiten notfallchirurgischen Ausbildung beschäftigt, im Rahmen der aktuell vorliegenden Weiterbildungsordnung kaum möglich ist.

Breite chirurgische Ausbildung bei der Bundeswehr

Grundsätzlich ist eine breite chirurgische Ausbildung weiterhin möglich, als Beispiel seien hier die Chirurgen der Bundeswehr genannt. Sie werden grundsätzlich zunächst weiterhin zum Allgemeinchirurgen ausgebildet, anschließend erfolgt die Ausbildung in einem weiteren Fachgebiet zum Spezialisten, zum Beispiel zum Orthopäden/Unfallchirurgen. Nach aktueller Weiterbildungsordnung ist dieses problemlos möglich. Da die Chirurgen der Bundeswehr in der Regel in Bundeswehrkrankenhäusern ausgebildet werden, ist es uns möglich, die Ausbildungsorganisation unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung vorzugeben. Im zivilen Sektor wird es einem Assistenten, der sich zunächst für die allgemeinchirurgische Weiterbildung entscheidet, um in der notfallchirurgischen Kompetenz

breit ausgebildet zu sein, schwerfallen, sich die entsprechenden Inhalte in adäquater Zeit anzueignen. Dies hat im Wesentlichen zunächst organisatorische Hintergründe, da ein Rotieren zwischen verschiedenen Kliniken mit kürzeren Abständen notwendig wird.

Wer hat die Federführung beim Polytrauma?

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die aktuelle Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie eher den Spezialisten bis hin zum Organspezialisten ausbilden will und weniger den Komplexchirurgen, der sich mit der Behandlung polytraumatisierter oder „multidimensional“ verletzter Patienten beschäftigt. Die skizzierten notwendigen notfallchirurgischen Maßnahmen erfordern einen breit ausgebildeten und notfallchirurgisch kompetenten Unfallchirurgen, dessen Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt in der Weiterbildungsordnung nicht wiederzufinden ist. Daher ist meines Erachtens eine Diskussion darüber erforderlich, was ein Unfallchirurg mit dem Anspruch auf die notfallchirurgische Behandlung multidimensional verletzter Patienten an theoretischen und praktischen Fertigkeiten erlernen muss, um hier kompetent tätig werden zu können. Letztlich geht es bei dieser Diskussion auch um die Frage, wer in Zukunft das Polytrauma federführend behandelt. Denn auch bei der Behandlung polytraumatisierter Patienten im Normalbetrieb stellt sich zunehmend die Frage, wer aufgrund seiner Ausbildung überhaupt noch den Überblick über das gesamte Krankheitsbild Polytrauma hat und sich somit als Behandlungsführer oder „Kümmerer“ dieser Patienten begreift bzw. begreifen kann. Aus meiner Sicht kann dies nur der Unfallchirurg sein. Auch in dieser Hinsicht ist die oben angestoßene Diskussion zu führen. Ich bin der Auffassung, dass es im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden/Unfallchirurgen und zum speziellen Unfallchirurgen ein notfallchirurgisches Weiterbildungscurriculum geben sollte. Dieses muss das Ziel haben, neben den spezifisch unfallchirurgisch spezialisierten Behandlungsverfahren, etwa der Becken- und Wirbelsäulenchirurgie, eine zusätzliche, insbesondere auf die Körperhöhlen bezogene, breite Ausbildung anzubieten. Damit wird es dieser Gruppe von Unfallchirurgen ermöglicht, im

Katastrophenfall oder beim singulären Polytrauma die Behandlung zu leiten und die notfallchirurgischen Maßnahmen in großen Teilen selbst zu übernehmen. Zumindest verinnerlichen sie so ein grundlegendes Verständnis der entsprechenden Fachgebiete.

Junge Kollegen sind an breiter notfallchirurgischer Ausbildung interessiert

Das Modell der Bundeswehr, alle Chirurgen zunächst zum Allgemeinchirurgen auszubilden (18 Monate Allgemein- und Viszeralchirurgie, 18 Monate Orthopädie und Unfallchirurgie und 12 Monate Gefäßchirurgie), beinhaltet sicherlich das Maximum dessen, was die Weiterbildung derzeit zulässt. Für die Bewältigung der Aufgaben als Chirurg im Auslandseinsatz ist dies zwingend erforderlich. Nach der Ausbildung zum Allgemeinchirurgen erhält jeder Chirurg der Bundeswehr einen zweiten Facharzt, etwa der Orthopädie/Unfallchirurgie und speziellen Unfallchirurgie und wird damit auch zum Spezialisten. Dies beinhaltet natürlich ausgesprochen lange Weiterbildungszeiten, die so im zivilen Sektor kaum mehr abzubilden sind. Daher müsste ein spezifisches Ausbildungscurriculum entwickelt werden, das zum Einen die sowieso schon lange Ausbildung zum speziellen Unfallchirurgen nicht über das Maß verlängert, zum Anderen sicherstellt, dass die geforderten Inhalte beherrscht werden können. Dass dieses in den Fachgesellschaften in der Zwischenzeit ebenfalls als Problemfeld erkannt worden ist, zeigen die letzten beiden Deutschen Kongresse für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin. Dort wurde erst 2010 eine Sitzung veranstaltet, die genau diese Frage der Diskussion „Spezialist versus Generalist“ zum Inhalt hatte. In vielen Gesprächen entsteht ebenfalls der Eindruck, dass ein Teil der jungen Kollegen zunächst eher an einer breiten notfallchirurgischen Ausbildung interessiert ist und erst zu einem späteren Zeitpunkt eine Spezialisierung anstrebt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat eine Arbeitsgruppe im Ausschuss für versorgungs- und fachbezogene Fragen etabliert, die sich mit diesem Thema beschäftigt. Es geht dabei nicht nur um die Frage der Polytraumaversorgung, sondern ganz wesentlich um die Frage, wie breit ein Orthopäde und Unfallchirurg in seinem eigenen Fachgebiet Generalist sein soll

und kann. Auch der Verein „Generalisten in der Chirurgie“ beschäftigt sich mit diesen Fragestellungen.

Die aufgeworfene Frage, ob der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie von heute für die Katastrophensituationen gerüstet ist, möchte ich mit „Nein“ beantworten. Im Katastrophenfall ist ein Komplexchirurg gefordert; die Weiterbildungsinhalte zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie spezielle Unfallchirurgie sind aus meiner Sicht viel zu wenig chirurgisch. Daher bin ich der Auffassung, dass Weiterbildungsstrukturen weiterentwickelt werden müssen, um eben diesen „Komplexchirurgen“ ausbilden zu können.

Prof. Dr. Benedikt Friemert, OTA



Prof. Dr. Benedikt Friemert ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm.

Literatur

- 1 Peleg K, Savitsky B, and the Israel Trauma Group (2009) Terrorism-related injuries versus road traffic accident-related trauma: 5 years of experience in Israel. *Disaster Med Public Health Prep* 3:196-200
- 2 Shapira SC, Adatto-Levi R, Avitzour M, et al (2006) Mortality in terrorist attacks: a unique modal of temporal death distribution. *World J Surg* 30: 2071-2077
- 3 Sefrin P (2006) Geleitwort. In: Konzept zur katastrophenmedizinischen Ausbildung im studentischen Unterricht an deutschen Hochschulen. Gemeinsame Empfehlung der Schutzkommission beim Bundesminister des Inneren, der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. und des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. www.bbk.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Publikation_20KatMed/CurriculumKatMed.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/CurriculumKatMed.pdf
- 4 Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren (2010) Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 5. Auflage. München www.bbk.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Publikationen_20Forschung/Katastrophenmedizin.templateId=ra



Foto: DGUV

Auf die Knie: Wer seine Arbeit mindestens eine Stunde pro Schicht und während seines gesamten Arbeitslebens mindestens 13.000 Stunden lang auf seinen Knien ausgeübt und einen Knieschaden hat, hat – theoretisch – Anspruch auf Anerkennung seines Knieschadens als Berufskrankheit. De facto wird nur ein Bruchteil der Anträge anerkannt.

GONARTHROSE

Verwaltung tut sich mit Anerkennung als Berufskrankheit schwer

Am 27. Mai 2011 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Kooperation mit dem Institut für Versicherungsmedizin eine Tagung, auf der medizinische Aspekte der Entstehung der Gonarthrose, rechtliche Rahmenbedingungen und die Begutachtung im Vordergrund standen.

2009 wurde die Berufskrankheit (BK) 2112 „Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastungen mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkung von insgesamt einer Stunde pro Schicht“ in die Berufskrankheiten-Verordnung aufgenommen. Der Verordnungsgeber unterstrich damit die Bedeutung des Arbeitsschutzes bei kniebelastenden Tätigkeiten. Zwischenzeitlich sind bereits mehr als 1.000 Anträge auf Anerkennung der BK 2112 gestellt

worden. Allgemeinverbindlichen Kriterien, nach denen eine beruflich bedingte Ursache der Gonarthrose angenommen werden kann, existieren bis heute nicht.

Arbeitsschutz wurde verbessert

Marcus Schiltewolf, Heidelberg, leitete in das Tagungsthema ein. Er verwies auf die vielfältigen Faktoren, die eine Gonarthrose begünstigten. Ziel der Tagung sei ein Meinungsaustausch mit allen Beteiligten. Dieser solle die Entwicklung rationaler Kriterien für eine Beurteilung

der BK 2112 unterstützen. Michael Meyer-Clement, Hamburg, betonte die Besonderheiten der „mechanischen Berufskrankheiten“. Der Referent problematisierte insbesondere die große Diskrepanz zwischen Anträgen und der nur sehr geringen Anerkennungsquote. Klaus-Dieter Thomann, Frankfurt, hob hervor, dass die Berufskrankheiten-Verordnung in der Vergangenheit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beigetragen habe. Trotz der Probleme, die nach der Einführung der BK 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankung) entstanden seien, könne fest-

Die Aufgabe des orthopädischen Sachverständigen besteht nicht darin, die Ursachen der Gonarthrose beim Betroffenen bis ins letzte Detail darzustellen. Er muss vielmehr das Krankheitsbild Gonarthrose in den vom Verordnungsgeber vorgegebenen Rahmen einordnen, um damit der Verwaltung die Möglichkeit zu geben, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen.

gestellt werden, dass der Arbeitsschutz bei rückenbelastenden Tätigkeiten verbessert worden sei. Man dürfe allerdings die Risiken sozialpolitischer Interventionen nicht vergessen. Eine externe Attribuierung von Krankheit könne die Passivität der Antragsteller fördern und einen Wechsel in die Krankenrolle begünstigen. Besonders unbefriedigend sei die mangelnde Trennschärfe zwischen beruflichen und außerberuflichen Einflüssen bei der Anerkennung weit verbreiteter Leiden als Berufskrankheiten.

Über neue wissenschaftliche Erkenntnisse kniebelastender Tätigkeiten trug Ulrich Glitsch vom Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, St. Augustin, vor. Im Gegensatz zu früheren Annahmen stünden die Ergebnisse einer Forschungsgruppe der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Die auf die Kniescheibenrückfläche beim Hocken und Knien einwirkenden Belastungen seien weitaus geringer, als zuvor vermutet worden war. Man könne deshalb nicht mehr von einer primären Belastung des femoropatellaren Gelenkes ausgehen. Die dorsalen Gelenkteile werden kaum belastet, da im Knien und Hocken die Weichteile der Kniekehle die Last übernehmen. Letztlich bleibe der Mechanismus der biomechanisch verursachten Knieschädigung offen.

Dunkelziffer wahrscheinlich doppelt so hoch

Annie Horng, München, erläuterte die bildgebenden Befunde bei Gonarthrose. Andreas Seidler, Dresden, führte aus, dass aufgrund der vorliegenden epidemiologischen Studien von einer mehr als doppelt so hohen Erkrankungsrate bei kniebelastenden Berufen auszugehen sei. Aus arbeitsmedizinischer Sicht bestünde deshalb kein Zweifel an der Berechtigung der BK 2112. Seidler präsentierte die Ergebnisse neuer, bisher nicht publizierter Studien. Es sei Zeit, die Vorgaben der BK-Verordnung umzusetzen.

Die Voraussetzungen der Anerkennung der BK 2112 aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung wurden von Fred-Dieter Zagrodnik, Berlin, begründet. Zwischen 2006 und 2009 seien insgesamt 31 Anerkennungen ausgesprochen worden. Diesen stünden allerdings 932 Ablehnungen gegenüber bei noch 40 unentschiedenen Anträgen. Neuere Zahlen für 2010 und 2011 lägen nicht vor. Die DGUV habe Handlungsanleitungen für die Sachbearbeiter erarbeitet. Zagrodnik verwies auf die Begutachtungs- bzw. Konsensempfehlung des Arbeitskreises Begutachtung der Gonarthrose, die noch im Jahre 2011 verabschiedet werden solle.

hat Übergewicht mit einer klaren Dosis-Wirkungsbeziehung. Ohne Einfluss sind dagegen Laufsport und – entgegen orthopädischer Lehrmeinung – konstitutionelle Beinefehlachsen (O- und X-Bein). Zu vielen offensichtlichen Faktoren (Kniegelenksempyem, rheumatoide Arthritis) konnten erstaunlicherweise keine Artikel in den üblichen Datenbanken gefunden werden.

Jutta Siefert, Richterin am Landessozialgericht Baden-Württemberg, erläuterte den juristischen Rahmen. Sie verwies vor allem darauf, dass die Anerkennung der BK 2112 an rechtliche Vorgaben gebunden sei. Da der Verordnungsgeber die Voraussetzung für das Vorliegen einer BK durch präzise Kriterien selbst festgeschrieben habe, sei – bei Erfüllung dieser Voraussetzungen – von der Vermutung auszugehen, dass eine Berufskrankheit vorliege. Die Diagnose müsse gesichert sein, konkurrierende Ursachen seien abzuwägen. Das Referat von Frau Siefert gab Anlass für eine sehr intensive Diskussion, die – bei aller



Foto: Privat

Kniearthrose als Berufskrankheit: Mit diesem Thema beschäftigte sich eine Fachtagung am 27. Mai an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt/Main. Etwa 100 Orthopäden, Unfallchirurgen, Mitarbeiter von Berufsgenossenschaften und Richter nahmen daran teil.

Marcus Schiltenswolf stellte die verschiedenen außerberuflichen Faktoren, die zur Entstehung der Gonarthrose beitragen können, vor. Gesichert seien der Einfluss von Sportarten mit Rotations- und raschen Stoppbewegungen, von spezifischen genetischen Faktoren, von Verletzungen der Gelenkflächen des Knies und posttraumatischen Fehlstellungen. Den stärksten Einfluss aller Faktoren

Unterschiedlichkeit der vorgetragenen Positionen – die Rolle und Verantwortung des orthopädischen Sachverständigen relativierte. Dessen Aufgabe ist es nicht, im Einzelfall die naturwissenschaftliche Kausalität bis in alle Verästelungen nachzuvollziehen. Gefordert ist vielmehr, das Krankheitsbild Gonarthrose in den vom Verordnungsgeber vorgegebenen Rahmen einzuordnen, um damit der Verwaltung

die Möglichkeit zu geben, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen.

Volker Grosser, Hamburg, berichtete von den intensiven Diskussionen der Konsensarbeitsgruppe der DGUV zur Begutachtung der Gonarthrose. Als Ergebnis stellte Grosser fest, dass zum jetzigen Zeitpunkt aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht ein belastungskonformes Verteilungsbild der Knorpelschäden im Kniegelenk nicht benannt werden könne. Frank Schröter, Kassel, übernahm den praktischen Teil der Kausalitätsprüfung zur BK Gonarthrose. Er verwies auf mögliche konkurrierende Faktoren, Gelenkverletzungen und Erkrankungen, die nicht mit der beruflichen Tätigkeit in Verbindung stünden. Eine BK könne vorliegen, sofern eine beidseitige Gonarthrose mit chronischen Gelenkreizungen und Beschwerden nachgewiesen sei und zumindest einseitig Grad II nach Kellgren bestätigt sei. Zudem müssten die „Kriterien der Zeitschiene“ erfüllt sein.

Auszuschließen seien relevante konkurrierende Ursachen. Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) habe nach den üblichen Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung zu erfolgen.

Die Resonanz der Teilnehmer auf die Vorträge und Diskussionen war einhellig positiv. Das Symposium brachte Ärzte, Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger und Richter in ein produktives gemeinsames Gespräch. Der persönliche Kontakt trug dazu bei, das Misstrauen zwischen den Befürwortern und Skeptikern der BK 2112 abzubauen. Mit Spannung erwartet werden die weiteren Ergebnisse der Konsensarbeitsgruppen der DGUV zur Begutachtung der Gonarthrose. In Vorbereitung ist ein Tagungsband, der in Kürze im Referenz-Verlag, Frankfurt am Main, erscheinen wird.

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann

Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf



Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann lehrt Geschichte, Theorie und Ethik an der Universität Mainz.



Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, leitet die AG Begutachtung der DGOU.

D-ARZT-VERFAHREN

Versorgungsebene „D-Arzt Kind“ nicht erforderlich

Die Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) schlägt die Schaffung eines D-Arztes Kind vor. Der Ausschuss Vertretung niedergelassener Vertragsärzte (ANV) der DGU sieht das anders: Regelmäßige Fortbildungen in der Kindertraumatologie seien für D-Ärzte obligat, eine neuer D-Arzt Kind sei dafür nicht notwendig.

Die Änderungen des D-Arzt-Verfahrens zum 1. Januar 2011 haben eine dreistufige Zulassung als D-Arzt zur Folge: als (Basis-) D-Arzt, als D-Arzt mit operativer Zulassung oder als Krankenhaus-D-Arzt mit Zulassung zum Verletzungsartenverfahren. Wie bisher werden auch Handchirurgen gesondert beteiligt. Neben einigen Verbesserungen bei den Anforderungen zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren ergeben sich aus der Reform 2011 erhebliche zusätzliche Belastungen der bereits zugelassenen und künftigen D-Ärzte durch eine weitgehend forma-

lisierte und stringent regelmäßig überprüfte Fortbildungsverpflichtung. Die Befristung der D-Arzt-Zulassung auf fünf Jahre baut zusätzlichen Druck auf. Die Berufsverbände und die medizinischen Fachgesellschaften stehen zurzeit mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Verhandlungen, um den D-Ärzten die Umsetzung der Fortbildungsverpflichtung möglichst pragmatisch und unbürokratisch zu ermöglichen. Viele D-Ärzte und H-Ärzte sind durch die anstehenden Veränderungen erheblich verunsichert.

Durchgangsarztverfahren Kind

In dieser kritischen Veränderungsphase sorgt eine Initiative der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) für weitere Irritationen. Dort wurde ein schriftlicher „Vorschlag für einen Anforderungskatalog an den zukünftigen D-Arzt Krankenhaus Kind“ erarbeitet und auf der Präsidiumssitzung der DGU am 27. Mai 2011 in Zweibrücken vorgestellt. Im entsprechenden Positionspapier ist explizit die Rede von einem „Durchgangs-

arztverfahren KIND“, und es wird auch der Begriff eines „niedergelassenen D-Arzt Kind“ erwähnt. Schon in der Präsidiumssitzung des DGU wurde massive Kritik an diesem Konzept geäußert. Der Ausschuss Vertretung niedergelassener Vertragsärzte (ANV) der DGU hat sich in seiner Sitzung vom 16. Juni 2011 in Hamburg ausführlich mit dem Papier der Sektion Kindertraumatologie der DGU beschäftigt und dazu folgendes festgestellt:

„Die Implementierung einer weiteren D-ärztlichen Versorgungsebene „D-Arzt Kind“ wird grundsätzlich abgelehnt. Regelmäßig werden Kinder in der Schüler-Unfallversicherung von D-Ärzten kompetent behandelt. Fortbildungen in der Kindertraumatologie erscheinen sachgerecht. Der ANV hält diese für wichtiger als Fortbildungen zur Rehabilitation und regt an, eine Reha-Fortbildung optional durch eine kindertraumatologische Fortbildung ersetzen zu können.

Der ANV wünscht sich eine enge Kooperation unter anderem mit der Sektion Kindertraumatologie der DGU. Deren Jahrestagungen sollten so konzipiert und terminiert werden, dass niedergelassenen Chirurgen die Teilnahme vorzugsweise an einem Sonabend ermöglicht wird. Die entsprechenden Sitzungen sollten von der DGUV zertifiziert und auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet werden. Eine Fortschreibung der Bedingungen für die Zulassung von Kinderchirurgen als D-Ärzte ist sinnvoll und notwendig, jedoch ohne dafür neue Strukturen (zum Beispiel „D-Arzt Kind“) aufzubauen.“

Dazu ist zu bemerken, dass schon die Basisweiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Behandlung von Verletzungen in allen Altersstufen umfasst. In der Musterweiterbildungsordnung wird gefordert:

„Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung, operativen und konservativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Verletzungen und deren Folgezuständen sowie von angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Fehlbildungen, Funktionsstörungen und Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter Berücksichtigung der Unterschiede in den verschiedenen Altersstufen“



Gefahr auf dem Schulweg: Kinder und Jugendliche, die auf dem Weg zur Schule oder in der Schule einen Unfall erleiden, stellen einen erheblichen Anteil der ambulanten D-Fälle.

Allerdings will die DGUV dem Vernehmen nach gewisse Qualitätsdefizite bei der D-ärztlichen Behandlung von Verletzungen im Kindesalter erkannt haben. Logische Konsequenz ist die verpflichtende Aufnahme von Fortbildungen im Bereich der Kindertraumatologie in die aktualisierten D-Arzt Bedingungen. Dies erscheint sachgerecht. Dagegen ist eine weitere D-ärztliche Versorgungsebene für verletzte Kinder abzulehnen. Schon jetzt stellen Kinder und Jugendliche durch die Unfälle in der Schule und auf dem Schulweg einen erheblichen Anteil der ambulanten D-Fälle. Daher haben D-Ärzte schon jetzt ausgiebige Erfahrungen und Kompetenzen in der Erkennung und Behandlung von Verletzungen bei Kindern. Es wäre allein schon aus praktischen Erwägungen völlig undenkbar, diese Vielzahl von Verletzten einem sicherlich nur zentral tätigen „D-Arzt Kind“ vorzustellen. Abgesehen davon gäbe es für ein solches Prozedere keine evidenzbasierte Grundlage.

Natürlich ist es sinnvoll und notwendig, die Beteiligung von Kinderchirurgen am

D-Arzt-Verfahren fortzuschreiben. Dies darf aber nicht zu einer weiteren bürokratischen und praxisfernen weiteren Versorgungsebene „D-Arzt Kind“ führen.

Dr. Peter Kalbe

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann



Dr. Peter Kalbe, Rinteln, leitet des Ausschuss Vertretung niedergelassener Vertragsärzte (ANV) in der DGU.

Kontakt:
p.kalbe@kalbe-kant.de



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main, leitet den Ausschuss Versorgungs- und Fachbezogene Fragen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Höhere Fallpauschalen für Schwerverletzte

Die Behandlung von Schwerverletzten war oft nicht kostendeckend. Dies belegte auch die „Analyse der Abbildung der Schwerverletztenbehandlung im G-DRG-System unter Berücksichtigung der Implementierung des TraumaNetzwerk DGU“ (ASiDIT) und lieferte damit Argumente für eine Modifikation der DRG-Strukturen.

Einleitung

Schwerverletzte stellen nicht nur in medizinischer, sondern auch in medizinisch-ökonomischer Sicht eine sehr heterogene Gruppe dar. Mehrere Analysen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass die Behandlungen von Schwerverletzten im Rahmen der G-DRG-Vergütung nicht kostendeckend waren. Daraufhin hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zusammen mit dem TraumaRegister DGU und der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster ein DRG-Evaluationsprojekt zur „Analyse der Abbildung der Schwerverletztenbehandlung im deutschen DRG-System unter Berücksichtigung der Implementierung des TraumaNetzwerks der DGU“ (ASiDIT) durchgeführt.

Das Ziel dieses Projektes war die Identifikation von Abbildungsschwächen von Schwerverletzten im deutschen DRG-System anhand einer aktuellen Bestandsaufnahme von Leistungs- und Aufwanddaten aus Krankenhäusern, die an der

Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem in den Krankenhäusern (InEK) teilnehmen, ergänzt um Daten des TraumaRegisters DGU. Es wurden umfangreiche Leistungs- und Homogenitätsanalysen durchgeführt und insgesamt 13 detaillierte Anpassungsvorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Systemversion 2011 formuliert, um die sach- und leistungsgerechte Abbildung von Schwerverletzten im G-DRG-System deutlich zu erhöhen. Wesentliche Vorschlagsinhalte wurden durch das InEK umgesetzt.

Stichprobenumfang

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) lieferte standardisierte Krankenhausabrechnungsdaten gemäß Paragraph 21 Krankenhausentgeltgesetz (inklusive Kostendaten gemäß InEK-Kalkulation) von 3.362 Fällen aus sieben Universitätskliniken und zehn kommunalen Großkrankenhäusern aus den Jahren 2007 und 2008 nach Auswahlvorgaben des ASiDIT-Projektes.

Allgemeine Ergebnisse

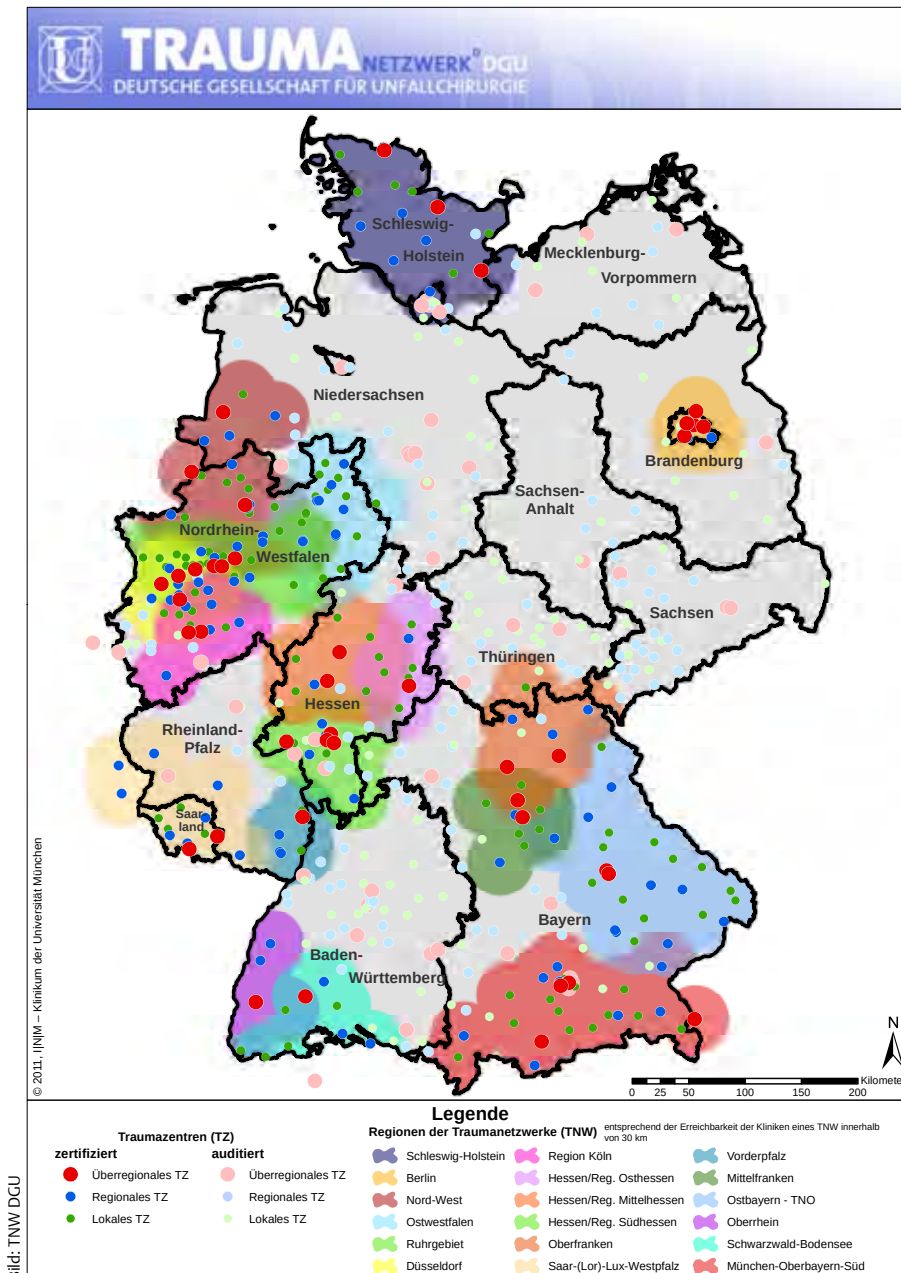
Das mittlere Alter der eingeschlossenen Fälle der Stichprobe lag bei 43,8 Jahren. Die mittleren Kosten betrugen 22.281 Euro bei einer erheblichen Spannbreite. In der G-DRG-Version 2008 lag eine systematische Unterfinanzierung von Schwerverletzten vor, vor allem bei Schwerverletzten mit akuter Querschnittslähmung. Beteiligung an der G-DRG-Weiterentwicklung 2011 mit 13 Anpassungsvorschlägen, die im Wesentlichen umgesetzt wurden. Die aufgrund der Anpassungsvorschläge vorgenommenen DRG-Umstrukturierungen führten in der G-DRG-Version 2011 mehrheitlich zu einer kostendeckenden Vergütung von Schwerverletzten, sofern sie auch als Schwerverletzte im Sinne des DRG-Systems identifiziert wurden. Die mittleren Kosten korrelierten bei überlebenden Patienten mit dem Injury Severity Score.

Konkretes Optimierungspotenzial der G-DRG-Strukturen zur Abbildung von Schwerverletzten

Die Analysen im Rahmen des ASiDIT-Projektes ergaben insgesamt 13 spezifische Anpassungsvorschläge zur Weiterentwicklung der G-DRG-Systemstruktur mit dem Ziel, die Abbildungsqualität von Schwerverletzten im G-DRG-System zu erhöhen. Diese Vorschläge wurden Vertretern des deutschen DRG-Instituts (InEK) während eines gemeinsamen Gespräches am 25. Februar 2010 in Siegburg ausführlich erläutert und daraufhin fristgerecht zum 31. März 2010 beim InEK eingereicht und durch das InEK überwiegend bereits für die G-DRG-Version 2011 umgesetzt.

MITGLIEDER DER ASIDIT-PROJEKTL EITUNGSGRUPPE

Prof. Dr. Hartmut Siebert	Generalsekretär der DGU
Prof. Dr. Joachim Windolf	Universitätsklinikum Düsseldorf
Prof. Dr. Norbert Roeder	Leiter DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
Dr. Dominik Franz	DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
Prof. Dr. Andreas Seekamp	Leiter Notfall- und Intensivmedizin (NIS), Universitätsklinikum Kiel
Dr. Lutz Mahlke	Mitglied der NIS-DGU-AG Ökonomie, Vincenz-Hospital, Paderborn
PD Dr. Rolf Lefering	Mitglied NIS-AG TraumaRegister DGU, Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Köln
PD Dr. Christian Kühne	Mitglied NIS-AG Evaluation TraumaNetzwerk DGU, Universitätsklinikum Marburg
Dr. Christian Juhra	Mitglied NIS und AG TraumaNetzwerk, Universitätsklinikum Münster



Die Ergebnisse des ASiDIT-Projektes zeigten, dass die Abbildungsqualität von Schwerverletzten im G-DRG-System durch eine Modifikation der Gruppierungsstrukturen, die klinisch Schwerverletzte auch als Schwerverletzte im Sinne des G-DRG-Systems identifizieren sollen, erheblich verbessert werden konnte. Insgesamt elf der 13 Anpassungsvorschläge beinhalteten dezidierte Empfehlungen zur nachhaltigen Detailschärfung der DRG-Strukturen. Das InEK ist hier überwiegend bereits für die G-DRG-Systemversion 2011 den Vorschlägen der Fachgesellschaft gefolgt, und die Sachgerechtigkeit der Fallzuordnung konnte erheblich verbessert werden.

Bei 1.062 Schwerverletzten, die das Trauma und den im Rahmen des Projektes untersuchten Krankenhausaufenthalt überlebten, wurde eine Korrelation der Kosten und des Injury-Severity-Score (ISS) ermittelt. Es wurde vorgeschlagen, den ISS anhand einer ergänzenden Datenlieferung an das InEK für seine Verwendung als ergänzender Differenzierungsparameter der Schwerverletzten-DRGs zu analysieren. Nach Rücksprache mit dem InEK haben im März/April 2011 circa 40 ausgewählte Krankenhäuser an dieser ergänzenden Datenlieferung teilgenommen. Da die Strukturen der G-DRG-Systemversion 2012 bei der Erstellung dieses Beitrages noch nicht vorlagen, kann über eine Umsetzung/Teilumsetzung noch nicht berichtet werden.

Konsequenzen des ASiDIT-Projektes

In der G-DRG-Systemversion 2008 wurden Schwerverletzte systematisch unterfinanziert. Das Fortbestehen dieser Unterfinanzierung hätte relevante negative Auswirkungen auf die Versorgung von Schwerverletzten oder auf die Bildung von Strukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Schwerverletzten (zum Beispiel Bildung von Traumanetzwerken) haben können. Durch die datenbasierten Ergebnisse des ASiDIT-Projektes wurden die Gespräche zwischen unserer Fachgesellschaft und dem InEK erheblich konkretisiert, und dem InEK konnten detaillierte Vorschläge zur Modifikation der G-DRG-Strukturen unterbreitet werden. Da die Datenbasis des ASiDIT-Projektes zu einem erheblichen

In die Analyse der Vergütung der Schwerverletztenbehandlung flossen die Abrechnungsdaten der Kliniken ein, die dem Trauma Netzwerk der DGU angehören.

Kurzdarstellung der Vorschläge im Einzelnen

132 Fälle wurden aufgrund einer akuten Querschnittssymptomatik bei einer Gruppierung mit der G-DRG-Systemversion 2008 der unbewerteten G-DRG B61Z zugeordnet. Es handelte sich um extrem heterogene Fallkonstellationen mit mittleren Kosten in Höhe von 32.499 Euro und einer mittleren Unterdeckung in Höhe von 16.251 Euro. Die Summe der Unterdeckung dieser 132 Fälle betrug 2.145.099 Euro. Es wurde vorgeschlagen, dass bei Erfüllung der DRG-Definition „Polytrauma“ und dem Vorliegen einer Querschnittssymptomatik die Fälle nicht mehr der

G-DRG B61Z, sondern stattdessen zum Beispiel eine Eingruppierung in G-DRGs für Schwerverletzte beziehungsweise für Langzeitbeatmete erfolgen sollte. Das InEK ist diesem Vorschlag gefolgt. Seit der Systemversion 2011 werden Schwerverletzte mit akuter Querschnittssymptomatik in der überwiegenden Anzahl der Fälle deutlich sachgerechter anderen G-DRGs für komplexe Fallkonstellationen zugeordnet. Die Summe der Unterdeckung dieser 132 Fälle verringerte sich bei einer Gruppierung in der G-DRG-Version 2011 um 66,9 Prozent. Darüber hinaus wurde die ehemalige G-DRG B61Z in eine G-DRG B61A und eine G-DRG B61B differenziert.

Teil mit der Datenbasis des InEK bezüglich der Schwerverletztenversorgung identisch war, konnte das InEK die Anpassungsvorschläge nachvollziehen und hat diese mehrheitlich bereits für die G-DRG-Systemversion 2011 umgesetzt. Eine systematische Unterfinanzierung liegt in der Systemversion 2011 nicht mehr vor – Schwerverletzte werden mehrheitlich kostendeckend finanziert. Für Detailbereiche mit weiterhin bestehender Unterfinanzierung wird basierend auf den ASiDIT-Daten weiterhin an konstruktiven Lösungen in Kooperation mit dem InEK gearbeitet.

Die Konzeption und die Ergebnisse des ASiDIT-Projektes haben deutlich gemacht, dass es zukünftig vor allem von Seiten der Fachgesellschaft darauf ankommt, in einem konstruktiven Dialog – unterstützt durch eigene datenbasierte

Analysen – mit dem InEK nach gemeinsamen Lösungen für noch bestehende Anpassungsnotwendigkeiten von G-DRG-Strukturen zu suchen.

VIELEN DANK!

Der Akademie Unfallchirurgie (AUC) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. sei für die Finanzierung des Projektes herzlich gedankt, ebenso dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. für die große Unterstützung bei der Bereitstellung der Paragraph 21-Daten der teilnehmenden Kliniken und dem TraumaRegister DGU für die Unterstützung bei der Datenabgleichung. Darüber hinaus sei herzlich den Kolleginnen und Kollegen und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilnehmenden Kliniken für ihr Engagement bei der Erhebung der Daten gedankt.

Weitere Projektaktivitäten

Im Rahmen des ASiDIT-Projektes wurde die Datengrundlage ebenfalls erfolgreich dazu genutzt, eine Aktualisierung des Kostenschätzermoduls des TraumaRegisters DGU anhand der Kostendaten des Projektes durchzuführen. Eine Analyse von Vorhaltekosten im Rahmen der Notfallversorgung wird voraussichtlich im ersten Quartal 2012 abgeschlossen sein.

Dr. Dominik Franz



Dr. Dominik Franz gehört der DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster an. **Kontakt:** dominik.franz@uk.muenster.de

ESSKA-KONGRESS 2012

Einladung nach Genf

Vom 2. bis 5. Mai 2012 findet der 15. Kongress der European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA) in Genf statt. Die ESSKA ist eine kooperierende Fachgesellschaft der DGOOC mit Sitz in Luxemburg.

Das wissenschaftliche Programm beinhaltet Höhepunkte wie die Vorträge von Prof. Freddie Fu (USA) „Anatomical reconstruction of the ACL“, Tim Hewett (USA) „ACL injury mechanism and prevention“, Pierre Chambat (Frankreich) „The European course of knee surgery“, Jean-Noël Argenson (Frankreich) „The new arthritic patient“, Johnny Huard (USA) „Tissue engineering over the first decade of the XXIst century“. Ebenso werden Instruktionkurse der verschiedenen Komitees der ESSKA präsentiert, beispielsweise des Knorpelkomitees „Algorithms and flow-charts for the treatment of cartilage pathology“, der PCL Study Group „Basic concepts in PCL evaluation (imaging, clinical evaluation)“ sowie der EKA (ESSKA-Sektion: European Knee Associates) „TKA BASICS gap balancing, various approaches: femur first, tibia first, ro-

ESSKA AUF DEM DKOU

Update on Cartilage Repair

International Session, 26. Oktober 2011
9.30 Uhr bis 11 Uhr

tation, varus knee, valgus knee, getting the patellofemoral joint right“, „Patient matched cutting blocks, navigation and 3-D rotation“, „Uni basic techniques“. Das Programm wird durch 35 Symposien, 20 Keynote lectures sowie Mini-Battles und ein Pflegeprogramm abgerundet. Die Kongresssprache ist Englisch.

Eine Vielzahl von Preisen würdigt herausragende wissenschaftliche Leistungen: Hervorzuheben sind der „Theo van Rens Best Paper Award“ für die beste wissenschaftliche Präsentation auf dem Kongress im Rahmen der „Star paper ses-

sion“, der „Alwin Jäger Video-Preis“ für das beste Video, der „Best Poster Award“ für die besten Poster aus fünf Kategorien, der „Porto Award“ für Innovation in der Arthroskopie, der „Award for Best Paper in Ligament and Biomechanics“ sowie der „Nicola's Foundation Young Researcher Award“. Die ESSKA fördert auch die Teilnahme von Grundlagenforschern am Kongress durch mehrere Reisestipendien.

Prof. Dr. Henning Madry

ÜBER ESSKA

Mehr Informationen über die Arbeit der European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy finden Sie unter:

www.esska-congress.org
www.esska.org



Foto: Contradictus / Wikipedia

Der 15. Kongress der European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA) findet nächstes Jahr in Genf statt.



Michael-Jäger-Preis: Prof. Dr. Dieter Kohn (li.) übergibt zusammen mit Herrn Berkau (re.) von Orthotech den mit 15.000 Euro dotierten Preis an Dr. Jens Dargel (Mitte), Köln.



40 Vorträge: Die Frau im Sport, Rückenschmerz und Sport, American Football made in Germany und Sport nach Kniechirurgie waren die Themen des Kongresses.



Der Gründungspräsident: Prof. Dr. Heinrich Hess, erster Präsident der GOTS von 1986 bis 1994, wird von der Mitgliederversammlung der GOTS zum Ehrenmitglied ernannt.



Blumen für die gute Fee: Für ihren Einsatz in der Geschäftsstelle der GOTS erhält Frau Petra Enderlein ein kleines Dankeschön von GOTS-Präsident Prof. Dr. Holger Schmitt.



Sporlastic-Posterpreis: Dr. Simon Lenschow (li.) freut sich über den mit 3.000 Euro dotierten Posterpreis, den ihm Prof. Dr. S. Nehrer und Sporlastic-Geschäftsführer Berkowitsch (Mi.) übergeben.



Der Ehrengast: Kongresspräsident Prof. Dr. Christian Siebert zeichnet Prof. Christopher John Standaert von der amerikanischen Sporttraumatologischen Gesellschaft nach seiner Ehrengast-Lecture aus.

Fotos: GOTS

GOTS JAHRESKONGRESS

Leistungsschau der Sportorthopäden und -traumatologen

Im Jahr ihres 25jährigen Bestehens fand der Jahreskongress der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) vom 17. bis 18. Juni 2011 in München mit über 500 Teilnehmern statt.

Die diesjährige Fußballweltmeisterschaft stand bei der Auswahl zumindest eines Kongressthemas – Die Frau im Sport – Pate. Die anderen Themen, die Kongresspräsident Prof. Dr. Christian Siebert, Hannover, in seinem Programm präsentierte, waren: American Football made in Germany, Rückenschmerz und Sport sowie Sportfähigkeit nach Kniechirurgie. Insgesamt 40 Vorträge, die von 32 Gutachtern ausgewählt worden waren, kreisten um diese Schwerpunkte. Neben den gesetzten Übersichtsvorträgen durch anerkannte Spezialisten kamen

nur durch ein strenges Review-System bewertete Präsentationen in das Programm. Eine Posterausstellung zeigte 25 Arbeiten. Parallel zum Hauptprogramm konnten die Teilnehmer an Symposien mit spezieller Themenstellung (Rückenschmerzen und myofasziale Funktion, Wettkampfmedizin, Patello-Femoralgelenk und Anforderungsprofil des Mannschaftsarztes im Spitzensport) teilnehmen. Dabei engagierten sich die Physiotherapeuten, der Verein der Verbandsärzte, die Arbeitsgemeinschaft Arthroskopie (AGA) und die Vereinigung

Basket Docs. Teilweise nahmen an diesen Symposien über 200 Kolleginnen und Kollegen teil. Auch die Instruktionkurse zu den Themen Ellenbogen, Leiste/Hüfte sowie Muskelverletzungen im Sport fanden reges Interesse. Einen regelrechten Teilnehmeransturm erlebte der von den Kollegen Müller-Wohlfahrt und Hänsel geleitete Kurs Muskelverletzungen. Abgerundet wurde die breite Angebotspalette von fünf Lunch-Workshops sowie einem Breakfast-Workshop, die mit großem Engagement der Industrie auf fachlich hohem Niveau stattfanden.



Von weit her: Aus Japan und Korea reisten die Asien-Fellows an, um in München Vorträge zu präsentieren.



Freund und Förderer: Für sein Engagement für die Belange der GOTS wurde Bernd Rolle (re.), Geschäftsführer des Elsevier Verlages, als Freund und Förderer der Gesellschaft geehrt.



Sportarzt des Jahres: Laudator Prof. Dr. Wilfried Kindermann (re.) und der Vorsitzende der Verbandsärzte, Dr. Hubert Hörterer (li.), ehren Dr. Lothar Schwarz (Mitte) als Sportarzt 2011.



Interessante Industrieausstellung: Über 40 Aussteller präsentierten ihre Produkte im Rahmen der kongressbegleitenden Ausstellung.

Wissenschaftsförderung ist Schwerpunkt der GOTS

2011 wurde zum 14. Male der Michael-Jäger-Preis vergeben. Die Forschungsförderung in Höhe von 15.000 Euro wird hälftig von der Firma Orthotec und der GOTS aufgebracht. Aus den hochkarätigen wissenschaftlichen Arbeiten wählte die Jury bestehend aus Prof. Dr. Schmitt, Dr. Dann, PD Dr. Engelhardt, Prof. Dr. Kohn, Dr. Krüger-Franke, Prof. Dr. Rosemeyer, Prof. Dr. Valderrabano, Prof. Dr. Nehrer und H. Berkau drei Arbeiten aus, die sich auf dem Kongress einem zweiten mündlichen Votum stellen mussten. In einer sehr knappen Entscheidung siegte die Arbeit von Dr. Jens Dargel (Köln) mit dem Thema „Die ligamentäre Instabilität des Ellenbogens: Biomechanische Untersuchungen zur Wertigkeit aktueller Techniken der medialen und lateralen Kollateralbandrekonstruktion“ vor Dr. André Leumann (Basel) mit dem Thema „Natural History des VKB insuffizienten Kniegelenks im Tiermodell: Von der Bandläsion zur endgradigen Arthro-

se – eine radiologische, kinetische, kinematische und biomechanische Langzeitstudie“ und vor Dr. Florian Halbwirth aus Krems mit dem Thema „Training für Knorpelzellen – Effekt von Mechano-stimulation auf 3-D kultivierte osteoarthritische Knorpelzellen“.

Den Sporlastic-Poster-Preis in Höhe von 3.000 Euro gewannen S. Lenschow, K. Dressel, B. Schliemann, M. J. Raschka, T. Zantop mit dem Thema „Struktureigenschaften einer neuen Kreuzbandfixationsstrategie – Doppelbündelrekonstruktion des vorderen Kreuzbandes: Die Mini-Shim-Technik“. Den 2. Platz, dotiert mit 2.000 Euro, belegten M. Herbort, C. Domnick, S. Rosslenbroich, M. J. Raschke, W. Petersen, T. Zantop mit ihrem Poster „Einzelbündel-VKB-Rekonstruktion in medialer Portaltechnik: Kniegelenkinematik nach femoraler Tunnelpositionierung mit konventionellem Zielgerät und neuem medialen Portal-Zielgerät.“ Den mit 1.000 Euro dotierten 3. Preis erhielten R. Pfefferkorn, V. Schöffl, F. F. Hennig, I. Schöffl für ihre Arbeit „Der Einfluss von

DER GOTS-KONGRESS WANDERT

Im kommenden Jahr findet der 27. Jahreskongress der GOTS am 22. und 23. Juni in Salzburg statt. Dr. Gerhard Oberthaler, Salzburg, ist Kongresspräsident, sein Team motiviert und ehrgeizig, einen außergewöhnlichen Kongress zu präsentieren.

Themen:

- Extrem-Sport-Medizin
- Meniskus Chirurgie
- Implantate und Biomaterialien in der Sportmedizin
- Lebensbewältigung nach Sporttrauma

Ab 2014 wird der traditionelle Kongressort München nur noch jedes zweite Jahr Austragungsort des GOTS-Kongresses sein. In den dazwischen liegenden Jahren wandert der Kongress jeweils in eine andere Stadt in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland. Wir hoffen, dass diese Neuerung von den Teilnehmern angenommen wird und der wechselnde Austragungsort der Gesellschaft und dem Kongress neue Impulse verleiht.

Ringbandrupturen auf Reibungskraft und exzentrische Maximalkraft im Beugesehenapparat“.

Zur Förderung des jüngsten Forschungsnachwuchses wurde die Vortragssitzung „Young Investigator Award“ durchgeführt. Die drei Erstplatzierten erhielten ihre Auszeichnung vor dem Kongress.

Die Verbandsärzte innerhalb der GOTS veranstalteten erneut das Symposium Wettkampfmedizin. Neben dem Thema Krafttraining bei Kindern und Jugendlichen, der Leistenproblematik des Sportlers und den Grenzen der Belastbarkeit wurden aktuelle Infos der Nationalen Anti-Doping Agentur Deutschland (NADA) übermittelt. Mit über 100 Teilnehmern war das Symposium sehr gut besucht.

Vortrag für das Kernthema des Kongresses „Rückenschmerz und Sport“. Von den 25 Ehrengästen auf den GOTS-Kongressen kamen bisher elf Kollegen aus den Vereinigten Staaten von Amerika.

Fazit und Ausblick

Kongresspräsident Prof. Dr. Christian Siebert konnte mit einem fachlich hochwertigen Kongress auf neuem Veranstaltungsterrain zufrieden sein. Mit der Herausgabe einer 64-seitigen Broschüre „25 Jahre Hochleistungsmedizin für Sportler“ und der Präsentation des GOTS-Manuals Sportverletzungen in der ersten Englischversion demonstrierte die Gesellschaft zu ihrem 25. Jubiläum ihre Leistungsfähigkeit.

Mit über 1.000 Mitgliedern stellt die Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) die führende sporttraumatologische Gesellschaft der Länder Deutschland, Österreich und der Schweiz dar. Sie wurde 1986 in Frankfurt/Main gegründet.

Sportarzt des Jahres und Wettkampfsymposium stehen für praktische Arbeit in der GOTS

Von den Verbandsärzten wurde in diesem Jahr mit Dr. Lothar Schwarz zum 2. Mal seit 2002 ein Saarländer als „Sportarzt des Jahres“ ausgezeichnet. Schwarz betreut die deutschen Triathleten. Der ehemalige Chef des Geehrten, Prof. Dr. Wilfried Kindermann, hielt die Laudatio mit berechtigtem Stolz.

Amerikanischer Ehrengast

Privileg des Kongresspräsidenten ist es, den Ehrengast des Kongresses vorzuschlagen. Der für seine US-Begeisterung bekannte Prof. Dr. Christian Siebert wollte mit seinem Vorschlag für Prof. Christopher John Standaert die Beziehungen zu der amerikanischen sporttraumatologischen Gesellschaft verbessern. Standaert hielt mit seinem Thema „Core stabilization and low back pain“ einen wichtigen

PD Dr. Martin Engelhardt



PD Dr. Martin Engelhardt ist Schriftführer der GOTS.
Kontakt: martin.engelhardt@klinikum-os.de

13th EFORT Congress 2012

www.efort.org/berlin2012



Early Registration Deadline:
► 30 January 2012



13th EFORT Congress

Berlin, Germany: 23 - 25 May 2012

Congress highlights

- **Hip:** Peri-prosthetic fractures and revision arthroplasty
- **Hand / wrist:** Arthroscopy in hand surgery
- **Trauma:**
- **Paediatrics:** Early care for the hip in children
- Multiple fracture patient / intraoperative imaging
- **Spine:** The ageing spine
- **Sports / knee soft-tissue:**
- **Pain:** Orthopaedic responsibility in pain treatment
- Navigation and soft-tissue balancing in TKA
- **Osteoporosis:** New solutions for an old problem
- **Knee osseous:** Indications, techniques and rehabilitation
- **Basic Science:** Evaluation in stem cells therapy
- **Shoulder:** Complex shoulder problems
- **Infection:** Treatment options in difficult cases
- **Foot / ankle:** Flatfoot, from childhood to the adult
- **Bone & joint tumours:** Metastasis

info More updates available on: www.efort.org/berlin2012



Fotos: DGCH

1 Chirurgenkongress in München: Vom 3. bis 6. Mai 2011 fand der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Internationalen Congress Center München statt. **2 Da war er noch Gesundheitsminister:** Philipp Rösler (li.), hier mit DGCH-Präsident Prof. Dr. Axel Haverich, hielt die Eröffnungsansprache des Kongresses. **3 Organspendelauf:** Im Anschluss an den Thementag „Transplantation von Zellen, Geweben und Organen“ liefen Kongressteilnehmer, um auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen. **4 Leistungsschau der Medizintechnik:** Kongressbegleitend fand eine große Industrieausstellung statt.

CHIRURGENKONGRESS 2011

Chirurgie 2020: Veränderungen gestalten

Folgenden Vortrag hielt Prof. Dr. Axel Ekkernkamp auf dem 128. Deutschen Chirurgenkongress im Rahmen der Sitzung „Chirurgie 2020 – Konkrete Konsequenzen für Patienten und Ärzte“.

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten, vielleicht sogar das beste der Welt. Zu Recht werden wir sehr darum beneidet. Noch immer bekommt jeder im System, was wirklich nötig ist. Unstrittig ist jedoch, dass die sozialen Sicherheitssysteme, ganz besonders das System der gesetzlichen Krankenversicherung, unverändert so nicht dauerhaft erhalten werden können. Auf dem Leipziger Bundesparteitag der CDU Deutschland im Dezember 2003 fiel die Entscheidung zum Aufbau eines Kapitalstocks und für ein Prämiensystem. Die Sozialdemokraten befürworteten die Bürger-

versicherung, zu der sie in modifizierter Form auch heute noch stehen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Es macht wenig Sinn, dass eine Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen mit dem exakt identischen Leistungskatalog am Markt ist. Natürlich ist die Einheitsversicherung keine Alternative, Wettbewerb muss sein. Mir macht es aber Mut, dass jetzt an der Spitze verschiedener gesetzlicher Krankenkassen sehr intelligente Köpfe stehen, nach Herbert Rebscher unser ärztlicher Kollege Dr. Christoph

Straub, der aus dem Rhön-Vorstand in Richtung Barmer-Ersatzkasse wechselt.

Auch werden nur selten die Leistungen der amtierenden Bundesregierung gewürdigt, besonders der FDP rechnet man einzig die Steuerentlastung für Hoteliers zu. In Wahrheit haben es Philipp Rösler und Daniel Bahr erstmalig geschafft, die Steuerfinanzierung in den Alltag der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung zu integrieren; man fängt mit geringen Beiträgen an, die allerdings sehr rasch gesteigert werden sollen und müssen. Inhaltlich macht dies auch Sinn,

da über die Steuern die notwendige Solidarität auch von allen, nicht nur von den gesetzlich Krankenversicherten, aufgebracht wird.

2020 konkret

Es gibt klare Entscheidungen für das Jahr 2020, die wahrscheinlich nicht mehr verändert werden können. Worum handelt es sich?

- Die von Europa verordnete SpARBremse wird exakt 2020 greifen.
- 2020 entfällt definitiv der Solidarbeitrag.
- 2020 endet der Länderfinanzausgleich, den die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen schon jetzt mittels Verfassungsklage zu Fall bringen wollen, nach dem Zögern der neuen Landesregierung in Stuttgart wird es wohl bei 2020 bleiben.

Wir fragen nach den Konsequenzen für die Chirurgie, für die Chirurgeninnen und Chirurgen. Diese liegen auf der Hand: Zunächst werden die Universitätskliniken der neuen Bundesländer betroffen sein, aus heutiger Sicht gibt es für keine der Universitäten in den neuen Bundesländern eine Überlebensmöglichkeit, für diese muss also in den nächsten acht Jahren noch gesorgt werden.

Das alles hat auch Auswirkungen auf die duale Krankenhausfinanzierung, nach der die Krankenkassen ja die laufenden Kosten und die Bundesländer die Investitionen zu tragen haben. Voraussetzung dafür sind stabile und finanzstarke Bundesländer. Als Vertreter eines Krankenhauses der Berufsgenossenschaften kann ich dem Modell der Monistik sehr viel abgewinnen. Bedacht werden muss allerdings, dass der Kostenträger dann als Gesellschafter ein erhebliches Wort mitzureden hat.

Entscheidungen aus dem Jahr 2011 mit Konsequenzen für 2020

Aktuelle gesetzgeberische Maßnahmen haben konkrete Auswirkungen auf die nächsten zehn Jahre. Zur Zeit im Abstimmungsprozess ist das Patientenrechtegesetz. Die Inhalte liegen klar auf der Hand. Aus meiner Sicht hat die Chirurgie an dem Thema „Stärkung der Patientenrechte“ sehr gut mitgearbeitet, teilweise sogar eine vorbildliche Rolle gespielt. Das Pflegegesetz wird angesichts des schon

vorhandenen und noch stärker werden- den Fachkräftemangels eine große Rolle spielen. Sensibilisieren möchte ich Sie gern für die Gemütslage unter den Angehörigen der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege. Seit Jahren habe ich davor gewarnt, dass wir die Ärztegehälter gegenüber den anderen Beschäftigten im Krankenhaus zu sehr verzerren. Die Situation an der Charité mit dem Ausstand der nichtärztlichen Beschäftigten ist nur scheinbar ein Angriff auf die Landesregierung oder auf den Vorstand des Klinikums. Vielmehr entlädt sich hier auch sehr viel Unmut über heterogene Gehaltsstrukturen. Dieses Thema sollte man zukünftig mit mehr Augenmaß behandeln.

Innovationen auf dem Feld der Medizintechnik

Nicht zuletzt auf der Basis des klaren Statements unseres letztjährigen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Reiner Gradinger, der die zu großzügige Indikationsstellung der deutschen Orthopäden im Thema Endoprothetik kritisiert hatte, beschäftigen sich

aber nur Platz 2 der Rangliste erreicht hat. Die Patienten wünschen sich als Wichtigstes die Teilnahme am medizinischen Fortschritt.

Evidenzbasierte Medizin

Aus den wissenschaftlichen und ärztlichen Kreisen kam der Wunsch nach evidenzbasierter Medizin, auch dies hat die Politik inzwischen aufgegriffen. Leidtragende sind die Physiotherapeuten. Es gibt gar nicht so unbedeutende Überlegungen, ob man die Physiotherapie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausstreicht, da sie an keiner einzigen Stelle einer Evidenzprüfung standhält. Aus meiner Sicht eine ganz unglückliche Entwicklung.

Blickwechsel mit Folgen

Viel zu wenig beachtet wird das Versorgungsgesetz mit seinem Blickwechsel vom Leistungserbringer hin zum Patienten. Bisher haben wir stets gefragt, wie viel Krankenhäuser und wie viel Krankenhausbetten eine Region benötigt. Die neue Frage lautet: Wie viel Arzt, Krankenhaus,

Während die Prognosen der Wirtschaftsinstitute davon ausgehen, dass eine Reihe von Akutkrankenhäusern schließen werden, glaube ich, dass es bei etwa 2.000 Krankenhäusern auch bis zum Kalenderjahr 2020 bleiben wird, diese sich dann aber mit anderen und sehr spezialisierten Themen zu beschäftigen haben.

die engagierten jüngeren Politiker mit der Frage, warum man neue Arzneimittel intensiver Prüfungen unterzieht, die medizintechnische Industrie hingegen jedes Gerät mit einem Stecker und einem CE-Kennzeichen auf Patient und Krankenhaus loslassen kann. Gut nachvollziehbar gefordert wird die Nutzenbewertung für Endoprothesen, Implantate, Stents und für die Indikationsstellung. Sicherlich haben wir Chirurgen auch Erfolge in dieser Thematik erzielt. Die Einführung des Endoprothesenregisters nach mehr als fünfzehnjähriger Vorarbeit sehe ich als einen solchen an. Die scharfe Prüfung von Instrumenten, Implantaten, Robotern und Navigatoren ist sinnvoll, darf aber nicht zu einem Innovationshemmnis führen. Eine Schweizer Umfrage belegt, was sich Patienten am meisten vom Gesundheitswesen wünschen. Als Antwort erwartet worden war die freie Arztwahl, welche

Pflegekraft, häusliche Krankenpflege, ja auch wie viel Hospiz benötigt der einzelne Mensch, der einzelne Versicherte und Bürger in seiner Region? Diese Prüfung wird zu völlig neuen Erkenntnissen führen. Zur Zeit wehren sich noch die Länder dagegen, dass sie besonders im Krankenhausbereich Macht abgeben müssen. Der Weg ist allerdings eingeschlagen. Schon jetzt wird es zu einer Bedarfsänderung in allen Bereichen kommen, wir verabschieden uns von der ortsnahen Versorgung der Bevölkerung.

Während die Prognosen der Wirtschaftsinstitute, zuletzt das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), davon ausgehen, dass eine Reihe von Akutkrankenhäusern schließen werden, glaube ich, dass es bei etwa 2.000 Krankenhäusern auch bis zum Kalenderjahr 2020 bleiben wird, die-

se sich dann aber mit anderen und sehr spezialisierten Themen zu beschäftigen haben. Direkte Auswirkungen bestehen für die Chirurgie. Bisher wird ja ein Akutkrankenhaus so definiert, dass eine Akut Chirurgie vorgehalten werden muss. Die Zentrenbildung (Onkologisches Zentrum, Mammazentrum, Gefäßzentrum, Viscerazentrum) fördert diese Entwicklung zusätzlich. Vergessen dürfen Sie bitte auch nicht, dass die Vorhaltung von Operationsräumen und -kapazitäten sehr teuer ist. Ein Krankenhausträger, der einen Neubau ohne Aufstellung von Operationskapazitäten realisieren kann, ist darüber uneingeschränkt froh und glücklich.

Im Bereich der Unfallchirurgie sind die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und die Universitätskliniken Vorreiter, in allen anderen Bereichen die Universitätskliniken an sich. Insoweit lohnt sich der Blick in die Hochschulmedizin: Dort diskutiert man zur Zeit über Rechtsformänderungen. Besonders interessant und wirklich neu ist das Angebot des Bundes zur Übernahme von Universitätskliniken; konkret wünscht sich die amtierende Bundesministerin, Frau Prof. Annette Schavan, die Förderung und Zukunftssicherung der traditionsreichen Charité unter dem Dach der Bundesrepublik Deutschland (als sogenannte „Bundesuniversität“).

– der Auftrag zur Lehre und zur Krankenversorgung.

Nachwuchsmangel

Hier muss endgültig mit der Fehleinschätzung aufgehört werden, wir würden zu wenig Ärztinnen und Ärzte an den deutschen Hochschulen produzieren. Genau das Gegenteil ist der Fall. Schon jetzt verlassen zu viele junge Medizinerinnen und Mediziner die Universitäten, das Schreiben von 100 Bewerbungen pro Absolvent ist keine Seltenheit. Die bestehenden Fakultäten, zukünftig noch Augsburg, Bielefeld, Oldenburg, die Universitäten Budapest, Szeged und Pécs, die Universität Prag, die vielen Rückkehrer aus Großbritannien, Skandinavien und der Schweiz, sowie die Freizügigkeit innerhalb der EU werden zu einem deutlichen Überangebot an jungen, noch weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten führen. Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) werden in Deutschland mit zwölf Absolventen pro 100.000 Einwohnern doppelt so viele Ärzte wie in den USA oder Japan ausgebildet. Auch die enorme Dichte von 3,6 praktizierenden Ärzten auf 1.000 Einwohner spricht für sich. Trotz dieser Bilanz hat die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen gerade jetzt beschlossen, an den öffentlichen

notwendig ist, dass in jeder chirurgischen Abteilung ärztlicher Nachwuchs weitergebildet wird. Meine herzliche Bitte gilt, für dieses so wichtige Thema gerüstet zu sein.

Aus meiner Sicht können vier Themen die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme garantieren: die Absenkung der Sektorengrenzen, die Stärkung ethischer Aspekte, die ernsthafte Umsetzung präventiver Maßnahmen und der vielversprechende Wandel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft.

Absenkung der Sektorengrenzen

Die Sektorengrenzen verringern sich nicht nur durch das vorbeschriebene Versorgungsgesetz und den Blickwinkel hin zum Patienten. Interessant ist eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geförderte Umfrage unter Studierenden des letzten Semesters. Gefragt wurden diejenigen Studierenden, die sich eine berufliche Laufbahn auch außerhalb des Krankenhauses vorstellen könnten. Früher hätte man von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten gesprochen. Gefragt wurde, ob man sich eine Tätigkeit in selbstständiger oder in abhängig beschäftigter Form vorstellt; 90 Prozent der Befragten antworteten, sie möchten im Angestelltenverhältnis arbeiten. Dies hat etwas mit Familie und Beruf, mit Work-Life-Balance, mit anderen Schwerpunkten, mit Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes etc. zu tun, ist allerdings doch für uns alle zu beachten. Die befragten Studienabgänger des Frühjahr 2010 sind längst im Beruf, in sechs weiteren Jahren Fachärztinnen und Fachärzte, wir sprechen also über das Jahr 2017, in dem sich der früher so gehegte und gepflegte Widerspruch zwischen dem niedergelassenen Vertragsarzt und dem Krankenhausarzt gar nicht mehr stellt. Es ist unsere Aufgabe, Strukturen in Gesundheitszentren, medizinischen Versorgungseinrichtungen und in ambulanten Angeboten neuerer Begrifflichkeiten zu finden, um den Bedürfnissen des ärztlichen Nachwuchses gerecht zu werden. Die Auswirkungen werden wir 2020 sehen, genau prognostizieren kann ich sie noch nicht.

Stärkung der ethischen Aspekte

So sehr die Vergleiche zwischen Gesundheitswesen und Wirtschaft Sinn machen, so wichtig ist es nicht zu vergessen, dass

Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) werden in Deutschland mit zwölf Absolventen pro 100.000 Einwohner doppelt so viele Ärzte wie in den USA oder Japan ausgebildet.

Aus diesen Entwicklungen resultieren vielfältige Konsequenzen: Die schon heute eingesetzte Förderung des Bundes über Helmholtz und Fraunhofer wird noch verstärkt. Damit werden der Bund und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zu treibenden Kräften für die differenzierte Bearbeitung der wissenschaftlichen Herausforderungen in Zukunftsthemen. Es wird spekuliert, dass noch etwa zehn größere Medizinische Fakultäten umfänglich so ausgestattet werden, dass jeweils eine der Volkskrankheiten bearbeitet werden kann. 24 andere Fakultäten könnten sich über Kooperationen anschließen. Den Universitätskliniken außerhalb der Exzellenz bleibt dann – wie allen anderen

Hochschulen mit Ausnahme von Bonn 935 neue Medizin Studienplätze einzurichten und anzubieten.

Nachdem wir uns so erheblich verschätzt hatten, wir von Herrn Dr. Montgomery von 60.000 arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten hörten und gleichzeitig den Ärztemangel sahen, aber nicht verarbeiten konnten, empfehle ich dringlich, dass man auch im Berufsverband der Deutschen Chirurgen die Papiere aus Zeiten von Herrn Prof. Witte und Herrn Dr. Bauch hervorholt, als wir uns nämlich gefragt haben, wie man das Überangebot an jungen Chirurginnen und Chirurgen sauber sortiert. Eines unserer Kernthemen vor zehn Jahren war, ob es wirklich

wir nicht mit Waren, sondern mit Gesundheit, Krankheit und Empfindungen von Menschen und Patienten zu tun haben. Ethische Aspekte sind unbedingt zu berücksichtigen. Auch hier haben die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, einige ihrer Untergliederungen, der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hervorragende Arbeit geleistet. Der Chirurg Prof. Dr. Eckhard Nagel, jetzt in Essen, ist sicherlich stellvertretend und herausragend für unsere Profession zu nennen. Höchstes Lob gilt aber auch den Abgeordneten des Deutschen Bundestages, die sich sowohl beim Thema Sterbehilfe im Jahr 2009 als auch jetzt bei der Präimplantationsthematik ihrem Gewissen verpflichtet, exzellent vorbereitet, verhalten haben.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit wird ganz wesentlich von Chirurgeninnen und Chirurgen mit gestaltet. Klar ist, dass die Patienten mündiger und informierter werden, sie werden ihre Wünsche völlig zu Recht zunehmend artikulieren. Der Chirurg steht im Mittelpunkt all dieser ethischen Fragen, gerade in der Chirurgie geht es um Leben und Tod.

Prävention

Kritische Anmerkungen habe ich zur Prävention. Im Bereich der Berufsgenossenschaften sind wir weltweit führend. Die Mischung aus gesetzlichen Vorgaben, den sogenannten Unfallverhütungsvorschriften, und dem Konsens in den Betrieben zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern darüber, dass man möglichst Arbeitsunfälle vermeiden will, hat uns in die privilegierte Position gebracht, die wir aber für andere Bereiche so wenig nutzen. Die nähere Befassung mit der Felix-Burda-Stiftung hat mir deutlich gemacht, was persönliche Betroffenheit und Beharrungsvermögen bewirken können. Man kann Frau Dr. Christa Maar gar nicht genug gratulieren und in ihren Bemühungen unterstützen. Die Deutsche Krebsgesellschaft und auch die Chirurgen waren an ihrer Seite. Dennoch bleibt die so erfolgreiche Prävention des Darmkrebses die Ausnahme, Chirurgeninnen und Chirurgen mit ihren Organisationen und Vertretungen wären wesentlich mehr gefordert. Möglicherweise wird uns die personalisierte oder individualisierte Medizin mit ihrem finanziellen Rückenwind, nicht zuletzt als explizit genanntes Ziel des Koalitionsvertrages der amtierenden Bundesregierung, helfen.

Gesundheitswesen wandelt sich zur Gesundheitswirtschaft

Bleibt der Aspekt der Gesundheitswirtschaft, der in allen Bereichen der Gesellschaft, aus meiner Sicht aber nicht ausreichend innerhalb der Chirurgenfamilie diskutiert worden ist. Keine Branche wächst stärker als die der Gesundheit. Von 42 Millionen beschäftigten Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland arbeiten inzwischen mehr als fünf Millionen im Gesundheitswesen. Gesundheitswirtschaft entwickelt sich zum Exportschlager. Nach einigem Zögern befassen sich die Ministerien für Gesundheit, Wirtschaft und Finanzen mit dieser Thematik, die Bundeskanzlerin veranstaltete im Mai 2010 in Berlin ihren ersten Gesundheitswirtschaftsgipfel.

Der Ökonomisierung des Systems, besonders der Krankenhausstrukturen, haben wir viel zu verdanken, endlich sind Profis in die Leitungsstrukturen eingerückt. Dies hat allerdings für Chefärzte und Chefchirurgen schmerzliche Nebenwirkungen: Erst jetzt wird deutlich, dass die Gruppe der leitenden Krankenhausärzte keineswegs zu den leitenden Angestellten eines Unternehmens gehört. Ihnen vorgesetzt ist in der Regel der Personalchef als Prokurist, der noch einige Hierarchiegruppen über sich weiß.

Eine von vielen Konsequenzen ist die, dass mit Übernahme der Position des Chefchirurgen die berufliche Perspektive bis zum Renteneintritt keineswegs garantiert ist. Den modernen Chefarzt muss man mit dem Trainer eines Profiteams vergleichen. Auch dieser wird zunächst gefördert, als „Star“ der regionalen und überregionalen Öffentlichkeit vorgestellt, mit einer Vielzahl von Privilegien ausgestattet, anschließend kritisch beäugt, weniger gefördert, mehr gefordert und – für Krankenhauschirurgen ungewöhnlich – dann gefeuert. Personalentwickler und Topmanager verwandter Bereiche wie der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie sehen gerade diese Änderung als erfolgreichen Eintritt in die Gesundheitswirtschaft an.

Die Chirurgeninnen und Chirurgen und ihre Verbände haben aus meiner Sicht erheblichen Positionierungsbedarf.

■ Zur Professionalisierung und Modernisierung des Systems gehört der offene Umgang mit der Akademisierung der

anderen Gesundheitsberufe. Die Chirurgie erobert sukzessive verlorenes Terrain, beispielhaft genannt seien Aktivitäten zur Förderung von CTA, OTA, die gemeinsame Ausbildung von Physician Assistants mit der Steinbeis-hochschule etc.

- Völlig neu aufstellen muss sich die Chirurgengemeinschaft gegenüber den Compliance-Richtlinien der Industrie, die zum Teil Transparenz und Antikorruption einfordert, im Kern firmenseitige Fehlentwicklungen zurückdrängen und Kosten sparen will. In dieser Thematik, zugegebenermaßen international stärker als in Deutschland, finden sich Chirurgeninnen und Chirurgen in einer äußerst passiven Position.
- Ökonomisierung und Transparenz bedingen sich gegenseitig, Qualitätssicherung wird zur zentralen Begrifflichkeit. Die Verfahren der Chirurgen sind mit den Namen Theodor Billroth, Wolfgang Schega und Otto Scheibe verbunden und werden von sämtlichen nichtchirurgischen Fachdisziplinen als vorbildlich gewertet. Dennoch haben sich die Krankenhausträger und Gesellschafter endlich durchgerungen, selbst Verantwortung für die Qualität in ihren Betrieben zu übernehmen. Beispielhaft genannt sei die Initiative Qualitätsmedizin, die Chirurgen auch über die Peer-Review-Verfahren hinaus integrieren will und einem wissenschaftlichen Beirat Inputmöglichkeiten offeriert.

Resümee

Wir sehen einer hochinteressanten, aus meiner Sicht sehr spannenden Zukunft entgegen. Chirurgische Fähig- und Fertigkeiten werden nicht nur 2020, sondern auch weit darüber hinaus dringend benötigt werden. Mein großer Wunsch ist es, dass die Chirurgeninnen und Chirurgen bei dieser rasanten und positiven Entwicklung eine wesentliche Rolle spielen.

Prof. Dr. Axel Ekkernkamp



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp ist Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin. **Kontakt:** ekkerkamp@ukb.de

Expertentreffen des Fragility Fracture Networks

Das Fragility Fracture Network (FFN) zielt auf eine bessere Versorgung von Patienten mit osteoporotischen Frakturen weltweit. Anfang September trafen sich erstmals Orthopäden und Unfallchirurgen, Rehabilitationsmediziner, Osteologen, Endokrinologen, Rheumatologen, Wissenschaftler, spezialisierte Pflegekräfte und Physiotherapeuten sowie Industrievertreter aus der ganzen Welt in Berlin, um multidisziplinäre Behandlungskonzepte zu diskutieren.

Im Verlauf der ersten Bone and Joint Decade 2000 bis 2010 konnten zunächst wesentliche Fortschritte in der Prävention und Behandlung von Osteoporose und Fragilitätsfrakturen erzielt werden. Es zeichnete sich jedoch ab, dass die Gesamtproblematik von sehr verschiedenen Perspektiven aus betrachtet wurde und daher der Gesamtverlauf der Erkrankung häufig aus dem Auge verloren wurde. Während die eine Gruppe die Fraktur als Endpunkt eines Präventionsversuches ansah, wurde sie von der anderen als Indikation für eine operative Versorgung gesehen – eine Verbindung beider Sichtweisen gab es häufig nicht. Insbesondere bei Patienten nach Frakturen wurde eine weitergehende Diagnostik der zugrunde liegenden Ätiologie oder die Einleitung einer Sekundärprävention nur selten vorgenommen. Darüber hinaus sind ältere Frakturpatienten häufig „internistische Polytraumata“ und geraten durch eine Fraktur mit anschließender operativer Versorgung aus ihrem labilen Gleichgewicht. Eine kompetente geriatrisch-internistische Betreuung ist auf einer orthopädisch-unfallchirurgischen Station nicht immer gewährleistet. Weiterhin zeichnet sich ab, dass Sarkopenie und Gebrechlichkeit (frailty) eine wesentliche Ursache in der Ätiologie des Frakturgeschehens spielen.

In den letzten Jahren haben sich insbesondere im angloamerikanischen System interdisziplinäre multimodale Behandlungsrunden zusammengefunden, die versuchen, integrative Konzepte zur Ver-

besserung der Akutversorgung und der Rehabilitation zu implementieren. Auch die AG Alterstraumatologie der DGU hat erste Schritte in Zusammenarbeit mit den deutschen Geriatern initiiert. Auf internationaler Ebene haben nun Osteoporoseorganisationen begonnen, Interesse an Frakturmanagement und -heilung zu gewinnen, Traumagesellschaften haben zunehmend Interesse an der Prävention von Folgefrakturen entwickelt.

Im Rahmen der zweiten Bone and Joint Decade 2011 bis 2020 wurde nun entschieden, dass aufgrund der demographischen Veränderungen mit dem weltweiten rapiden Anstieg Älterer die Patientengruppe mit Fragilitätsfrakturen besondere Aufmerksamkeit erfordert. Nachdem absehbar wurde, dass keine der existierenden Gruppierungen die notwendige interdisziplinäre Kooperation organisieren kann, wurde das Fragility Fracture Network gegründet. Die Ziele dieses Netzwerkes sind die weltweite Dissemination von multidisziplinären Ansätzen zur Prävention, Therapie und Rehabilitation von Fragilitätsfrakturen, die Unterstützung von Forschung im Bereich von Osteoporose, Sarkopenie und Fragilitätsfrakturen sowie die Förderung einer Priorisierung dieser Krankheitsbilder im gesundheitspolitischen Raum.

Anfang September folgten etwa 100 international ausgewiesene Experten der Einladung von Prof. David Marsh (Großbritannien) und Prof. Karsten Dreinhöfer (Berlin) nach Berlin. Zwei Tage diskutier-

ten sie die relevanten Themen (burning research questions, perioperative care, fracture treatment, rehabilitation, secondary prevention, policy change). Die Vorträge belegten die erheblichen Versorgungsunterschiede, aber auch die Möglichkeiten, exzellente Strukturen zu schaffen. Die Diskussionen waren durch eine große Begeisterung für die multidisziplinäre Zusammenarbeit gekennzeichnet. In der ersten Mitgliederversammlung wurde ein siebenköpfiger Vorstand gewählt, der durch Multidisziplinarität und globale Repräsentation gekennzeichnet sein sollte. Als Präsident wurde Prof. David Marsh, Orthopäde aus Großbritannien, als Vizepräsidentin die Geriaterin Prof. Adriano Machada aus Brasilien gewählt, zudem Dennis Greene (Pflege, USA), Prof. Lyn Marsh (Rheumatologie, Australien), Prof. Earl Bogoch (Orthopädie, Kanada), Prof. Maria Crotty (Geriatric, Rehabilitation, Australien) und Prof. Karsten Dreinhöfer (Orthopädie, Rehabilitation, Deutschland).

Im Verlauf der Mitgliederversammlung wurde deutlich, dass ein großes Interesse besteht, in der Zukunft regelmäßig einen multidisziplinären Austausch vorzunehmen. Aus diesem Grunde wurde sich darauf verständigt, den ersten Weltkongress des FFN im September 2012 in Berlin auszurichten und in diesem Rahmen insbesondere jungen Wissenschaftlern und Klinikern eine Möglichkeit zu Fortbildung und wissenschaftlichen Austausch zu bieten.

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer



Die FFN tagte zum ersten Mal im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin.



Botschafter der Orthopädischen Rheumatologie: Prof. Dr. Wolfgang Rütter, Dr. Uwe Schwokowski, Dr. Stefan Schill, Dr. Harald Dinges (v.l.n.r.).

39. KONGRESS DER DGRH

Trommeln für eine gemeinsame Sache

Der 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) Anfang September in München war auch die 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh). Dr. Stefan Schill stellte für die DGORh in diesem Jahr den Kongresspräsidenten.

Von der „Langsamkeit in Deutschland“ zeigte sich der niederländische Epidemiologe Jaap Franzen von der Universität Nijmegen ganz beeindruckt. Franzen schilderte die Versorgung der (entzündlichen) Rheumapatienten im Nachbarland. Eine „Ruckzuck“-Mentalität hätte sich dort in den Strukturen ausgeprägt. „Darunter leidet die Qualität“, bekannte der niederländische Epidemiologe. Die Rheumatologie in den Niederlanden ist primärärztlich und klinikzentriert geprägt – wobei Rheumapatienten überwiegend in Klinikambulanzen versorgt werden; es gibt nur noch acht Rheumabetten in den Niederlanden.

Lob der Langsamkeit

Einerseits ist das Lob der Langsamkeit ein positives Zeugnis für das deutsche Gesundheitssystem. Speziell in der Rheumatologie wünschte man sich in einem Aspekt aber mehr Beschleunigung. „Seit zehn Jahren wälzen wir das wichtige Thema der Kooperation zwischen internistischen und orthopädischen Rheumatologen. Es hat sich noch nichts Substanzielles bewegt“, kritisierte Prof. Dr. Wolfgang Rütter während des Symposiums „Berufsbild Rheumatologin/Rheumatologe“ im Rahmen des Kongresses. Rütter ist 2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft

AN DER SCHNITTSTELLE ZWISCHEN FORSCHUNG UND KLINIK

Im Rahmen des 39. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)/ der 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)/ der 21. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) vom 31. August bis 3. September 2011 lag der Fokus auf der medikamentösen Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen. Die innovativen Therapiemöglichkeiten mit Biologika, aber auch die weitere Bedeutung von Methotrexat wurden besonders hervorgehoben. Eine Vielzahl von Beiträgen stellte das gesamte Spektrum der Rheumatologie dar. Die orthopädischen Beiträge befassten sich mehrheitlich mit operativen Themen, aber auch konservative Themen wie der Rückenschmerz, Schmerztherapie, Osteologie und

Therapien mit Hilfsmitteln, Ergotherapie und Physiotherapie wurden interdisziplinär vorgetragen. Der Rheumatologenkongress lebt zunehmend von der Vielfalt der verschiedenen Fachgruppen und gewinnt eindeutig durch die Kooperation der drei verschiedenen Berufsverbände. Ein Ausbau der konservativen Themen der Rheumatologie (Arthrose – Rückenschmerz – Osteoporose) ist aus meiner Sicht wünschenswert, um die europäische Definition der Rheumatologie besser zu präsentieren. Somit sind besonders die Orthopäden gefordert, sich in den nächsten Jahren vermehrt als Referenten und Teilnehmer einzubringen.

*Dr. Uwe Schwokowski
Leiter der Sektion
Orthopädische Rheumatologie*





Einer der Kongresspräsidenten: Dr. Stefan Schill eröffnet für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in München.

für Rheumatologie (DGRh) e.V., Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Leitender Arzt der Klinik für Orthopädie am Klinikum Bad Bramstedt.

Milchtüten-Kommentar

Dies beschreibt das Außenverhältnis der beiden Fachbereiche in seiner politischen Dimension. Innerorthopädisch wurde bereits einiges angeschoben, unterstrich Dr. Uwe Schwokowski, Leiter der Sektion Orthopädische Rheumatologie im BVOU, und erläuterte das wichtigste Anliegen: die Definition, wie die Orthopäden in der Versorgung rheumatologischer Patienten helfend mitwirken können. Der Kommentar aus dem Publikum ließ nicht lange auf sich warten. Da war dann in Analogie von Milchtüten die Rede, auf denen nur „Milch“ stünde, aber keine Prozentangaben zum Fettgehalt. Vor einer ähnlichen Situation stehe der Rheumapatient auch, wenn er den orthopädischen Rheumatologen aufsuche – wie viel Rheumatologe stecke denn tatsächlich darin?

Ernsthaftigkeit

Es ist das zentrale Gebiet eines jeden Orthopäden, Gelenkveränderungen und -krankheiten zu erkennen und zu sortieren, erwiderte Prof. Rütter: „Wir alle müssen ein hohes Interesse daran haben, dass die Orthopäden, die die primäre Anlaufstelle für Patienten mit Gelenkbeschwerden sind, klar unterscheiden können, wann liegt eine entzündliche und wann eine lokale Erkrankung der Gelenke vor.“ Schwokowski ergänzte: „Vor allem können wir in der Vorbereitung, in der Frühdiagnostik, ganz erheblich zum Nutzen der Patienten mithelfen, ein Versorgungsdefizit zu lindern.“

Provokante Nachfrage

Innerhalb des eigenen Fachgebietes sei die Qualitätsoffensive angestoßen. Eine regelmäßige Zertifizierung findet statt und soll künftig um eine Zusammenarbeit mit der Rheuma-Akademie erwei-

INTERVIEW

Neue Qualitätsnetze Orthopädische Rheumatologie gegründet

Der 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)/25. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) in München ließ auch Zeit für Gründungen. Denn Dr. Uwe Schwokowski kann sich als Leiter der Sektion Orthopädische Rheumatologie im BVOU über neue Mitstreiter freuen. In den Ländern Bayern, Baden und Württemberg, dem Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen wurden neue Qualitätsnetze angestoßen. Bereits bestehende Netze gibt es in Schleswig-Holstein/Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Niedersachsen/Bremen und Berlin. Fragen an den Ratzeburger Orthopäden und orthopädischen Rheumatologen, wie solche Netze gegründet werden können.

Wie aufwendig ist es, ein Qualitätsnetz zu gründen?

Dr. Uwe Schwokowski: Das ist eigentlich recht einfach: Die Anmeldung erfolgt über die BVOU Geschäftsstelle, dann die von dort zugestellten Unterlagen ausfüllen und unter www.kompetenznetz-ou.de anmelden. Eine spezielle Organisationsform ist beim derzeitigen Organisationsgrad noch nicht notwendig. Der oder die Initiatoren können dann in Rundschreiben in ihrem Land für Gefolgschaft sorgen. Unter www.kompetenznetz-ou.de werden die Mitmachenden

aufgelistet und sind so für Patienten erreichbar.

Wie steht es um die Finanzierung?

Ein hoher finanzieller Aufwand fällt nicht an. Diesen kann man über den jeweiligen Landesverband des BVOU ausgleichen lassen.

Welche Vorteile bietet die Gründung und die Teilnahme?

Qualitätsnetze Orthopädische Rheumatologie sorgen für eine bessere Vernetzung der Basis der niedergelassenen Orthopäden und orthopädischen Rheumatologen untereinander mit dem BVOU und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh). Sie sind der Ort für Ideen und Kreativität, an dem die Zukunft der orthopädischen Rheumatologie gestaltet wird. Innerhalb der Netze lässt sich auf lokaler Ebene die Kompetenz durch Kurse und Symposien erreichen, die von der Sektion Orthopädische Rheumatologie organisiert werden. Orthopäden und orthopädische Rheumatologen fit zu machen für die Früherkennung und frühe Kooperation mit dem Rheumatologen ist das Ziel. So können wir erreichen, das Versorgungsdefizit in der Rheumatologie zu vermindern.

Interview: Joachim Stier

tert werden: „Wir wollen qualifiziert belegen, dass wir helfen können.“ Die provokante Nachfrage aus dem Auditorium: Welchen Stellenwert denn da noch die Kammer-Weiterbildung habe, wenn die Orthopäden intern das Zertifizieren begännen? Das eine, die Weiterbildung, ist die Basis; die Zertifizierung ist als regelmäßiges fachliches Update zu verstehen, konterte Schwokowski – ein Prozedere, das in vielen Fachgebieten üblich sei. Orthopädische Rheumatologie solle gelebt werden und nicht nur auf dem Praxischild stehen. Allerdings müsse sie auch besser honoriert werden.

Mitnehmen

Es sei nicht richtig, vom Orthopäden zu erwarten, dass er eine rheumatologische Diagnostik wie die internistischen Rheumatologen durchführt, erklärte abschließend Prof. Rütter in München: „Aber wir

sollten die Orthopäden soweit schulen, dass sie besser als bisher die Gatekeeperfunktion übernehmen können.“ Dass sie die große Zahl an Patienten besser sortieren und in der Früherkennung geschult werden – und zwar von den internistischen Rheumatologen, um dann die Patienten mit entzündlichen Veränderungen zu ihnen zu überweisen. Der zentrale Punkt für Rütter: „Sie als internistische Rheumatologen müssen die Orthopäden mitnehmen.“

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin



Foto: Privat

Über den Dächern von Wiesbaden: Neben dem wissenschaftlichen Austausch ist dem Verein Die Orthopädinnen das Netzwerken und persönliche Kennenlernen – wie hier beim Mittagessen – sehr wichtig.

3. JAHRESTAGUNG DIE ORTHOPÄDINNEN E.V.

Von der Hüftchirurgie bis zum Namen der Rose

Am 21. und 22. Mai 2011 fand die 3. Jahrestagung des Vereins Die Orthopädinnen e.V. in Wiesbaden im St. Josef-Hospital statt. Das Konzept der Jahrestagungen des Vereins – nämlich das gegenseitige Kennenlernen, das Netzwerken auf internationalem Niveau und der wissenschaftliche Austausch – ging erneut auf.

Die Tagung hatte drei Schwerpunkte: Hüftchirurgie, Extremitätenrekonstruktion und Diverses. Dr. Jürgen Specht und Dr. Philipp Rehbein, Kollegen aus dem St. Josef-Hospital, sprachen über das Femoroacetabuläre Impingement, den Algorithmus der primären Hüftendoprothetik und über Strategien bei der Endoprothesen-Wechseloperation am Hüftgelenk. Dr. Regine Schivelbein und Prof. Joachim Pfeil bestritten den Block der Extremitätenrekonstruktion. Sie legten die Analyse und die Behandlung posttraumatischer Deformitäten exzellent dar. Im Block

„Diverses“ konnten Erfahrungen der Kolleginnen in den verschiedenen deutschsprachigen Ländern diskutiert werden.

Die Niederlassung aus verschiedenen Perspektiven

Dr. Elisabeth Leineweber und Dr. Melitta Likar, beides niedergelassene Kolleginnen, die eine aus Deutschland, die andere aus Österreich, berichteten über ihren Alltag in der Niederlassung. Die darauffolgende Diskussion verlief sehr rege und belegte, dass es doch deutliche Un-

terschiede zwischen den beiden Ländern gibt. Grundsätzlich waren sich jedoch beide Kolleginnen darin einig, dass die Niederlassung für sie die richtige Entscheidung gewesen sei, und ermutigten Kolleginnen, diesen Schritt zu wagen.

Da der Verein Die Orthopädinnen auch den Nachwuchs in der Orthopädie und Unfallchirurgie fördern möchte, bekam das junge Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) die Möglichkeit, sich vorzustellen und seine Arbeit zu präsentieren.

Dr. Daniela Depeweg berichtete über Projekte, unter anderem über den Tag für Studierende beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, an dem Studierende durch die Welt der Wissenschaft und Forschung geführt werden und Gelegenheit bekommen, die Kongresspräsidenten kennenzulernen und mit ihnen zu diskutieren.

Sozialer Schwerpunkt

Einen sozialen Schwerpunkt legte Alfons Heilmann mit seinem Vortrag über das Friedensdorf International. Er berichtete über das Engagement des Vereines, dessen Ziel es ist, vor allem verletzte und kranke Kinder aus Krisen- und Kriegsgebieten in Deutschland adäquat behandeln zu lassen. Unter anderem gibt es auch eine Zusammenarbeit mit dem St. Josefs-Hospital in Wiesbaden. Den Abschluss des Blockes bildete Dr. Joachim Kern, der über Frauen im Leistungssport berichtete.

Sehr gute Stimmung

Wie schon in den vergangenen Jahren wurde auch bei dieser Jahrestagung auf einen praktischen Teil nicht verzichtet. Dr. Simone Jacobs hielt einen exzellenten Workshop Selbstverteidigung ab, der Strategien zur Stärkung des Selbstbewusstseins in Theorie und Praxis vermittelte. Die sympathische und erfrischende Sportlerin begeisterte nicht nur mit dem Deutschen und dem Weltmeistertitel, sondern auch damit, dass sie Ärztin und Mutter war und eine unerschöpfliche Energie versprühte. Der Workshop war ein gelungener Abschluss für einen ereignis- und lehrreichen Tag. Die gute Stimmung, die schon während der gesamten Veranstaltung spürbar war, hielt beim gemeinsamen Abendessen weiterhin an. Um das Netzwerken und gegenseitige Kennenlernen zu vertiefen, wurde in diesem Jahr am darauffolgenden Tag ein gemeinsamer Spaziergang im Kloster Eberbach angesetzt. Dort, wo ein Groß-

teil der Szenen des Filmes „Im Namen der Rose“ gedreht worden war, wurde gewandert und diskutiert. An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei den Organisatorinnen der Veranstaltung, den Teilnehmerinnen, aber vor allem auch bei den Vortragenden und den Sponsoren für ihre Unterstützung und aktive Mitgestaltung unserer Jahrestagung bedanken.

Die nächste Jahrestagung findet am 10. und 11. November 2012 in Hamburg statt. Wir würden uns sehr über ein reges Interesse freuen!

Dr. Sandra Lipvac



Dr. Sandra Lipvac ist Erste Vorsitzende des Vereins Die Orthopädinnen e. V.

ÜBER DIE ORTHOPÄDINNEN E. V.

Die Orthopädinnen verzeichnen weiterhin einen deutlichen Mitgliederzuwachs und reges Interesse an ihren Veranstaltungen. Der Verein fördert seit über drei Jahren Frauen in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Der Verein möchte eine Plattform zum gegenseitigen Austausch darstellen. Das gegenseitige Kennenlernen und Fördern soll unterstützt werden, damit Frauen, die schon im Fach sind, ihr berufliches Ziel erreichen, aber auch Kolleginnen, die sich noch für eine Fachrichtung entscheiden möchten, Orthopädie und Unfallchirurgie als ein attraktives Fach erkennen. Um diese Ziele zu erreichen, hat sich der Verein in den letzten Jahren in vielen Bereichen weiterentwickelt. Von Anfang an war das Mentoringprogramm ein großes Anliegen. Kolleginnen können als Mentoren oder/und Mentées in unserem Verein aktiv werden. Hierdurch entstehen persönliche, intensive Bindungen, die die jeweilige Karriereplanung oder auch nur den Arbeitsalltag erleichtern und strukturieren können – ganz nach Anliegen des jeweiligen Mentoring-Paares.

Um den Austausch zwischen den Mitgliedern zu verstärken und die Kommunikationswege kurz und schnell zu gestalten, wur-



Die Orthopädinnen e.V.

Das Netzwerk

de auf der Homepage www.orthopaedinnen.org eine interne Seite eingerichtet. Dort werden – nur für Mitglieder zugänglich – freigegebene Daten der Kolleginnen veröffentlicht, so dass eine direkte Kontaktaufnahme untereinander möglich ist. Ein internes Forum steht für Diskussionen aller Art zur Verfügung. Ob das nun die Planung einer Kongressreise oder eine fachliche Frage betrifft, ist den Kolleginnen offen gelassen. Um mit der Zeit zu gehen, jüngere Kolleginnen anzusprechen und unseren Bekanntheitsgrad zu erweitern, wurde auch eine geschlossene Facebook-Gruppe gegründet. Auch hier steht der Austausch an erster Stelle.

Reisestipendium

Sehr stolz sind wir auf unser neuestes Projekt. Seit diesem Jahr ist es dem Verein fi-

nanziell möglich, Kolleginnen auch ganz konkret und monetär zu unterstützen. Der Verein schreibt ein orthopädisch-unfallchirurgisches Reisestipendium für zwei Kolleginnen aus (Details unter „Ausschreibungen“, Seite 112).

Orthopädinnen-Stammtisch

Um nicht nur virtuell zu kommunizieren, sondern auch den persönlichen Austausch von Mensch zu Mensch zu fördern, wurde am 28. Juli dieses Jahres der erste Hamburger Stammtisch für Orthopädinnen und Unfallchirurginnen einberufen. Der Abend war facettenreich und bereichernd, zumal sich die Kolleginnen der näheren Umgebung in einer entspannten und lockeren Atmosphäre kennenlernen konnten. Voraussichtlich wird das Treffen in Hamburg alle drei Monate stattfinden. Regelmäßige Stammtische sollen nun auch in weiteren deutschsprachigen Städten etabliert werden, um ein lokales Netzwerk entstehen zu lassen, zu dem selbstverständlich auch Nicht-Mitglieder eingeladen sind.

www.orthopaedinnen.org
kontakt@orthopaedinnen.org



50 ...

pro Krankenhaus und Jahr: Auf diese Anzahl legte der Gemeinsame Bundesausschuss im Jahr 2005 die Mindestmenge für Kniegelenkersatzoperationen fest.

KNIETOTALENDOPROTHESEN

Mindestmenge vor dem Aus?

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat den Mindestmengenbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für Knie-Totalendoprothesen vom Jahr 2005 aufgehoben. Der GBA hat eine Revision vor dem Bundesgerichtshof angekündigt.

„Für planbare Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, können Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus festgelegt werden.“ So heißt es in Paragraph 137 Absatz 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Für die Leistung „Kniegelenkstotalendoprothese (Knie-TEP)“ legte der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 1. Januar 2006 eine verbindliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr fest.

Die Bestimmung im SGB V, wonach zwischen Ergebnisqualität und Leistungsmenge das Verhältnis einer Abhängigkeit bestehen muss, wird in der sogenannten Mindestmengenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen,

dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat dahingehend präzisiert, dass zwischen beiden Parametern ein kausaler Zusammenhang nachgewiesen sein muss. Eine bloße statistische Assoziation wäre demnach nicht ausreichend (Klakow-Franck und Wetzell 2004).

Die Menge allein macht's nicht

Dieser Argumentation hat sich nun das Landessozialgericht in Berlin-Brandenburg angeschlossen. Aus Sicht des Gerichts konnte der GBA nämlich nicht nachweisen, dass „durch die Mengenvorgabe automatisch auch die Qualität

der Operationen gewährleistet ist. Statistische Angaben allein sind nicht ausreichend“, sagten die Richter. „Nach dem Gesetz müsse es vielmehr einen klaren Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe und der Qualität geben“ (Ärztezeitung).

Weiter heißt es, dass „das Merkmal der postoperativen Beweglichkeit“ zur Qualitätsbestimmung untauglich sei. Bezüglich des Qualitätsmerkmals „Wundinfektion“ sei die Risikoreduktion so gering, dass von keinem besonderen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität die Rede sein könne. Das Gericht kritisierte auch, dass das Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus dem Jahr 2005 nicht berücksichtigt worden sei.

Wegen der Grundsätzlichkeit der Entscheidung wurde eine Revision vor dem Bundessozialgericht zugelassen. Der GBA hat angekündigt, davon Gebrauch zu machen. Das Landessozialgericht hatte bereits im Januar 2011 die Mindestmengenregelung hinsichtlich einer Erhöhung der Fallzahlen bei der Versorgung von Frühgeborenen gestoppt.

Die Entscheidungen zu Mindestmengenregelungen im Allgemeinen und zur Knieendoprothetik im Speziellen haben zu zahlreichen Diskussionen geführt. Die Zielvorstellungen des Gesetzgebers sind eindeutig: Neben einer Qualitätsverbesserung wird auch ein wirtschaftlicher Konzentrationsprozess angestrebt. Trotz der bisher geringen Anzahl von Prozeduren, die der Mindestmengenregelung unterliegen, kann dies einzelne Krankenhäuser ernsthaft bedrohen. Der Gesetzgeber hat allerdings versäumt, einen wirklich klaren Rechtsrahmen für sein Anliegen zu schaffen. Somit blieb die Unklarheit über den Begriff des „besonderen Zusammenhangs zwischen Menge und Qualität“ als Grundlage für eine Mindestmenge bestehen, die jetzt dem LSG Brandenburg als Argumentation dient.

Spärliche Evidenz für Mindestmengen

Die Mindestmengenregelung im Allgemeinen wurde ausführlich anlässlich des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen diskutiert. In dem von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebenen Gutachten von Geraedts (2004) konnte nur eine spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen nachgewiesen werden (siehe Tabelle). Der Ärztetag kam daher zu dem Schluss, dass exakte Mindestmengen als Qualitätsindikatoren aus Studien nicht evidenzbasiert ableitbar seien. Der Begriff der Mindestmenge sei am ehesten geeignet, ökonomische Anforderungen zu beschreiben. Der Deutsche Ärztetag forderte die Politik auf, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und eine begleitende Evaluierungsforschung zum Zusammenhang zwischen Leistungsfrequenz und Ergebnisqualität durch Ressourcenbereitstellung zu unterstützen.

Auch die wissenschaftlichen Gesellschaften von Orthopädie (DGOOC) und Unfallchirurgie (DGU) hatten sich 2005 zur Einführung der Mindestmengenregelung für die Knieendoprothetik geäußert. Wenngleich dabei ebenfalls auf die gleiche

PRO UND CONTRA MINDESTMENGEN

Argumente der Befürworter

- die Versorgungsergebnisse der Patienten werden besser
- die Fallkosten werden geringer
- spezialisierte Krankenhäuser werden für spezialisierte Ärzte attraktiver, es entstehen Kompetenzzentren
- die Patienten erfahren in diesen Einrichtungen auch ein in anderer Hinsicht positiveres Behandlungsumfeld

Argumente der Gegner

- Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, aber hoher Versorgungsqualität werden ausgeschlossen
- die flächendeckende Versorgung der Patienten wird eingeschränkt
- die Erfahrungen der behandelnden Ärzte werden eingeschränkt

- die Kontinuität der Behandlung wird eingeschränkt, weil diese nur noch in Zentren möglich ist
- bewährte Netzwerke werden zerstört
- bei Umschichtungsprozessen entstehen Wartelisten
- die ärztliche Weiterbildung wird erschwert
- für eine breitere Indikationsstellung können Fehlanreize entstehen
- das Bemühen um Qualitätsverbesserung wird eingeschränkt
- die Krankenhauspläne müssten durch die Mindestmengenregelungen umgeschrieben werden

Quelle: Max Geraedts, „Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin – Gutachten im Auftrag der Bundesärztekammer“, 2004

Literatur zurückgegriffen wurde, war der Tenor der Schlussfolgerung doch unterschiedlich. Während das von der DGOOC vorgelegte Gutachten die Mindestmengenregelung für den Bereich Knieendoprothetik für gut begründbar hielt, wurde von Seiten der DGU die Evidenzlage als nicht ausreichend bezeichnet.

Schwellenwert liegt unter statistisch relevantem Wert

Schwierigkeiten bestanden für den Gemeinsamen Bundesausschuss vor allem bei der Festlegung des Schwellenwertes. Ein statistisch verwertbarer Qualitätsunterschied ergab sich anhand einer in Deutschland durchgeführten Studie bei einer Mindestmenge von 107 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr. Die sich daraus ergebende Konsequenz der Umverteilung von Patienten hatte den GBA jedoch dazu bewogen, die Mindestmengenregelung bei 50 Patienten/Jahr fest zu legen. Wegen dieser Problematik hatte der GBA einen Auftrag zur Begleitforschung erteilt, wie sie im Sozialgesetzbuch V fest geschrieben ist.

Bedauerlicherweise hat die Begleitforschung hierzu keine neuen Erkenntnisse erbracht, so dass der Diskussionsstand demjenigen von 2005 entspricht. Zuletzt wurde 2007 auch eine Mindestmenge für die Hüftendoprothetik gefordert. Niethard und Weise hatten seinerzeit in einem Editorial der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie dafür plä-

diert, die anstehenden Veränderungen unter Berücksichtigung der Literaturlage bedachtsam zu diskutieren und den Schwellenwert mit Augenmaß und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in Deutschland festzusetzen. Auch hier war entscheidend, dass das Operationsergebnis durch Krankenhäuser mit hoher Fallzahl und vor allem der Chirurgen mit hoher Fallzahl verbessert werden kann. „Je nachdem, welche Schwellenwerte man für ein hohes und ein niedriges Operationsvolumen einsetzt, können diese Ergebnisse auch statistische Signifikanz erreichen.“ Genauso schwierig war es, einen Schwellenwert für Krankenhäuser zu finden. Dieser lag zwischen zwei Endoprothesen/Jahr/Arzt und 130 Hüftendoprothesen/Jahr/Krankenhaus. Dies zeigt, dass der Bezug der Mindestmengenregelung auf Krankenhäuser zu einer statistischen Fehlerbreite führen muss. Der Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität wird deutlicher, wenn die Ergebnisse auf den einzelnen Arzt oder die Abteilung bezogen werden. Durch die Zusammenfassung von Krankenhäusern in Verbünden oder von Abteilungen in Kliniken gehen diese Zusammenhänge verloren.

Erfahrung eines Arztes bestimmt Komplikationsdichte

Ist die Mindestmengenregelung also sinnlos? Sicher nicht. Die Literaturlage reicht speziell für Deutschland nicht aus, um die Zusammenhänge zwischen Ope-

rationszahlen und Ergebnisqualität zu widerlegen: Je mehr kleine Einheiten zu einem „Krankenhauspaket“ verschnürt werden, je mehr Ärzte an der Erbringung der Leistung beteiligt werden, umso größer muss die statistische Streubreite jeglicher Untersuchungen werden. Das Unbehagen über die Leistungsfähigkeit kleinerer Einheiten greift schon seit langem um sich. Um den Patienten über die Qualität eines Krankenhauses zu informieren, muss dieses seine Operationszahlen öffentlich machen und damit seinen Erfahrungsschatz dokumentieren. Was sollte diese Angabe, wenn sie zu nichts nütze ist?

Dass die Erfahrung des Operators entscheidend ist für die Komplikationsdichte nach einer Operation und auch für das Spätergebnis, dürfte jedem Laien und Arzt einsichtig sein. Das Weiterbildungssystem reicht bei weitem nicht mehr aus, um jeden zum Generalisten und schon gar nicht zum Spezialisten für Endoprothetik zu machen. Umfragen des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

haben dies deutlich gezeigt. Dennoch erwarten die Krankenhausverwaltungen von den meisten Orthopäden (und Unfallchirurgen) eine Schwerpunkttätigkeit auf diesem Gebiet, weil es sich „für die Klinik rechnet.“ So nehmen immer mehr Ärzte an der Versorgung mit Endoprothesen teil. Eine Entwicklung, die durch das Honorararztsystem noch beschleunigt wird. Der Erfahrungsschatz der Operateure muss daher naturgemäß sehr unterschiedlich ausfallen – und die Qualität wahrscheinlich auch.

Darüber hinaus gibt es aber auch andere Aspekte, die es sinnvoll erscheinen lassen, die Mindestmengenregelung nicht aufs Abstellgleis zu verschieben und die Versorgung für bestimmte Eingriffe in größeren Einheiten zusammenzufassen: Eine Zentrenbildung ist ein organisatorischer Konzentrationsprozess, der Synergien nutzt und die Prozess- und Strukturqualität der Kliniken verbessern hilft. Aus den frei werdenden Ressourcen ist damit auch ein wirtschaftlicher Gewinn für das Gesundheitssystem zu erwarten.

Erfahrung macht den Meister

Sollte die Revision beim Bundessozialgericht abgelehnt und die Mindestmengenregelung definitiv verworfen werden, bedarf es neuer Entwürfe für verbesserte Strukturen, um die Versorgung der Patienten sicher zu stellen. Der nicht fehlerfreie Rechtsrahmen für Mindestmengen muss dann in eine praxistaugliche Version überführt werden, die eine nachhaltige Stärkung des Patientenschutzes bewirkt. Oder soll es in Zukunft nicht mehr heißen: „Erfahrung macht den Meister“?

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



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



Jeder Tupfer zählt: Unter diesem Titel hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit im vergangenen Jahr eine Handlungsempfehlung zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet veröffentlicht. Diese besagt, dass alle Geräte und Materialien, die nicht für den Verbleib im Patienten vorgesehen sind, vor, während und nach einem chirurgischen Eingriff abgezählt werden sollen.

SICHERHEIT

Zählkontrollen sind das A und O

Jährlich werden in Deutschland bei 300 Operationen Fremdkörper im Eingriffsgebiet vergessen. Meist handelt es sich um Textilien (Tupfer, Kompressen, Bauchtücher) und um Instrumente, seltener um Implantate (Schraube, Beilegscheibe).

Der Fall: 36-jähriger Unfallverletzter mit dislozierter Humeruskopf-Mehrfragmentfraktur, keine Neurologie, geschlossene Weichteile, Indikation zur offenen Einrichtung und Stabilisierung durch winkelstabile Formplatte (Philos-Platte), OP außerhalb der Dienstzeit an einem Samstag nachmittag, erfahrener Operateur, Assistenz junge Ärztin im ersten Jahr der Weiterbildung, erfahrener OP-Instrumentierdienst.

Kurz vor Abschluss des Eingriffes wird aus der Notaufnahme gemeldet, dass mehrere Schwerverletzte eingetroffen sind. Die Operation wird ohne weitere

Vorkommnisse zu Ende geführt. Am folgenden Montag findet die Röntgenbesprechung statt, bei der die postoperativen Bilder begutachtet werden. In der Schulter des Mannes ist ein „unbekanntes Implantat“ erkennbar. Bei genauerer Betrachtung stellt es sich als das Zielgerät zum korrekten Einbringen der Schrauben heraus. Es befindet sich noch in situ auf der Platte.

Operateur und leitender Arzt informieren den Patienten, erläutern den Befund, bringen ihr Bedauern zum Ausdruck und legen die vermeintlichen Gründe für den Zwischenfall dar. Sie bieten ihm auch an,

seinen Fall der Haftpflichtversicherung zu melden. Im Anschluss dokumentieren sie das Gespräch und lassen den Patienten das Protokoll unterschreiben.

Noch am selben Tag wird der Mann erneut operiert und das Zielgerät von der Platte entfernt. Die weitere Behandlung verläuft komplikationsfrei. Nach vier Monaten ist die freie Beweglichkeit im operierten Schultergelenk wiederhergestellt, der Patient leidet lediglich an geringgradigen Beschwerden im Sinne eines subacromialen Impingements. Einen Antrag zur Prüfung auf Entschädigung über die Haftpflichtversicherung stellt er nicht.

Analyse

- 1) *Liegt eine Regelverletzung vor?* Ja. Fremdkörper dürfen nicht in der OP-Wunde belassen werden.
- 2) *Wie kann man vermeiden, Fremdkörper im OP-Gebiet zu vergessen?* Alle Materialien, die nicht zum Verbleib im Patienten vorgesehen sind, sollten vor dem Eingriff und vor dem Wundverschluss abgezählt werden. Dabei gilt das Vier-Augen-Prinzip. Sowohl diese Zählkontrollen als auch ihre Ergebnisse sind zu dokumentieren.
- 3) *Lagen Anweisungen zu Art und Zeitpunkt der Zählkontrolle sowie zur Dokumentation vor? Sind diese Anweisungen allen Beteiligten bekannt?* In diesem Punkt lautet die Antwort: Nein. Schriftliche Hinweise liegen im Zentral-OP nicht vor. Auch wurde das OP-Personal nicht darin geschult, wie Zählkontrollen ablaufen haben, insbesondere bei nicht-textilen Materialien.
- 4) *Weist der Produktvertreiber/Hersteller in seiner OP-Anleitung auf Zählkontrollen hin?* Ja.

Mögliche Gründe für das Ereignis

Bei der Besprechung des OP-Ablaufs ergab sich, dass der Operateur durch das Eintreffen von Schwerverletzten in der Notaufnahme abgelenkt wurde und unter Zeitdruck stand. Der einmalig vorgebrachte Hinweis der OP-Pflegekraft und der Assistentin, dass sich das Zielgerät noch in situ befände, wurde überhört. Ein

derartiger Fall war noch nie aufgetreten. Eine routinemäßige Dokumentation aller Instrumente, Implantate, Kompressen und weiterer Materialien, die nicht permanent in situ verbleiben, erfolgte nicht.

Kommunikation im Schadensfall

Der Patient wurde zeitnah vom Operateur zusammen mit dem verantwortlichen leitenden Arzt informiert, die Umstände dargestellt und das Einverständnis zur Zweit-OP nach entsprechender gründlicher Aufklärung eingeholt. Eine Entschuldigung wurde ausgesprochen und der Hinweis auf eine weitere Bearbeitung, auch das Haftpflichtverfahren betreffend, gegeben. Eine Dokumentation des Gesprächs erfolgte. Die Klinik hat entsprechende Regeln, wie im Schadensfall vorzugehen ist, in der Qualitätsmanagementabteilung hinterlegt.

Folgende Konsequenzen zog die Klinik nach dem Ereignis: Der Vorfall wurde im Einvernehmen mit dem Patienten sowohl innerhalb der Abteilung als auch innerhalb des zentralen OP-Managements besprochen. Schriftliche Anweisungen zur Durchführung von Zählkontrollen wurden erarbeitet, Schulungen und Einweisung wurden durchgeführt und als fester Bestandteil in das Einweisungsprozedere von neuem Personal aufgenommen.

Fazit

Der Fall zeigt, dass nichts vermeintlich Unmögliches unmöglich ist. Die Ursachen sind einerseits organisatorischer Art (Fehlen von Richtlinien zur Umsetzung von Zählkontrollen im

VORSICHT, FREMDKÖRPER!

Risikofaktoren:

- Personalwechsel im Operationsteam [3]
- Änderungen im OP-Ablauf [4]
- starke Blutungen und Operation unter Zeitdruck [4]
- ein erhöhter Body Mass Index [4]
- keine bzw. fehlerhafte Zählkontrolle [3, 4]

Prävention:

- klinikinterne, systematische und standardisierte, mit Zeit und in Ruhe durchgeführte Zählkontrollen nach dem Vier-Augen-Prinzip prä-, intra- und postoperativ [1, 5]
- visuelle und taktile Inspektion der Wunde vor Verschluss, insbesondere vor Verschluss der Faszia bzw. des Peritoneums [6, 7]
- ausschließliche Verwendung von Textilien mit röntgendichter Markierung [7]
- Armierung von Tupfern, beispielsweise mit Kornzange
- bei Diskrepanzen im Rahmen der Zählkontrollen Unterbrechung des Eingriffes, sorgfältige erneute Kontrollen; Ultima Ratio: radiologische Kontrolle im OP vor Verschluss der Wunde
- schriftliche Dokumentation der durchgeführten Zählkontrollen mit Ergebnis und Namen des durchführenden Personal
- klare Ansagen des Zählergebnisses durch die Beauftragten der Zählkontrolle
- Unterbrechung der Operation, bis der Verdacht auf Belassen eines Fremdkörpers ausgeräumt ist
- Verantwortlich für Zählkontrollen: beauftragter OP-Dienst; letztverantwortlich: der Operateur [1, 5]

Der Fall in Bildern



Was ist das? Im postoperativen Röntgenbild zeigt sich im OP-Gebiet ein unbekanntes Implantat.



Zielgerät vergessen: Eigentlich hilft dieses Gerät dem Chirurgen dabei, die Schrauben exakt auf die Platte aufzubringen.



Alles wieder in Ordnung: Beim Wiederholungseingriff wird das Zielgerät entfernt. Die Heilung verläuft komplikationslos.

OP), andererseits kommen menschliche Gründe, sogenannte „human factors“ wie Ablenkung, Stress des Operators und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der beteiligten OP-Pflegekraft zum Tragen. Die Kommunikation im Schadensfall verlief zeitnah und transparent, Operateur und des Leitender Arztes entschuldigten sich umgehend, ohne etwas zu vertuschen. Dadurch konnte das Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und dem Patienten gewahrt werden. Eine Entschuldigung ist juristisch keine Anerkennung betreffend einer möglichen Haftpflichtentschädigung [13,14].

Prof. Dr. Hartmut R. Siebert



Prof. Dr. Hartmut R. Siebert, stellvertretender Generalsekretär der DGOU, ist stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

ALLE GUT GESCHULT?

Folgende Fragen sollten zusammen mit dem OP-Dienst und allen Operateuren angesprochen werden: Liegen klare Anweisungen zu Art und Form der Zählkontrollen nebst Dokumentation in ihrem Verantwortungsbereich und eventuell im Zentral-OP vor? Sind alle Mitarbeiter darin geschult? War das Thema der unbeabsichtigt belassenen Fremdkörper Gegenstand einer Besprechung im Qualitätszirkel in den letzten Jahren? Liegen klare aktuelle Hinweise und Empfehlungen der Geschäftsführung zum Vorgehen bei Komplikationen bzw. Vorkommnissen mit Schäden vor? Wurde in Ihrem Verantwortungsbereich über das Verhalten im Schadensfall gesprochen, wurden klare Hinweise für alle zugänglich hinterlegt?

Literatur

- 1 Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Jeder Tupfer zählt! Glossar zu den Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2009.
- 2 Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg* 2008 Jul; 207 (1): 80–7.
- 3 Lincourt AE, Harrell A, Cristiano J, Sechrist C, Kercher K, Heniford BT. Retained foreign bodies after surgery. *J Surg Res* 2007 Apr; 138 (2): 170–4.
- 4 Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003 Jan 16; 348 (3): 229–35.
- 5 Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet. 2009 Available from: <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apssi-de/09-11-21%20BfK%20Empfehlung%20Endf.pdf>
- 6 Brisson P. Prevention of retained foreign objects. *Bull Am Coll Surg* 2009 Nov; 94 (11): 28–31.
- 7 Gumus M, Gumus H, Kapan M, Onder A, Tekbas G, Bac B. A Serious Medicolegal Problem After Surgery: Gossypiboma. *Am J Forensic Med Pathol* 2011 Aug 1.
- 8 Stawicki SP, Evans DC, Cipolla J, Seamon MJ, Lukaszczuk JJ, Prosciak MP, Torigian DA, Doraiswamy VA, Yazzie NP, Gunter OL, Jr., Steinberg SM. Retained surgical foreign bodies: a comprehensive review of risks and preventive strategies. *Scand J Surg* 2009; 98 (1): 8–17.
- 9 Greenberg CC, az-Flores R, Lipsitz SR, Regenbogen SE, Mulholland L, Mearn F, Rao S, Toidze T, Gawande AA. Bar-coding surgical sponges to improve safety: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2008 Apr; 247 (4): 612–6.
- 10 Steelman VM. Sensitivity of detection of radiofrequency surgical sponges: a prospective, cross-over study. *Am J Surg* 2011 Feb; 201 (2): 233–7.
- 11 Regenbogen SE, Greenberg CC, Resch SC, Kollengode A, Cima RR, Zinner MJ, Gawande AA. Prevention of retained surgical sponges: a decision-analytic model predicting relative cost-effectiveness. *Surgery* 2009 May; 145 (5): 527–35.
- 12 Patterson P. Preventing retained surgical items: what role does technology play? *OR Manager* 2009 Nov; 25 (11): 1; 8–9, 11.
- 13 Aktionsbündnis Patientensicherheit: Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall, 2011; erhältlich über www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de
- 14 Bauch, J./Bruch, H.-P./Heberer, J./Jähne J.: Behandlungsfehler und Haftpflicht in der Viszeralchirurgie, 2011. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Nutzen der Arthroskopie bei Gonarthrose

Arthroskopische Behandlungsverfahren bei Gonarthrose stehen auf dem Prüfstand: Kürzlich leitete der Gemeinsame Bewertungsausschuss ein Nutzenbewertungsverfahren für verschiedene Maßnahmen am Kniegelenk ein.

Im vertragsärztlichen Sektor hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit der „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie“ (QBA-RL) bereits 2009 Vorgaben zur Qualitätssicherung arthroskopischer Operationen getroffen. In Bezug auf die Indikation „Gonarthrose“ ist der GBA aufgrund eines Antrages des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2010 nun auch in eine generelle Nutzenbewertung arthroskopischer Therapieverfahren eingetreten. Zu diesem Zweck wurde ein Bewertungsverfahren nach Paragraph 135 SGB V (vertragsärztliche Versorgung) und Paragraph 137c SGB V (Krankenhausbehandlung) eingeleitet.

Gegenstand der Methodenbewertung sind laut Antrag „solche therapeutischen arthroskopischen Eingriffe bei der Gonarthrose, die eine oder mehrere Maßnahmen aus dem Bereich des Debridement (Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes/Materials), der Gelenkspülung (Lavage) sowie Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken

umfassen“. Nicht vom Antrag umfasst sind „solche Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken, die aufgrund nachgewiesener gravierender Veränderungen an den genannten Strukturen oder wegen freier Gelenkkörper durchgeführt werden, sofern die Symptome zuverlässig auf diese Veränderungen zurückzuführen und damit durch eine mechanische Intervention zu beeinflussen sind“.

Sachverständige haben Stellungnahmen abgegeben

In einem ersten Schritt wurden insbesondere „Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis“ mit der Veröffentlichung des Beratungsthemas am 9. Juni 2011 zu Stellungnahmen aufgefordert. Die Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA), der Berufsverband für Arthroskopie (BASK), der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie der Verband leitender Orthopäden

und Unfallchirurgen (VLOU) haben in umfangreichen Stellungnahmen an den GBA bereits ihre Expertise in das Bewertungsverfahren eingebracht.

IQWiG wird Evidenz auswerten

Die weitere Bewertung wird durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfolgen, welches auf Basis seines Methodenpapiers die zugrunde liegende Evidenz auswerten wird. Im Laufe des Verfahrens können in den verschiedenen Stadien der Berichtserstellung (Berichtssplan, Vorbericht) Stellungnahmen beim Institut abgegeben werden, gegebenenfalls werden auch Anhörungen durchgeführt. Das IQWiG informiert hierüber auf seiner Internetseite. Mit einem Bericht des IQWiG ist voraussichtlich nicht vor Ende 2012 zu rechnen, der GBA wird im Anschluss daran in die weiteren inhaltlichen Beratungen eintreten. Somit ist bis 2013 nicht mit einer Änderung der derzeitigen Situation zu rechnen.

Evidenzlage uneindeutig

Die Evidenzlage zu den arthroskopischen Therapieverfahren ist heterogen und für die verschiedenen genannten Therapieverfahren (Lavage, Debridement etc.) unterschiedlich ausgeprägt. Bei der Indikationsstellung fließen zudem Arthrograd, Achsefehlstellungen und zusätzliche pathologische Veränderungen an Gelenkstrukturen ein. Als problematisch dürfte sich die im Bewertungsantrag diesbezüglich formulierte Anforderung des Nachweises der Zurückführbarkeit von Symptomen auf benannte Veränderungen an Synovialis, Gelenkknorpel und Menisken oder freie Gelenkkörper erweisen.

Der Stellenwert der arthroskopischen Behandlungsverfahren gerade bei höhergradiger Gonarthrose wird in Fach-



Foto: smartmedidesign/Fotolia

Heterogene Evidenzlage: Gerade bei höhergradiger Arthrose werden arthroskopische Behandlungsverfahren in Fachkreisen kritisch diskutiert.

kreisen kritisch diskutiert. Hierbei sind jedoch individualisierte Entscheidungen unter Einbeziehung von Alter, Allgemeinzustand und des operativen und anästhesiologischen Risikos einer endoprothetischen Versorgung notwendig. Der GBA trifft jedoch mehrheitlich nur eher generalisierende, sich auf die „Regelversorgung“ beziehende Entscheidungen, die gegebenenfalls zu einer Einschränkung der weiteren Erbringbarkeit arthroskopischer Operationen bei gesetzlich versicherten Patienten mit Gonarthrose führen können. Es ist zudem auch von wesentlicher Bedeutung, den Begriff Gonarthrose in diesem Zusammenhang exakt zu definieren. Die Fachgesellschaften und Verbände, die bereits beim GBA Stellungnahmen abgegeben haben, werden daher die weiteren Entwicklungen aufmerksam verfolgen und über den Stand der Beratungen informieren.

Dr. Gert Krummrey

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Literatur

- 1 www.g-ba.de/downloads/62-492-412/RL_QS-Arthroskopie_2009-12-17.pdf
- 2 www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-unterausschuss/5/#1288/
- 3 www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-unterausschuss/5/#1287/
- 4 www.g-ba.de/downloads/40-268-1546/2011-01-20_SN-135-Arthroskopie-Kniegelenk_TrG.pdf
- 5 www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-unterausschuss/5/#1333/
- 6 www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_3_0.pdf
- 7 www.iqwig.de/n11-01-arthroskopie-des-kniegelenks-bei.986.html?tid=1395



Dr. Gert Krummrey ist als Referent Medizin in der Fachabteilung Chirurgie – Medizinische Informatik der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) tätig. **Kontakt:** g.krummrey@dkgev.de



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Braunschweig des Herzogin Elisabeth Hospitals, ist Mitglied im Vorstand des BVOU. **Kontakt:** KDHeller@heh-bs.de

Melden verbessert die Patientensicherheit

Vigilanz kommt vom lateinischen „vigilantia“ und heißt so viel wie „Wachheit“, „Schlauheit“. Bezogen auf Medizinprodukte bedeutet dies, dass deren Risikopotenzial sehr genau beobachtet werden muss. Das gilt nicht nur für die Hersteller, sondern auch für die Anwender und Betreiber die Vorkommnisse melden sollen, damit die Produkte weiterentwickelt werden können und somit die Patienten- und Anwendersicherheit zunimmt.

Dass in komplexen Systemen wie dem Gesundheitswesen unerwünschte Ereignisse geschehen beziehungsweise den Mitarbeitern Fehler unterlaufen, ist nie ganz zu vermeiden. Die Pflegekräfte und Ärzte versorgen häufig unter Zeitdruck eine große Zahl von Patienten und bedienen eine Vielzahl unterschiedlicher Geräte. Ihre originär auf den Patienten ausgerichtete Tätigkeit gestaltet sich zunehmend zu einem Technik- und Geräteeinsatz im Behandlungsprozess. Dadurch wird die Gebrauchstauglichkeit der Geräte immer wichtiger. Zudem wird in einem Umfeld gearbeitet, in dem die Qualität der Prozesse von vielen Faktoren abhängig ist, beispielsweise von der Gestaltung der Arbeitsabläufe, der Ausbildung des medizinischen Personals, der Planung des Arbeitsumfeldes, äußeren Einwirkungen, Teamfaktoren (Kommuni-

Risiken auf akzeptables Niveau reduzieren

Hersteller von Medizinprodukten sind vor der Markteinführung verpflichtet, die Risiken eines Medizinprodukts unter Einhaltung der Vorgaben aus Richtlinien und Normen auf ein akzeptables Niveau zu reduzieren. Da nicht gesichert ist, dass alle Risiken (insbesondere Probleme der Gebrauchstauglichkeit) während der Entwicklung zuverlässig erkannt und beseitigt werden, stellen diese nicht erkannten Restrisiken eine latente Gefahr dar und können unerwünschte Ereignisse bei der Anwendung provozieren. In der Marktphase müssen daher Erfahrungen und Informationen über Risiken mit den Produkten gesammelt und systematisch ausgewertet werden.

den. Das BfArM erfasst diese Vorfälle und wertet sie in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten aus. Abschließend wird nach Paragraph 8 MPSV eine Risikobewertung vorgenommen, gegebenenfalls werden geeignete korrektive Maßnahmen veranlasst.

Das Meldewesen ist darauf ausgelegt „jede Funktionsstörung, jeden Ausfall oder jede Änderung der Merkmale oder der Leistung eines Medizinproduktes sowie jede Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder Gebrauchsanweisung [Paragraph 29 Absatz 1 Nr. 1]“ zu identifizieren. Paragraph 29 Absatz 1 Nr. 1 spricht von Vorkommnissen, die zum Tode oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt haben oder hätten führen können. Paragraph 2 Nr. 1 MPSV dagegen



nikation) und persönlichen Faktoren (Müdigkeit, Stress). Demzufolge unterscheidet man Anwenderfehler, bei denen dem Team oder einem Individuum aus verschiedenen Gründen (zum Beispiel fehlende fachliche Kenntnis, Müdigkeit, Stress etc.) Fehler unterlaufen, von Anwendungsfehlern, die durch Fehler an der Schnittstelle Mensch – Medizinprodukt bedingt sind.

Vor diesem Hintergrund sind nicht nur Hersteller, sondern auch Anwender, Betreiber und sonstige Angehörige von Heilberufen laut Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) verpflichtet, Vorkommnisse und „Beinahe-Vorkommnisse“ mit Medizinprodukten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu mel-

bezieht mit dem Zusatz „führen können“ darüber hinaus auch hypothetische Ursachen und Folgen mit ein.

Richtlinie 93/42/EWG

Die Richtlinie 93/42/EWG ist im Europäischen Wirtschaftsraum das wichtigste Regelinstrument für die Sicherheit von nichtaktiven sowie aktiven, nichtimplan-

tierbaren Medizinprodukten und wurde durch das MPG in nationales Recht überführt. Da die Anforderungen an das Medizinprodukte-Beobachtungs- und -Melde-system in der Richtlinie 93/42/EWG nicht besonders ausgestaltet wurden, hat die Europäische Kommission in Absprache mit den Mitgliedsstaaten und den betroffenen Industriekreisen ein Interpretationspapier für das Medizinprodukte-Vigilanzsystem erarbeitet (aktuelle Fassung: MEDDEV 2.12-1 rev.6). Da die Leitlinie ein rechtlich nicht bindender Konsens ist, können die nationalen Gesetze von den in der MEDDEV gemachten Leitsätzen abweichen. Hier werden unter anderem auch die Meldepflicht von Anwendungsfehlern (Use error) und Anwenderfehlern (User error) angesprochen. Laut MEDDEV sollen alle Anwendungsfehler, die zum Tod führten oder den Patientenzustand schwerwiegend verschlechterten, gemeldet werden. Andere Anwendungsfehler sollen zwar nicht der Bundesbehörde, jedoch dem Hersteller zur Risikoanalyse und -bewertung sowie der Koordination von Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagement gemeldet werden. Unsachgemäßer Gebrauch ist laut der MEDDEV in der Gesundheitseinrichtung (zum Beispiel durch Leitlinien, Schulungen) aufzuarbeiten. Somit wurde die Notwendigkeit, Anwendungsfehler explizit im Wortlaut als meldepflichtig zu erklären,

sonstige Angehörige von Heilberufen die Vorkommnisse unverzüglich zu melden haben. Es ist zweckmäßig, immer gleichzeitig zur Meldung an das BfArM den Hersteller zu informieren, da sich sonst unter Umständen die Risikobewertung auf Grund zu langer Informationswege verzögert. Es muss sich vor Augen gehalten werden, dass ein effektives Risikomanagement bei den verantwortlichen Herstellern die Meldung aller Vorkommnisse voraussetzt. Anwendermeldungen und -berichte tragen im Rahmen der Risikobewertung des BfArM maßgeblich zur Sachverhaltsaufklärung bei. Außerdem geht jeder Fall in die Statistik des BfArM mit ein, die ein wesentliches Kriterium zur Risikobewertung und damit gegebenenfalls zur Veranlassung korrekativer Maßnahmen beiträgt. Für den Melden ergibt sich des Weiteren der Vorteil, dass er direkt von der Behörde eine Rückmeldung zu dem gemeldeten Vorkommnis bekommt.

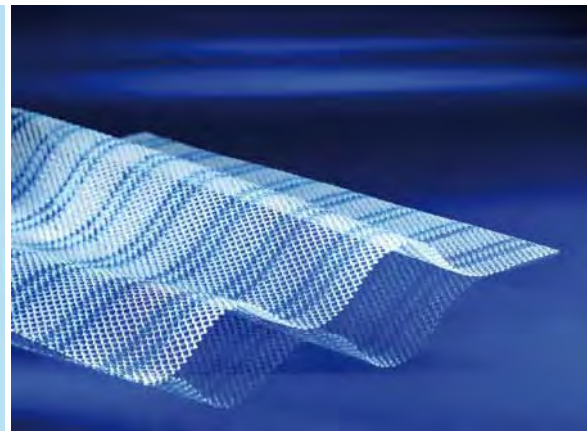
Hersteller zur Mitwirkung bei Risikobewertung verpflichtet

Im Sinne der Risikobewertung ist es hochgradig wichtig, sämtliche Informationen, die in Zusammenhang mit dem unerwünschten Ereignis stehen, in die Meldung mit einfließen zu lassen. Hierzu gehört nicht nur der Produktfehler, der

Mitwirkung bei der Risikobewertung verpflichtet. Hierzu sind die erforderlichen Untersuchungen durchzuführen, die zielführend und geeignet sein müssen, den vermuteten Produktfehler zu ermitteln oder ihn mit hinreichender Sicherheit auszuschließen. Primär gehört hierzu die sorgfältige Untersuchung des retournierten Produktes mit allen geeigneten Verfahren. Werden die Gerätschaften in Reparatur gegeben oder Verbrauchsmaterialien (wie zum Beispiel Infusionsleitungen) entsorgt, so fehlt bei der Risikobewertung durch den Hersteller das „corpus delicti“. Der Gerätefehler kann dann nicht mehr nachvollzogen werden. Als Folge werden die Fälle hypothetisch als „unklar“ bewertet oder Rückschlüsse auf etwaige „fehlerhafte Anwendung“ gezogen.

So viele Informationen wie möglich

Für den Fall, dass kein Produkt vorliegt, sind sämtliche sonstigen ermittelbaren zweckdienlichen Erkenntnisse zu recherchieren und in die Bewertung mit einzubeziehen (zum Beispiel Anwenderberichte, Überprüfung der Einsatzbedingungen in den Gesundheitseinrichtungen, klinische Einsatzbedingungen des Produkts bei dem Vorkommnis, Daten zu vergleichbaren Produkten etc.), um ein Untersuchungsergebnis mit ausreichendem



auf europäischer Ebene erkannt, jedoch im nationalen Gesetzestext noch nicht explizit aufgenommen.

Vorkommnisse unverzüglich melden

Eine Meldung an das BfArM muss innerhalb der vorgeschriebenen Fristen nach Paragraph 5 Nr. 2 MPSV erfolgen. Darin heißt es, dass Anwender, Betreiber und

in einem zumindest möglichen Kausalzusammenhang mit dem Vorkommnis steht. Bei einer Meldung sollen in den Gesundheitseinrichtungen nach Paragraph 12 Absatz 1 MPSV alle verfügbaren klinischen und produktbezogenen Ursachen aufgezeichnet und die betroffenen Produkte nach Paragraph 12 Abs. 4 MPSV sichergestellt werden. Der verantwortliche Medizinproduktehersteller ist zur

Evidenzgrad zu erreichen. Aus Aussagen wie „Beim Durchlaufen der Infusionsflüssigkeit fällt das System auseinander“ lässt sich der Hergang des Vorkommnisses nicht ableiten. Das Medizinprodukt ist nicht näher beschrieben („System“), die Formulierung nicht eindeutig („fällt [...] auseinander“). Außerdem wird nichts über eine Patientenschädigung berichtet. Demnach ist es sinnvoll, so viele Informa-

Die Meldung von Vorkommnissen zielt nicht darauf, eventuelle Haftungsfragen zu klären, sondern ist vielmehr eine Möglichkeit, Medizinprodukte sicherheitsförderlicher zu gestalten.

tionen wie möglich in die Meldung einzubringen. Deswegen sollten auch relevante Umgebungsfaktoren und Prozessschritte, die in Verbindung mit der Nutzung des Medizinproduktes stehen, beschrieben werden. So muss auf gegebenenfalls bestehende Defizite in der Anwenderfreundlichkeit, beispielsweise bei Handlungen auf engem Raum mit schlechten Sichtverhältnissen, aufmerksam gemacht werden. Weiterhin sollten alle verfügbaren Komponenten, die zusammen mit dem Medizinprodukt genutzt wurden, zusammengetragen werden.

Hersteller können aus Fehlern lernen

Es muss sich vor Augen gehalten werden, dass die Meldung von Vorkommnissen in diesem Zusammenhang nicht darauf zielt, eventuelle Haftungsfragen zu klären, sondern vielmehr die Möglichkeit darstellt, Medizinprodukte sicherheitsförderlicher zu gestalten. Nur auf diese Weise können Hersteller aus den Fehlern effektiv lernen, ihre Marktbeobachtung optimieren und ihre Medizinprodukte verbessern. Über das gesetzliche Melde-

So müssen die Medizinprodukte zum Beispiel den grundlegenden Anforderungen nach Richtlinie 93/42/EWG, Anhang I entsprechen. Diese besagen, dass die Produkte so ausgelegt und hergestellt sein müssen, „dass ihre Anwendung unter den vorgesehenen Bedingungen und zu den vorgesehenen Zwecken weder den klinischen Zustand und die Sicherheit der Patienten noch die Sicherheit und die Gesundheit der Anwender oder gegebenenfalls Dritter gefährdet [Richtlinie 93/42/EWG, Grundlegende Anforderungen, Anhang I Nr. 1]“.

Etwaige Risiken sind nur mit einem adäquaten Risiko-Nutzen-Verhältnis für den Patienten akzeptabel. In diesem Sinne müssen Produkte so gestaltet sein, dass „eine weitestgehende Verringerung der durch Anwendungsfehler bedingten Risiken aufgrund der ergonomischen Merkmale des Produkts und der Umgebungsbedingungen, in denen das Produkt eingesetzt werden soll (Produktauslegung im Hinblick auf die Sicherheit des Patienten) [RL 93/42/EWG, Grundle-

Medizinprodukte müssen gebrauchstauglich sein

Die DIN EN 62366 ist eine harmonisierte Norm, die auf die Gebrauchstauglichkeit von Medizinprodukten zielt. Viele Medizinprodukte, bei deren Entwicklung die Gebrauchstauglichkeit nicht berücksichtigt wurde, sind nicht intuitiv verständlich sowie schwierig zu erlernen und/oder zu benutzen – gerade in Belastungssituationen unterlaufen dann häufig Anwendungsfehler. Nach der DIN EN 62366 muss der Hersteller einen gebrauchstauglichkeitsorientierten Entwicklungsprozess einrichten, dokumentieren und einhalten. Der Prozess muss Benutzer-Interaktionen mit dem Medizinprodukt gemäß den Begleitpapieren enthalten – dies schließt unter anderem auch den Transport, die Lagerung, die Installation, den Betrieb, die Wartung/Reparatur und die Entsorgung mit ein. Der gebrauchstauglichkeitsorientierte Entwicklungsprozess berücksichtigt die Benutzerprofile, Gebrauchsbedingungen/ Benutzungskontext, häufig benutzte Funktionen, unterschiedliche Benutzungs-Szenarien (auch Worst-Case-Szenarien), die Benutzer-Medizinprodukt-Interaktionen sowie bekannte und vorhersehbare Bedien- und Benutzungsfehler, Gefährdungen und Gefährdungssituationen. Die mit der Gebrauchstauglich-



Fotos: BVMed

wesen ist es möglich, direkt in den Risikomanagement-Prozess der Hersteller einzugreifen. Da der gezwungenermaßen offene Umgang mit den Vorkommnissen aber zu Hemmungen bezüglich des Informationsgehalts einer Meldung oder gar einer Nicht-Meldung führen kann, ist es notwendig, sich als Anwender und Betreiber explizit mit den Pflichten des Herstellers auseinanderzusetzen.

gende Anforderungen, Anhang I Nr. 1]“, gewährleistet ist. Weiterhin müssen die technischen Kenntnisse, die Erfahrung sowie die Aus- und Weiterbildung der vorgesehenen Anwender berücksichtigt und die medizinischen und physischen Voraussetzungen der Benutzer einbezogen werden (Produktauslegung für Laien, Fachleute, Behinderte oder sonstige Anwender).

keit verbundenen Risiken fließen in den Risikomanagement-Prozess nach DIN EN ISO 14971 mit ein, der ein Entscheidungsfindungsprozess zur Festlegung der akzeptablen Risiken ist. Die Restrisiken müssen im Risikomanagement-Prozess als akzeptabel angesehen werden, es sei denn, es gibt gegenteilige objektive Nachweise, die auch erst während der Überwachung nach Markteinführung des

Medizinprodukts entdeckt werden können. Diese objektiven Nachweise müssen dem Hersteller durch das gesetzliche Meldesystem und somit vorrangig durch die im Gesundheitswesen Tätigen zur Kenntnis gebracht werden.

Benutzer werden in diesem Zusammenhang diejenigen genannt, die ein Produkt nutzen, damit hantieren oder sonstwie interagieren. Dies schließt Techniker, medizinisches Personal, Patienten, Pfleger, Reinigungspersonal etc. mit ein. In vielen Fällen führt die Person, die das Medizinprodukt nutzt oder handhabt, Arbeiten aus, die nichts mit der Behandlung, Überwachung oder Untersuchung des Patienten zu tun haben (zum Beispiel Reinigung/Transport/Wartung des Medizinprodukts). Dies impliziert, dass nicht nur die Anwender Vorkommnisse mit Medizinprodukten melden müssen, sondern generell Benutzer auf Defizite im Zusammenhang mit dem Medizinprodukt hinweisen müssen, sofern sich diese gesundheitsgefährdend auswirken können. Bisher wurde Anwenderfreundlichkeit zu wenig bei der Entwicklung neuer medizintechnischer Produkte berücksichtigt.

Sicherheitsbarrieren: Design, Alarmsysteme, Warnhinweise

Moderne Systeme haben meist Sicherheitsbarrieren (zum Beispiel technische Alarmsysteme oder physikalische Schutzvorrichtungen beziehungsweise Kontrollen oder Checklisten in den Prozessabläufen) eingebaut. Solche Barrieren sind nicht perfekt und können nie jedem möglichen Fehler vorbeugen. Die Anwender müssen sich darüber im Klaren sein, dass, sofern Sicherheitshinweise als Maßnahme zur Risikobeherrschung dienen, der

WIE UND WAS SIE MELDEN SOLLTEN

- Sie sollten eine Meldung grundsätzlich schriftlich einreichen. Besprechen Sie dafür das Vorkommnis im Team. So gehen keine Informationen verloren, und Sie haben die Chance, die (potenziellen) Fehlerquellen aufzudecken.
- Stellen Sie explizit heraus, warum Sie ein Vorkommnis melden. Dabei sollten Sie insbesondere auf die Umgebungsfaktoren (Sicht- und Lärmverhältnisse) sowie Belastungssituationen (unter anderem Stress) eingehen.
- Geben Sie sämtliche Sachverhalte detailgetreu ans Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Sie sollten alle Informationen, die Ihrer Meinung nach das Medizinprodukt, Unsachgemäßheiten in der Gebrauchsanweisung oder Schulungsdefizite des Herstellers betreffen, in die Meldung einbringen.
- Stellen Sie die Ursache des Vorkommnisses, den Schweregrad des Schadens sowie den Hergang ausreichend ausführlich dar. Ihre Meldung muss sprachlich klar formuliert sein. Eine gute Dokumentation, gegebenenfalls mit Bildmaterial und Hinweisen auf die Gebrauchsanweisung, können eine Meldung vervollständigen.
- Fehlerursachen wie interne Schulungs- und Ausbildungsfehler, Organisationsfehler etc. sollten in Ihrer Gesundheitseinrichtung aufgearbeitet werden.
- Gebrauchsanweisungen sollten Sie vor Erstinbetriebnahme der Medizinprodukte und in regelmäßigen Abständen im Team durchgehen, eventuelle Unklarheiten besprechen und diese dann an den Hersteller zurückspeiegeln.

eines Medizinproduktes einer klaren Prioritätenrangfolge unterliegt. Diese besagt ausdrücklich, dass zunächst integrierte Sicherheit durch Design gegeben sein muss, bevor Schutzmaßnahmen wie zum Beispiel Alarmsysteme zur Risikobeherrschung herangezogen werden. Erst wenn die ersten beiden Möglichkeiten nicht anwendbar sind, dürfen Sicherheitshinweise wie etwa Warnhinweise am Gerät oder in der Gebrauchsanweisung, Anzeigen überwachter Variablen oder Schulungsmaterialien eingesetzt werden [Richtlinie 93/42/EWG, Anhang I, Abschnitt I Nr. 2]. In diesem Sinne ergibt sich auch die Forderung für den Anwender, sich genau diese Rangfolge vor Augen zu halten und aktiv auf Defizite in der Gebrauchstauglichkeit aufmerksam zu machen. Außerdem ist es notwendig, auch Gebrauchsanweisungen im Team durchzugehen und die

Situationen bemerkbar. In solchen Fällen können den Anwendern Aufmerksamkeitsfehler (zum Beispiel Störung, falsche Reihenfolge, falscher Zeitablauf) oder Erinnerungsfehler (zum Beispiel Unterlassen von geplanten Vorgängen, Vergessen eines Platzes, Vergessen von Abläufen) beziehungsweise Irrtümer (zum Beispiel Fehlanwendung einer richtigen Regel, Anwendung einer falschen Regel, gut gemeinte „Optimierung“ beziehungsweise „Abkürzung“ des Verfahrens) unterlaufen. Per Definition der DIN EN 62366 gehören solche Fehler jedoch – genauso wie der bestimmungsgemäße Gebrauch – zum „normalen Gebrauch“. Das bedeutet, dass diese Fehler in den Risikomanagement-Prozess der Hersteller mit aufgenommen werden müssen. Im Gegensatz dazu ist aber nur der „bestimmungsgemäße Gebrauch“, das heißt, das Handeln nach den Begleitpapieren, der Umgang mit entsprechend gewarteten Geräten, Vorgehen nach der allgemein anerkannten Praxis etc., meldepflichtig. Der „normale Gebrauch“ wird noch einmal zum „abnormalen Gebrauch“ abgegrenzt. Aber auch hier muss man beachten, dass es einen Unterschied zwischen gut gemeintem und böswilligem „abnormalen Gebrauch“ gibt. Abnormaler Gebrauch kann oft gut gemeint sein – das heißt, ein Benutzer nimmt für den erwarteten Nutzen ein gewisses Risiko in Kauf. Er kann aber auch so weit gehen, dass sich das Vorgehen als offensichtliche Zuwiderhandlung darstellt. Abnormaler Gebrauch ist generell nicht meldepflichtig.

Bisher wurde Anwenderfreundlichkeit zu wenig bei der Entwicklung neuer medizintechnischer Produkte berücksichtigt.

Hersteller diese Sicherheitshinweise auch dem gebrauchstauglichkeitsorientierten Entwicklungsprozess unterwerfen muss. Hierzu gehören zum Beispiel Warnhinweise oder Nutzungseinschränkungen in Begleitpapieren oder Kennzeichnungen. Außerdem muss man sich vor Augen halten, dass Sicherheitshinweise nur eine Möglichkeit zur Risikobeherrschung sind und der Hersteller bei der Gestaltung

Verständlichkeit der Warnhinweise und zur Handhabung des Medizinproduktes kritisch zu beurteilen.

Normalen Gebrauch von abnormalen Gebrauch abgrenzen

Insbesondere Designmängel von Medizinprodukten machen sich in der Anwendung erst in Notfall- oder „Stress“-

Bei den Ereignissen, die nicht meldepflichtig sind, sollte man sich vorher im Klaren sein, wem man die Informationen am sinnvollsten zukommen lassen kann. So sollten dem Hersteller Verbesserungsvorschläge zur Gestaltung von Medizinprodukten zurückgespiegelt werden. In diesem Sinne muss auch beachtet werden, dass sogar die Motivation zum gut gemeinten abnormalen Gebrauch durchaus an den Hersteller zur Optimierung des Medizinprodukts weitergegeben werden kann. Interne Schulungsdefizite, Organisationsprozesse etc. sollten in den Gesundheitseinrichtungen aufgearbeitet werden. Beinahe-Vorkommnisse dieser Art sollten in Critical Incident Reporting Systems (CIRS) eingestellt werden, so dass alle Gesundheitseinrichtungen aus dem Fall lernen können. CIRS ermöglichen allen Mitarbeitern – unabhängig von der jeweiligen Berufsgruppe – Ereignisse, die ohne Korrektur zu einer Gefährdung geführt hätten, anonym mitzuteilen. Die Informationen können von Herstellern, Betreibern und anderen Anwendern eingesehen und zum Ergreifen sicherheitsrelevanter Maßnahmen genutzt werden.

Gesetzliches Vigilanzsystem greift zu kurz

Ziel einer Meldepflicht sollte es sein, anwendungsbezogene Gefahren zu minimieren und zu gewährleisten, dass Anwender in der Lage sind, medizinische Geräte während des Lebenszyklus des Produktes sicher, effektiv und effizient anzuwenden und durch Berichte die Entwicklung neuer Produkte zu unterstützen. Im gesetzlichen Vigilanzsystem werden jedoch noch verhältnismäßig wenige Fehler zur Gebrauchstauglichkeit von Medizinprodukten gemeldet. Dies mag an der nicht immer ausreichenden Expertise bezüglich fehlerförderlicher Faktoren zur Gebrauchstauglichkeit liegen. In den CIRS wird der Medizinprodukte-Sicherheit generell noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es wird eher auf Arbeits- und Organisationsfaktoren hingewiesen, die sicheres Arbeiten beeinflussen. Vielfach lassen Meldungen erahnen, dass Medizin-

ZUM WEITERLESEN

Das Interpretationspapier für das Medizinprodukte-Vigilanzsystem der Europäischen Kommission – „Guidelines on a Medical Devices Vigilance System“ – können Sie im Internet herunterladen unter:

http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/meddev/2_12_1-rev_6-1

Die Richtlinie 93/42/ELOC in der konsolidierten Fassung vom 21. September 2007 können Sie herunterladen unter:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011.de:PDF>

produkte einen Anteil an unerwünschten Ereignissen hatten. Da dies zumeist nicht von den Anwendern erkannt wird und sie sich selbst die Schuld zuschreiben, sind die Meldungen in Bezug auf Medizinprodukte oftmals nicht sehr detailliert. Die Anonymität des CIRS kann klärende Nachfragen in Bezug auf Medizinprodukte verhindern. Andererseits greift das gesetzliche Vigilanzsystem aber zu kurz, da das Meldesystem laut Gesetzestext nur auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch ausgelegt ist.

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die ergonomische Gestaltung und Gebrauchstauglichkeit von Medizinprodukten wesentlich sind. Durch die offene und effiziente Kommunikation von Anwendern, Betreibern und Herstellern werden Risiken besser erkannt beziehungsweise entsprechend bewertet und führen so zu einer Erhöhung der Patientensicherheit.

Mirja Geelvink



Mirja Geelvink beschäftigt sich im Zentrum für Medizintechnik der Fachhochschule Münster mit Patientensicherheit, Ergonomie, Medizinprodukte-Beobachtungs- und -Meldesystem, CIRS.
Kontakt: mirja.geelvink@fh-muenster.de



AUSLANDSEINSATZ

Als Chirurg in Afghanistan

Vom 17. Dezember 2010 bis zum 24. Januar 2011, also knapp sechs Wochen lang, operierte Prof. Dr. Benedikt Friemert vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm Soldaten und Zivilisten in einem Feldlazarett in Afghanistan. Dies war nicht sein erster Einsatz im Krisengebiet. An dieser Stelle hat er seine Erfahrungen niedergeschrieben.

Am 17. Dezember 2010 ist es wieder soweit. Ich sitze an Bord eines Bundeswehr-Airbusses, der mich vom Flughafen Köln-Bonn nach Termez in Usbekistan bringt. Das Flugzeug startet pünktlich, circa sieben Stunden später landen wir um 22.30 Uhr Ortszeit. Die usbekischen Behörden sind bei den Passformalitäten ausgesprochen streng. Jeder wird sehr genau vor dem Aussteigen aus der Maschine kontrolliert. Wir verbringen eine Nacht im Camp in Termez, bevor es am

nächsten Tag mit der Transall C-160 nach Mazar-E-Sharif geht. Der Bundeswehr-Airbus darf aufgrund der Sicherheitslage nicht direkt nach Afghanistan fliegen. Die Transall-Maschinen sind mit sogenannten Flairs an ihren Tragflächen ausgerüstet, die Boden-Lufttraketen ablenken können. Immer wieder werden sie bei den Flügen nach und in Afghanistan aktiviert. Bislang wurden sie immer von Reflexionen vom Boden und nicht von realen Geschossen ausgelöst. Dennoch

macht sich bei den Abschüssen der Flairs regelmäßig ein mulmiges Gefühl in der Magengegend breit.

Mit 40 Kameraden lande ich in Mazar-E-Sharif. Einige von ihnen bleiben im Camp vor Ort, mit den anderen breche ich nach einer kurzen Wartezeit nach Kunduz auf. Etwa 24 Stunden nach dem Start in Köln komme ich zum sechsten Mal in einem afghanischen Bundeswehr-camp an. In Kunduz bin ich zum ersten



Foto: JCG/Proolia

Mal. Zuvor wurde ich schon mehrfach in den Lagern Mazar-E-Sharif und Feyzabad eingesetzt. Insgesamt ist dies mein zehnter Auslandseinsatz. Deshalb weiß ich schon sehr genau, was in den ersten Stunden auf mich zukommen wird.

Ankunft in Kunduz

Zunächst melde ich mich in der Sanitätskompanie, wo die erforderlichen, nicht enden wollenden Formalitäten erledigt werden. Ich nehme die beiden Waffen, Munition, Splitterschutzweste, Bettwäsche, Wäschebeutel und verschiedene kleinere Utensilien entgegen. Diese bringe ich zunächst in meine Unterkunft, dann empfängt mich der Kompaniechef und führt mich durch das Rettungszentrum. Die Feldlazarette beziehungsweise Rettungszentren der Bundeswehr sind im Grunde genommen alle gleich aufgebaut. Sie haben einen kleinen Trakt für

die Kompanieführung sowie das Lagezentrum. Dann gibt es eine Bettenstation mit circa zehn Betten, einen Operationstrakt mit mehreren Operationssälen (einer meist als Container, zwei Schockräume, eine Ambulanz, einen zahnärztlichen Arbeitsplatz und eine Apotheke). Darüber hinaus sind eine Radiologische Einrichtung (Konventionelles Röntgen, zusätzlich gibt es noch ein Ultraschallgerät) und ein Labor mit Blutbank vorhanden. All diese Einrichtungen sind mir vertraut, lediglich die räumliche Anordnung unterscheidet sich ein wenig von der in anderen Lagern. Das Feldlazarett in Mazar-E-Sharif ist deutlich größer und entspricht einem Kreiskrankenhaus. Das Besondere bei diesem Einsatz ist, dass zusätzlich ein Forward Surgical Team (FST) der amerikanischen Armee in die medizinische Einrichtung integriert ist. Dazu später mehr.

Die Sanitätseinrichtung wird von ungefähr 45 bis 50 Sanitätssoldaten betrieben. Die Chirurgengruppe setzt sich aus einem Facharzt für Chirurgie, einem chirurgischen Assistenten, einem Facharzt für Anästhesie, einem anästhesiologischen Assistenten, zwei operationstechnischen Assistenten sowie einer Fachkraft für Sterilisation und Hygiene zusammen. Da der Chirurg vor Ort alle chirurgischen Notfälle behandeln muss, muss er breit ausgebildet sein. Die Ausbildung eines Facharztes für Chirurgie bei der Bundeswehr beinhaltet zunächst den Facharzt für Allgemeine Chirurgie. Danach erhält er einen zweiten Facharzt seiner Wahl, beispielsweise Unfallchirurgie und Orthopädie, Viszeral-, Thorax- oder Gefäßchirurgie. Zusätzlich müssen Chirurgen der Bundeswehr verschiedene Kurse absolvieren, um auch in den Randgebieten der Chirurgie wie der Neurochirurgie, der Gefäßchirurgie und natürlich der spezifischen Traumatologie (Minenverletzung, Schussverletzungen) ausgebildet zu werden.

Soldaten und Zivilisten werden medizinisch versorgt

Der Auftrag des Rettungszentrums besteht zunächst darin, deutsche Soldaten sowie die Soldaten der befreundeten Nationen medizinisch zu versorgen. Darüber hinaus sollen die Soldaten der afghanischen Armee und der afghanischen Polizei versorgt werden, da es in Afghanistan noch kein adäquates medizinisches System gibt. Aber auch deutsche

Staatsbürger, beispielsweise Mitarbeiter von Hilfsorganisationen, oder auch Einheimische werden, wenn die Kapazitäten es zulassen, dort behandelt.

Nachdem ich meinen Rundgang durch das Rettungszentrum mit dem Kompaniechef absolviert und mich bei allen Mitgliedern des Rettungszentrums vorgestellt habe, kann ich mich den Rest des Nachmittags mit dem Einrichten meiner Unterkunft beschäftigen. Für die Dauer von sechs Wochen ist ein Raum von etwa zehn Quadratmetern mein Zuhause. Üblicherweise werden die Offiziere des Rettungszentrums zu zweit in einem Zimmer untergebracht. Aufgrund meiner vielen Auslandseinsätze ist mein Equipment funktionell, enthält aber auch einige persönliche Erinnerungen an meine Heimat.

Sechs Wochen rund um die Uhr im Dienst

Bei Auslandseinsätzen in solchen Lagern wie in Kunduz mit einer Fläche von etwa 2.000 Quadratmetern gibt es keine Privatsphäre. Rückzugsorte, wo man auch einmal allein sein kann, sind allenfalls die Kirche oder eben die eigene Unterkunft, wenn der Zimmerkamerad beim Sport oder anderweitig beschäftigt ist. Eine weitere Belastung für einen Chirurgen ist es, im Grunde genommen sechs Wochen dauerhaft 24 Stunden Bereitschaftsdienst machen zu müssen, da es im OP-Team hier in Kunduz nur einen einzigen Chirurgen gibt. Wie jeder aus seiner eigenen Erfahrung weiß, schläft man in Bereitschaft oder im Nachtdienst eher oberflächlich. Letztlich findet man also sechs Wochen lang keinen komplett entspannten Schlaf.

Am Abend treffen sich das alte und neue deutsche und das amerikanische Chirurgenteam auf ein alkoholfreies Bier. Mir werden die Patienten übergeben und die Vorkommnisse berichtet, die für die Weiterbehandlung wichtig sind. Es gibt zahlreiche Patienten, deren Behandlung länger dauert als die sechs Wochen, in denen man als Arzt vor Ort ist. Das nachfolgende Team muss die begonnene Therapie dann weiterführen. Die Knochenbruchheilung dauert in Afghanistan zum Beispiel dreimal so lange wie in Mitteleuropa. Wahrscheinlich liegt das an der schlechten Ernährung der afghanischen Bevölkerung.

Am nächsten Morgen treten wir wie üblich um acht Uhr an, im Anschluss trifft die sogenannte Ärzt Runde zusammen. Der Arzt, der den Nachtdienst hatte, berichtet über Vorkommnisse in der Nacht, danach gehen die Ärzte gemeinsam auf Visite. An diesem Morgen liegen drei afghanische Kinder bei uns auf der Station. Bei zweien war in den Tagen zuvor eine Plattenosteosynthese bei Femurschaftfrakturen durchgeführt worden, das dritte Kind soll heute am Unterschenkel operiert werden. Im nächsten Zimmer liegt ein deutscher Soldat mit einer Weichteilverletzung am Unterschenkel, die er sich beim technischen Dienst an einem Panzer zugezogen hat. Nach einer kleinen Kaffeerunde wird das Kind operiert. Danach treffen wir mit den deutschen Kollegen noch einige Absprachen und besichtigen verschiedene Punkte im Lager, die für unseren medizinischen Auftrag von Bedeutung sind, beispielsweise den Heli-Pat, also den Landeplatz für die Hubschrauber. Hier stehen fünf Black Hawks, drei davon sind als Rettungshubschrauber und zwei für den Kampf ausgerüstet. Grundsätzlich fliegen immer zwei Hubschrauber gemeinsam in einer sogenannten Rotte zum Einsatzort, nämlich ein sanitätsdienstlicher und ein militärischer Hubschrauber. Wir sind für die Flugrettung in Afghanistan auf unsere amerikanischen Kameraden angewiesen, da die Hubschrauber der Bundeswehr den hohen Temperaturen (im Sommer bis 55 Grad im Schatten) und der Hochgebirgslage nicht gewachsen sind. Die „Notice-to-move-Zeit“ beträgt zehn Minuten. Meist sind sie aber deutlich schneller in der Luft.

Local-Sprechstunde mit Schwerpunkt Knochenbruchbehandlung

Wie bei den Einsätzen zuvor gibt es auch in Kunduz eine sogenannte Local-Sprechstunde. Dort können sich zivile Patienten vorstellen und behandeln lassen. In erster Linie geht es um Operationen, da in den kleineren Lagern keine konservativ tätigen Kollegen wie zum Beispiel Internisten, Neurologen, Urologen usw. vor Ort sind. Diese Fachgebiete sind lediglich im Hauptlager in Mazar-E-Sharif vertreten. Gegebenenfalls werden die Patienten, die sich bei uns in Kunduz vorstellen, nach Mazar-E-Sharif überwiesen. Der Zustrom in die deutschen Sanitätseinrichtungen ist ausgesprochen groß. Schwerpunktmäßig behandeln wir Knochenbrüche, da die lokalen zivilen Krankenhäuser weder über Osteosynthesematerial oder C-Bögen noch über die entsprechenden hygienischen Bedingungen verfügen, um im größeren Stil Osteosynthesen durchführen zu können. Frakturen werden in Afghanistan, zumindest in den Provinzen, fast ausschließlich mittels Extensionen und/oder Gipsverbänden behandelt. So bekommen wir nicht selten Patienten zu Gesicht, deren Knochenbrüche schon mehrere Wochen alt und deren Weichteilverhältnisse desolat sind. Auch penetrierende Verletzungen, etwa alte Schussverletzungen, sind dabei, die immer eine medizinische Herausforderung darstellen.

Amputierte werden sozial benachteiligt

Allerdings stellen sich auch viele Patienten mit Krankheitsbildern vor, die wir mit unseren Möglichkeiten vor Ort nicht

behandeln können. So kommt bei meinem jetzigen Einsatz in Kunduz ein Kind zu mir, das seit seiner Geburt eine luxierte Hüfte hat. Das Gangbild ist katastrophal, ein Bein deutlich kürzer mit fixierter Außenrotation. In Afghanistan ist eine derartige Behinderung mit schwerwiegenden sozialen Folgen verbunden. Der Patient kann nicht seine volle Arbeitskraft in den Dienst der Familie stellen, er ist regelhaft auf Hilfe angewiesen. Die Suche nach einem Lebenspartner ist äußerst schwierig. Besonders schwer haben es Menschen mit Amputationen. Diese werden immer wieder, trotz dringender medizinischer Indikation, abgelehnt. So kann ich mich an den Fall eines 12-jährigen Jungen mit hoch malignem Osteosarkom des Oberschenkels erinnern. Der Vater des Kindes lehnte die Amputation vehement ab. Acht Wochen später kamen die Eltern mit ihrem Kind wieder zu uns. Das Sarkom hatte sich mittlerweile zu einem exulcerierenden, stinkenden, verjauchenden Tumor ausgewachsen. Letztlich blieb nur noch die sehr hüftgelenknahe Amputation, damit die Eltern ihr Kind überhaupt noch pflegen konnten.

„Offene“ Unfallchirurgie

In der Regel operieren wir in Kunduz täglich einen bis zwei Zivilisten. Meist handelt es sich um Osteosynthesen langer Röhrenknochen. Das Verfahren der Wahl ist die offene Plattenosteosynthese, da uns nur dieses Material zur Verfügung steht. Aufgrund der logistischen Besonderheiten ist es nicht möglich, Nailsysteme, winkelstabile Platten oder ähnliches nach Afghanistan zu bringen.



Der Schockraum.



Das Rettungszentrum Kunduz.



Der Hubschrauberlandeplatz.



Ein verletzter Soldat wird nach Mazar-E-Sharif gebracht.

Die Materiallager, die dafür notwendig wären, wären viel zu groß. Erleidet ein deutscher Soldat einen Knochenbruch, wird dieser zunächst mit einem Fixateur externe versorgt, dann binnen 24 Stunden nach Deutschland transportiert und dort in einem Bundeswehrkrankenhaus dem aktuellen medizinischen Standard entsprechend behandelt. Insofern stellt die Versorgung von Frakturen langer Röhrenknochen bei Einheimischen durchaus eine Umstellung für einen Chirurgen/Unfallchirurgen dar. Einen Femur von lateral zu verplatten ist sicherlich nicht mehr gängige Praxis, aber dennoch eine adäquate Behandlungsmethode. Es macht sogar Spaß, „offene“ Unfallchirurgie betreiben zu können. Für die Patienten bieten die Feldlazarette und Rettungszentren der Bundeswehr und der Armeen befreundeter Nationen die einzige Chance auf eine adäquate osteosynthetische Versorgung. Lediglich in den großen Städten wie Kabul oder Kandahar gibt es ein Gesundheitssystem, das dies im kleinen Umfang auch leisten kann.

Weitere elektive Operationen, die wir durchführen, sind Gallenblasenentfernungen, Strumaoperationen, Ileusoperationen, Operationen von Leistenbrüchen, Weichteiltumoren und das große Feld der Osteitiden. Ich habe in meinem ganzen Leben noch nie so viele hämatogen bedingte chronische Osteitiden gesehen wie in Afghanistan: Jahrelange Verläufe, zum Teil völlig zerstörte Knochen, deformierte Knochen mit ausgeprägten Fistelgängen sind keine Seltenheit. Es gilt, die Patienten auszuwählen, für die

wir überhaupt etwas tun können. Große plastische Deckungen, aufwändige Osteotomien, endoprothetische Versorgungen können wir leider nicht durchführen. Selbst die Behandlung einer chronischen Osteitis beispielsweise in der Mitte der Tibia muss gut überlegt werden. Möglicherweise sind der nächste und übernächste Chirurg ausgebildete Viszeralchirurgen, die zwar notfallmäßig traumatologisch ausgebildet sind, eine Osteitisbehandlung jedoch nicht weiterführen können. Das sind taktische Überlegungen, die man sich bei jeder operativen Therapie, die man während eines Einsatzes beginnt, anstellen muss. 14. Tag, 22 Uhr: Die Rettungsleitstelle kündigt fünf schwer verletzte Soldaten

existiert ein weiterer „kleiner“ Schockraum, in dem der Truppenarzt, der Zahnarzt und weiteres Personal mittelschwer verletzte Patienten versorgen können. Letztlich kommen dann ein Schwerstverletzter, zwei mittelschwer verletzte und zwei leicht verletzte Soldaten.

Amerikanische Ärzte sind anders ausgebildet

Das deutsche und das amerikanische Team betreiben jeweils einen Schockraum. Die Ausbildung und die Philosophie eines amerikanischen Arztes beziehungsweise Arztteams unterscheiden sich bei der Behandlung polytraumatisierter Patienten ganz wesentlich von

Man erfährt bei der Behandlung der zivilen Patienten hautnah, was es bedeutet, kein medizinisches System zu haben, keine Sozialabsicherung in Anspruch nehmen zu können, täglich ums Überleben kämpfen zu müssen und aufgrund der insgesamt schlechten Schulbildung wenig Zukunftsperspektiven zu haben.

an, die in 20 Minuten bei uns im Rettungszentrum sein sollen. Ein amerikanischer Panzer sei auf eine Mine fahren und dabei umgestürzt. Trotz eines sehr guten Meldesystems lässt sich nie richtig abschätzen, wie schwer die Soldaten letztlich verletzt sind, und wie viele es wirklich sind. Das gesamte Rettungszentrum wird alarmiert, so dass wir zwei komplette, wie zu Hause bestückte Schockräume bedienen und somit zwei schwerstverletzte Patienten parallel behandeln können. Es

denen deutscher Kollegen. Der amerikanische Soldat hat eine schwere Beckenverletzung, einen Harnröhrenabriss, eine Femurfraktur mit erheblichen Weichteilschäden und einer vermuteten Gefäßverletzung sowie eine Thoraxquetschung. Im Abdomen ist keine relevante freie Flüssigkeit erkennbar. Der Soldat wird primär vom amerikanischen Team versorgt. Dazu gehört ein Notfallmediziner, der nur für die Schockraumbehandlung zuständig ist, ein Orthopedic Surgeon,



Ein schwerverletzter Patient wird erwartet.



Behandlung im Schockraum.

ein Colorectal Surgeon, ein Internist sowie ein Anästhesist. Assistenzärzte gibt es im amerikanischen Team nicht. Nach der Schockraumphase wird der Soldat in den OP gebracht. Aus dem deutschen Team nehmen ein operationstechnischer Assistent und ich an der Operation teil. Der chirurgische Assistent, der anästhesiologische Assistent und der Truppenarzt behandeln die leicht und mittelschwer verletzten Patienten, die keiner ausgesprochen dringlichen Versorgung bedürfen. Im OP beginnen wir mit der Versorgung des Beckens und des rechten Beines des Schwerverletzten. Zu diesem Zeitpunkt ist der Colorectal Surgeon nicht mehr zugegen, auch der Notfallmediziner ist nicht mehr an der Behandlung beteiligt – was jedoch hilfreich gewesen wäre. Nach der Versorgung des Beckens

wenden wir uns der Blasenruptur zu. Der Colorectal Surgeon kommt zurück in den OP, der Orthopedic Surgeon verlässt selbigen, und ich werde gefragt, ob ich nicht sonographiegesteuert den suprapubischen Katheter legen könne, da der Colorectal Surgeon diese Aufgabe nicht zu den seinigen zähle. Nach einigem Hin und Her legen wir ultraschallkontrolliert den Katheter gemeinsam. Zur Versorgung des rechten Beines wechseln die Chirurgen wieder. Der Colorectal Surgeon geht, der Orthopedic Surgeon kommt. Gemeinsam versorgen wir das Bein, ohne eine Gefäßverletzung zu finden.

Die Behandlung dieses Soldaten macht einen wesentlichen Unterschied in der Ausbildung und vielleicht auch in der ärztlichen Haltung zwischen dem ame-

rikanischen und dem deutschen Chirurgenteam deutlich. Der amerikanische Spezialist behandelt und betrachtet einen Patienten lediglich im Rahmen seiner Verantwortlichkeit und seiner Fachkompetenz. Darüber hinaus denkt und handelt er nicht mit. Der einzige, der bei der gesamten Behandlung zugegen ist, bin ich, der deutsche Chirurg. In Europa wird das Polytrauma eben als komplexes Krankheitsbild betrachtet und nicht als das gleichzeitige Auftreten verschiedener Knochenbrüche, Bauch- oder Thoraxverletzungen sowie Schädelverletzungen.

50 elektive Eingriffe an zivilen Patienten

Summa summarum haben wir in diesen knapp sechs Wochen etwa 50 elektive Eingriffe bei zivilen Patienten durchge-





Auch zivile Patienten werden im Feldlazarett behandelt. Vornehmlich handelt es sich dabei um Osteosynthesen.

führt, mit einem eindeutigen Schwerpunkt auf unfallchirurgischen Versorgung. Alle zwei bis drei Tage wird das Rettungszentrum aufgrund von verletzten Soldaten alarmiert. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Schuss- und Sprengverletzungen, zum Teil auch um Quetschverletzungen durch umgestürzte Fahrzeuge oder ähnliches. Am häufigsten müssen wir afghanische Soldaten und Polizisten versorgen, denn diese übernehmen zunehmend die Sicherungsaufgaben ihres Landes und stehen damit im Fokus der Gefechte.

Der übliche Tagesablauf beinhaltet bei vielen Kollegen auch eine Sporteinheit, regelmäßiges gemeinsames Essengehen und persönliche Angelegenheiten, etwa das Schreiben einer Publikation oder auch die Teilnahme an Film- oder Spieleabenden. Als Chirurgen verlassen wir das Lager nicht, da wir jederzeit für eintreffende verletzte Soldaten zur Verfügung stehen müssen und die Wegezeiten außerhalb des Lagers extrem lang sind.

Das Team hält zusammen

In diesen sechs Wochen hat sich, eigentlich wie bei jedem Einsatz, eine ausgeprägte Gruppendynamik entwickelt. Das Team ist durch die gemeinsame tägliche Arbeit sehr eng zusammengewachsen: Wir haben eine hervorragende medizinische Versorgung sichergestellt und zudem noch ausgesprochen viel Spaß. Es gibt immer wieder auch traurige Momente, wenn Kameraden im Einsatz oder Gefecht verletzt oder getötet werden.

Weil wir auf unseren Einsatz professionell vorbereitet wurden, bereits über Erfahrungen verfügen und zusammenhalten, lassen sich solche Situationen in der Regel sehr gut überstehen und bearbeiten, so dass wir gemeinsam unseren Auftrag erfüllen können.

Für einen Chirurgen im Einsatz stellt der Tagesablauf im Lager einen regelrechten Break im Vergleich zum täglichen „Hamsterrad“ an der Klinik in Deutschland dar. Es ist nicht weniger anstrengend oder weniger gefährlich. Viele empfinden den vollständig anderen Tagesrhythmus durchaus als positiv. Dennoch: Am Ende eines sechswöchigen Einsatzes freut man sich sehr auf die Heimat, die Familie und den gewohnten Arbeitsplatz und bringt gleichzeitig sehr viel Elan und Engagement mit nach Hause. Einen Effekt möchte ich auch nennen, der mich in den Einsätzen immer wieder bewegt und nachdenklich gemacht hat. Man erfährt bei der Behandlung der zivilen Patienten hautnah, was es bedeutet, kein medizinisches System zu haben, keine Sozialabsicherung in Anspruch nehmen zu können, täglich ums Überleben kämpfen zu müssen und aufgrund der insgesamt schlechten Schulbildung wenig Zukunftsperspektiven zu haben. Dies macht deutlich, auf welch hohem medizinischem Niveau wir in Deutschland und Europa die Patienten versorgen können. Auf chirurgischem Gebiet erlernt man Demut gegenüber den Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten, auch weil man immer wieder an den Punkt kommt, Patienten sagen zu müssen, dass man für

sie nichts tun kann und man weiß, dass sie möglicherweise sterben werden. Diese Erfahrungen haben mich in den Jahren der Einsätze geprägt und mir zu einer differenzierten Sichtweise auf und Dankbarkeit für unsere medizinischen Möglichkeiten verholfen.

Heimat bleibt Heimat

Am 24. Januar 2011 stehe ich am Flughafen in Kunduz, besteige die Transall zum Flug nach Mazar-E-Sharif – Termez/Usbekistan – Köln/Bonn – Ulm, um etwa 36 Stunden später wieder Zuhause zu sein. Es bleibt noch zu sagen, dass Weihnachten und Silvester 7.000 Kilometer weit weg von Zuhause bei 20 Grad im Schatten und unter blauem Himmel, ohne Familie, Bekannte und Freunde und ohne die in Deutschland allgegenwärtige Weihnachtsstimmung sich eigenartig angefühlt haben. Seitens der Kompanie und des Dienstherren wurden viele Anstrengungen unternommen, uns die Situation in dieser besonderen Zeit des Jahres so leicht wie möglich zu machen. Aber die Heimat ist letztlich durch nichts zu ersetzen.

Prof. Dr. Benedikt Friemert



Prof. Dr. Benedikt Friemert ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm.
Kontakt:
benediktfriemert@t-online.de



Ein befreiendes Lachen: Peter Griss lacht gern und herzlich. „Ich habe mich sehr verändert in Afrika“, sagt er über sich selbst. „Ich habe sehr viel mehr. Ich bin freier geworden.“

PORTRAIT PETER GRISS

Afrika-infiziert

Seit zehn Jahren fährt Prof. Peter Griss, früherer Direktor der Klinik für Orthopädie und Rheumatologie an der Philipps-Universität in Marburg, nach Ostafrika und operiert dort behinderte Kinder. Vor drei Jahren gründete er die AG Orthopädie und Unfallchirurgie in den Entwicklungsländern.

Weichteil- und Knochenrekonstruktion – elementary but cost effective and sufficient. Unter dieser interpretations-offenen Überschrift hielt Prof. Dr. Peter Griss vor einem Jahr einen Vortrag beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. „Die Arbeit von Herrn Griss ist extrem wichtig. Deshalb haben wir ihn unter einem zugegebenermaßen etwas kryptischen Titel in einer Endoprothetik-Sitzung untergebracht. Endoprothetik-Sitzungen sind immer gut besucht“, erläuterte der damalige DGOOC-Präsident Prof. Dr. Daniel Frank später in einem Interview in den „Orthopädie Mitteilungen“.

Die Zuhörer seien damals etwas irritiert gewesen, erinnert sich Griss. Seit zehn

Jahren fährt der Orthopäde ein- bis zweimal im Jahr nach Afrika, hauptsächlich nach Tansania und Eritrea, und operiert dort behinderte Kinder. „Ich habe in meinem Vortrag Operationsmethoden gezeigt, die in modernen Lehrbüchern nicht mehr vorkommen“, erzählt er. „Sie müssen in Afrika mit Kirschnerdrähten operieren und nicht mit modernen Implantaten. Ich bedaure sehr, dass ich dieses Know-how nicht an junge Kollegen weitergeben kann. Wenn es verloren geht, haben es europäische Ärzte noch schwerer, sich in der dritten Welt zurechtzufinden. Das AO-Instrumentarium gibt es in den Krankenhäusern dort nicht, und wenn, dann ist es unvollständig und kaputt.“

Das Erbe des Vaters

Der 69jährige ist ein Überzeugungstäter. Schlank und hochgewachsen ist er, das Gesicht hager. Die weißen, welligen Haare sind wie bei einem Sturm-und-Drang-Poeten aus der hohen Stirn über den Hinterkopf gestrichen. Die braunen Augen kneift er leicht zusammen, senkrechte Linien haben sich um Mund und Nase eingegraben. In seinen Sätzen schwingt eine pfälzische Melodie, nimmt seinen Worten die Härte, die manchmal durchscheint. Er redet von der Hingabe an seinen Beruf, die er von seinem Vater übernommen habe. Der hatte eine Hausarztpraxis in Schwetzingen mit 2.000 Scheinen im Quartal – „Das ist heute

unerreicht.“ –, hat Tag und Nacht gearbeitet und ist deswegen viel zu früh im Alter von 46 Jahren gestorben. Das war kurz vor Griss' Staatsexamen und wahrscheinlich der Grund, warum er Orthopäde werden konnte. „Mein Vater hätte es mir einfach verboten. Ich hätte seine Praxis weiterführen müssen.“ Später, als er in Mannheim die Weiterbildung zum Orthopäden absolvierte, sind die ehemaligen Patienten seines Vaters zu ihm ins Krankenhaus gekommen. „Das war mir manchmal richtig peinlich, wenn die Schwester gesagt hat: Herr Doktor, da ist wieder jemand von Ihrem Vater.“ Mit 36 Jahren übernahm er die Leitung der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Mannheim – „das war eigentlich zu früh, ich war noch nicht so weit.“ Er habe ständig unter Strom gestanden, konnte nicht schlafen, ist oft nachts in die Klinik gefahren, um nach den Patienten zu sehen, die er am Tag zuvor operiert hatte. Seine Ehe ist an dieser Arbeitswut zerbrochen, „aber mir ist diese Form von Verantwortungsbewusstsein anernzogen worden. Das lässt sich auch auf meine heutige Arbeit in Afrika übertragen.“

„Da hat es ‚Plopp‘ gemacht“

Seine erste Reise auf den schwarzen Kontinent war die Flucht aus einem Arbeitsalltag, in dem er sich nicht mehr wohl fühlte. 1984 war er nach Marburg an die Philipps-Universität gewechselt, wo er Direktor der Klinik für Orthopädie und Rheumatologie wurde. Er habe einen sehr persönlichen Arbeitsstil gehabt, sagt noch heute über seine Mitarbeiter: „Wir waren eine Familie.“ Doch zunehmend habe ihm die Verwaltung in seine Arbeit hineingeredet. „Die Bürokratie hat immer mehr Zeit gefressen. Das hat mir irgendwann so gestunken, dass ich mir überlegt habe, ich muss etwas anderes machen.“ Er hat dann einen früheren Kollegen getroffen, der in seinem Ruhestand medizinische Entwicklungshilfe für Afghanistan, im Irak und für Jemen leistete. Der sagte, er könne Unterstützung in Eritrea brauchen. „Ich bin mit nach Eritrea gefahren, und da hat es ‚Plopp‘ gemacht. Da fing alles an.“ Fortan fuhr er regelmäßig ins nordöstliche Afrika, operierte jedes Mal in drei Wochen etwa 150 Kinder mit Klumpfüßen und war glücklich. Die unmittelbare Dankbarkeit der Menschen, ihre Wärme und Herzlichkeit, ihr Leben in Improvisation zogen ihn in ihren Bann. „Ich bin Afrika-infiziert.“ Außer-



dem müsse man etwas für die kranken und behinderten Kinder tun, wenn man dem Kontinent aus seiner Misere heraus-helfen wolle. „Die afrikanischen Flüchtlinge strömen ja nicht nach Europa, weil sie mehr Geld wollen. Die kommen, weil sie oder ihre Kinder krank sind.“ Vor Ort müsse man ihnen helfen, um ihnen zu ermöglichen, in ihrem Land zu bleiben. Ihm begegnet dort viel Leid – Aids-waisen, Menschen, denen er nicht helfen kann. „Ich glaube, deswegen habe ich einen hohen Blutdruck.“ Doch mit der Zeit habe er gelernt, damit umzugehen. Angekommen an einem Punkt in seinem Leben, an dem er das Gefühl hatte, alles richtig zu machen, tat er etwas, was Lehrstuhlinhaber eigentlich nicht tun: „Ich habe Altersteilzeit beantragt“, erzählt er und lacht. Der Präsident seiner Fakultät habe ihn damals aufgefordert, seinen Antrag zu zerreißen – ihn dann aber ziehen lassen, als er hörte, um was es Griss ging. Gleichgesinnte wollte er sich suchen, um gemeinsam in Afrika Hilfsprojekte durch-zuziehen.

Der Beginn einer wunderbaren Zusammenarbeit

Auf eigene Faust brach er nach Tansania auf, weil er von einem katholischen Mis-sionskrankenhaus gehört hatte, dass in einer Gegend errichtet worden war, in der es zwar sehr viele Menschen mit Klump-füßen, aber keinerlei Hilfsangebote für sie gibt. In diesem Krankenhaus wollte er ein Klumpfußprojekt starten, stieß jedoch auf taube Ohren. Kein Geld, hieß es. Griss kehrte enttäuscht in die Hauptstadt Dar Es Salam zurück. Um nicht völlig unver-richteter Dinge nach Deutschland abzu-reisen, besuchte er das CCBRT Disability Hospital (Comprehensive Community Based Rehabilitation in Africa), das von der Christoffel Blindenmission unter-stützt wird, um dort zwei Tage zu hos-pitieren. Er traf Dr. Peter Ickler, der die orthopädische Abteilung des Hospitals aufgebaut hatte. Dies war der Beginn einer wunderbaren Zusammenarbeit. Griss flog nach Deutschland zurück, kommt aber seitdem zweimal im Jahr nach Dar Es Salam und operiert zwei bis drei Kinder am Tag: Klumpfüße, Ostitiden, Missbil-dungen, Hüftluxationen. Mehr Operati-onen gehen nicht, weil es dort keine Inten-siv- oder Überwachungsstation gibt, er sich um seine Patienten im Anschluss also erst einmal selber kümmern muss. Viel-fach sieht er Krankheitsbilder in einem



Schweregrad, in dem sie in Deutschland nicht vorkommen, Klumpfüße bei 15-jährigen zum Beispiel, die auf dem Fußrücken laufen (siehe dazu auch Orthopädie Mitteilungen 4/2009: „Chirurgische Entwicklungshilfe in Tansania“, Seite 446ff.)

AG Orthopädie und Unfallchirurgie in Entwicklungsländern

So kam es, dass Griss, der sich nie in einem Verband engagiert hat, im Jahr 2008 die erste gemeinsame Arbeitsgemeinschaft von Orthopäden und Unfallchirurgen unter dem Dach der Deutschen Ge-

sellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – die AG Orthopädie und Unfallchirurgie in Entwicklungsländern – gegründet hat. Einmal im Jahr treffen die Mitglieder im Rahmen des Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen, etwa 30 Kollegen, die Interesse an dieser Arbeit haben. Wirklich aktiv sind neben Griss noch fünf andere. Mit denen hat er gleich noch einen Verein gegründet, die Doctors for Disabled, weil sie Spendenbescheinigungen ausstellen müssen. Es ist nicht einfach, Mitstreiter zu finden. Die Weiterbildungsassistenten sind stark in ihre Kliniken

eingebunden und brauchen ihren Urlaub. Die etwas Älteren sind verheiratet, haben kleine Kinder und sind damit beschäftigt, auf der Karriereleiter nach oben zu klettern. Wenn sie dann Chefarzt geworden sind, haben sie so viel um die Ohren, dass sie ebenfalls keine Zeit finden. „Eigentlich kann man eher die Altersgruppe ab 55 ansprechen“, überlegt Griss. „In diesem Alter lässt aber die Flexibilität für gewöhnlich ein bisschen nach.“ Ohne Flexibilität ginge es nicht. Man brauche ein offenes Herz, eine gehörige Portion Unvoreingenommenheit, ein paar Sprachfloskeln, um mit den Menschen in Kontakt zu kommen. Auch zwischen den Zeilen müsse man lesen können: „Manchmal steckt hinter abweisendem Verhalten einfach nur Angst.“

Für Peter Griss ist Afrika mittlerweile fast so etwas wie eine zweite Heimat geworden. „Ich habe sogar so eine Art Staatsbürgerschaft von Tansania“, sagt er mit einem Augenzwinkern. Das Formular kostet 400 Dollar, ist zwei Jahre gültig und erleichtert die Einreise ins Land erheblich. Vom Flughafen in Dar Es Salam holt ihn immer der gleiche Fahrer ab, Adam heißt er, der dafür seinen besten Sonntagsstaat samt besticktem Hut trägt und ihn zur Begrüßung küsst und umarmt. Auch im CCBRT Disability Hospital fühlt sich Griss wie im Kreis einer großen Familie. Und er streckt seine Fühler immer weiter aus. Im Sommer war er für drei Wochen in Ruanda in einem methodistischen Missionskrankenhaus am Ufer des riesigen Kiwu-Sees. „Ein fantastisches Team“, schwärmt er, „junge Ärzte, die noch keinen Facharztabschluss haben und extrem wissbegierig sind.“ Das Haus indes sei katastrophal ausgestattet. Zurück in Deutschland hat er den Rotary Club in Marburg zusammengetrommelt. „In den nächsten Jahren wollen wir das Krankenhaus ausstatten“, sagt er, als ob es darum ginge, mal eben eine Zwei-Zimmer-Wohnung zu renovieren. Viel Glück, Professor Griss!

Jana Ehrhardt

INTERESSE?

Wer bei der AG Orthopädie und Unfallchirurgie in den Entwicklungsländern mitmachen möchte, kann sich mit Prof. Griss in Kontakt setzen:

PGriss@t-online.de



Foto: Privat

Auf Deutschlandreise: Zwölf junge Orthopäden und Unfallchirurgen aus verschiedenen europäischen Ländern besuchten orthopädisch-unfallchirurgische Standorte in Deutschland.

EFORT TRAVELLING FELLOWSHIP 2011

Deutschland von seiner orthopädisch-unfallchirurgischen Seite

Vom 15. bis 21. Mai 2011 absolvierten zwölf junge Orthopäden und Unfallchirurgen aus unterschiedlichen europäischen Ländern mit finanzieller Unterstützung von DGOOC und BVOU ein einwöchiges EFORT Travelling Fellowship an vier deutschen Standorten (Dresden, Berlin, Erlangen/Herzogenaurach und Bonn).

Ziel des von der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) gemeinsam mit nationalen Gesellschaften initiierten Programmes ist es, ausgewählten Stipendiaten thematisch gebündeltes Fachwissen zusammen mit den für das jeweilige Reiseland typischen Besonderheiten nahe zu

bringen. Deshalb stand beim diesjährigen Besuch in Deutschland die Vermittlung sowohl orthopädischer als auch traumatologischer Themen im Vordergrund. Darüber hinaus waren zwei Reisetage konservativen Aspekten beziehungsweise Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich und im Rehabilitationsbereich gewidmet.

1. Station: Dresden

Prof. Wolfhart Puhl als EFORT-Mentor, Helmut Mälzer (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie BVOU) und Prof. Klaus-Peter Günther (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC) begrüßten die Teilnehmer der Reisegruppe bei ihrer Ankunft in Dresden. Schwerpunkt des wissenschaftlichen Programms am Uniklinikum Dresden waren auf orthopädischer Seite – vertreten durch Dr. Stephan Kirschner und Dr. Jörg Lützner – operative Möglichkeiten der Kniegelenkrekonstruktion (Osteotomie und Gelenkersatz, Navigation, peripoperative Führung). Insbesondere die begleitenden Live-Demonstrationen im OP stießen bei den Teilnehmern auf großes Interesse. Von unfallchirurgischer Seite lieferten die Mitarbeiter von Prof. Hans Zwipp spannende Beiträge zur Achillessehnenruptur, zur Syndesmose-rekonstruktion sowie zur Behandlung der Fersenbeinfraktur (mit Videoseminar) und diskutierten im Anschluss exzellent bewertete Fallvorstellungen mit den Teilnehmern.

Weiter nach Berlin

Ein ebenfalls hochaktuelles wissenschaftliches Programm war an der Charité Berlin von Prof. Carsten Perka und Prof. Norbert Haas vorbereitet worden. Auch hier waren die Fellows zur Teilnahme an Live-OPs eingeladen. Die von den Klinikmitarbeitern präsentierten Vorträge und Falldiskussionen konzentrierten sich unter anderem auf das Polytrauma, Beckenfrakturen, Rekonstruktionsstrategien für Tibiafrakturen sowie eine Reihe von Themen aus der muskuloskeletalen Onkologie und Knochengewebeforschung. Beeindruckender Programmbestandteil war eine Führung durch die Notaufnahme mit Ausführungen über das medizinische Management bei Massenkatastrophen.

Besuch in Erlangen und Herzogenaurach

Im Orthopädie Centrum Erlangen führte dann Dr. Peter Heppt die Reisegruppe in die für viele Fellows noch wenig bekannten Möglichkeiten konservativer Therapie ein und verband dies mit einer Demonstration von Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich. Auch organisierte er eine Führung im Siemens-

Werk, wo innovative Möglichkeiten der MRT-Bildgebung gezeigt wurden. Sehr beeindruckend war für die Teilnehmer der anschließende Besuch in der Fachklinik Herzogenaurach bei Prof. Bernd Kladny. Den Teilnehmern imponierte vor allem die für Deutschland typische und sehr enge Verzahnung ambulanter, akutstationärer sowie rehabilitativer Behandlung. Thematische Schwerpunkte des wissenschaftlichen Programms an diesem Tag waren Rehabilitationskonzepte im europäischen Vergleich sowie Möglichkeiten nicht-operativer Therapie bei Rückenschmerz (einschließlich praktischer Übungen).

Letzte Station: Bonn

Letzte Station der EFORT Fellows bei ihrem Deutschlandaufenthalt war die Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in Bonn. Prof. Dieter Wirtz und seine Mitarbeiter gestalteten ein abwechslungsreiches Programm, das aus Live-OPs, Vorträgen und Workshops bestand. Unter dem Schwerpunkt Hüftgelenkersatz wurde das Augenmerk auf die Implantatauswahl sowie das Management in der Septischen Chirurgie gelegt. Im Themenbereich der Wirbelsäulenchirurgie konnten die Fellows Interessantes zur minimalinvasiven endoskopischen

Nukleotomie sowie zum Umgang mit osteoporotischen Frakturen erfahren.

An allen vier Standorten war bewusst eine Kombination von Vorträgen, interaktiven Falldiskussionen und Hands-on-Workshops vorbereitet worden. Gerade auf praktische Übungen legten die Teilnehmer sehr viel Wert, und sie bewerteten sowohl die Qualität der angebotenen Übungen als auch die Möglichkeit zur Teilnahme am Operationsprogramm durchweg positiv. Dagegen kamen die von uns vorbereiteten Falldemonstrationen und Vorträge während der Transfers im Reisebus weniger gut an. Hier musste mancher Teilnehmer wohl den Tribut für intensive „Nachbereitung“ der Tagesprogramme bei abendlichen Zusammenkünften zollen. Darüber hinaus nahmen die Transfers im Verhältnis zur Besuchszeit in den einzelnen Kliniken leider relativ viel Zeit in Anspruch, was bei der künftigen Gestaltung möglicherweise berücksichtigt werden muss.

Insgesamt waren die Fellows sichtlich beeindruckt von Organisation und medizinischer Qualität an den einzelnen Standorten. Auch von den Beteiligten der deutschen Seite gab es eine durchweg positive Einschätzung. Das erstmals in Deutschland angebotene Travelling Fel-

lowship kann daher zu Recht als großer Erfolg bezeichnet werden. Dies ist vielleicht auch der mittlerweile begrenzten Gruppengröße von maximal 14 Personen anzurechnen, die einen deutlich besseren Austausch als noch in der Vergangenheit mit größeren Reisegruppen ermöglichte. Offen bleiben muss die Frage, ob auch kleinere nationale Gesellschaften den nicht unerheblichen finanziellen Aufwand für dieses Programm bewältigen können. Wenn – auch unter Berücksichtigung unserer positiven Erfahrungen – die Travelling Fellowships weiter fortgeführt und ausgebaut werden sollen, wird über eine vermehrte finanzielle Beteiligung von EFORT-Seite nachzudenken sein.

Abschließend möchten wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich sowohl in der Organisation im Vorfeld (Annegret Riemer, Jan Mettelsiefen, Petra Engelhard, Dr. Eric Röhner) sowie vor Ort während des Besuchs mit viel Engagement eingebracht haben. Auch Corinne Füglistler vom EFORT Office danken wir für ihre stete Unterstützung und die exzellente Vorbereitung des Fellowships.

*Prof. Dr. Klaus-Peter Günther
Helmut Mälzer
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard*



Fotos: Privat

Universitätsklinik Basel: Dort verbrachte der DGU-Stipendiat eine interessante und lehrreiche Zeit.

DGU REISESTIPENDIUM

Einblicke in die Wirbelsäulenchirurgie

Im Januar und Februar 2011 hospitierte Dr. Christian W. Müller, Medizinische Hochschule Hannover, im Rahmen des Reisestipendiums der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im Behandlungszentrum Bewegungsapparat am Universitätsklinik Basel. In diesem Reisebericht schildert er die Eindrücke, die er dort gewinnen konnte.

Wirbelsäulenverletzungen treten zunehmend häufiger auch bei älteren Patienten mit degenerativen Vorschäden der Wirbelsäule auf. Die Versorgung dieser Patienten bedeutet eine besondere Herausforderung, weil traumatische und degenerative Aspekte gleichzeitig adressiert werden müssen, zum Beispiel in der Frakturversorgung bei vorbestehender Spinalkanalstenose oder Spondylolisthese, oder nach Voroperationen an der Wirbelsäule, wie etwa Nukleotomien. Erfahrungen in der operativen und konservativen Behandlung von Patienten mit degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen sind jedoch in einer traumatologisch orientierten universitären Unfallchirurgie nicht immer ausreichend vorhanden.

Ziel des Stipendiums war es daher, zum einen das größere Spektrum an wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen einer expliziten Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie kennen zu lernen, zum anderen insbesondere die im interdisziplinären Kontext unterschiedlichen Sichtweisen

auf die Versorgung von Wirbelsäulentraumata und Wirbelsäulenpathologien zu diskutieren und in die eigenen Behandlungsabläufe zu integrieren.

Warum Basel?

Am Universitätsklinik Basel besteht schon seit längerem ein „Behandlungszentrum Bewegungsapparat“, das Unfallchirurgie, Orthopädie, Plastische und Handchirurgie sowie Wirbelsäulenchirurgie als einzelne Departments vereint. Die Wirbelsäulenchirurgie hatte sich dort schon seit langem aus der Orthopädie heraus verselbstständigt und zählt bedeutende Pioniere der Wirbelsäulenchirurgie wie Prof. Erwin Morscher (Entwicklung der ventralen Verriegelungsplatte an der Halswirbelsäule) und Prof. Walter Dick (Entwicklung des Fixateur interne für die dorsale Stabilisierung von Brust- und Lendenwirbelsäule) zu ihren Protagonisten. Sie steht nun bereits seit einigen Jahren unter der Leitung von Prof. Bernhard Jeanneret. Ideal für meine Zielsetzung

erfolgt dort in einer Universitätsklinik die auf ein Department konzentrierte Versorgung von Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen unter explizierter Einbeziehung des akuttraumatologischen Patientenguts inklusive der Polytraumatisierten.

Die Hospitation

Nach unkomplizierter Kontaktaufnahme war Prof. Jeanneret sofort bereit, meine Bewerbung um das DGU-Reisestipendium zu unterstützen, und nachdem ich glücklich den Preis auf dem letztjährigen Jahreskongress entgegen nehmen durfte, konnte ich schon bald zu meinem Wunschtermin Januar bis Februar 2011 nach Basel reisen. Die häufige Anwesenheit von Gastärzten ließ sich hier deutlich an der routinierten Betreuung durch das Sekretariat erkennen, eine Unterkunft in einem dem Universitätsklinik angeschlossenen Wohnheim war schnell organisiert, die notwendige Bürokratie minimal.

Im Universitätsspital Basel begann der Tag für mich jeweils mit der Zentrumsfrühbesprechung, in der zunächst die stationären Aufnahmen der vergangenen Nacht über die Notfallstation besprochen wurden. Vorgestellt wurden die Patienten dabei vom diensthabenden Notfallmediziner der Notfallstation, die als interdisziplinäre Einheit zentrumsunabhängig agiert. Anschließend ging es dann im kleineren Rahmen des Departments zur Besprechung der Wirbelsäulenpatienten, mit Demonstration der postoperativen oder auch präoperativen Bildgebung der stationären Patienten und Vorstellung ausgewählter, allgemein interessanter Fälle aus der Sprechstunde. Meistens war dann noch Zeit für einen Café crème, bevor es weiter in den OP ging. Die häufigsten Eingriffe waren dorsale Dekompressionen und semirigide dorsale Instrumentierung bei Spinalkanalstenosen und degenerativen Spondylolisthesen, daneben aber auch dorsale und ventrale Versorgungen bei Frakturen und Spinalkanalstenosen der HWS sowie Frakturversorgungen und Zementtaugmentierungen der thorakolumbalen Wirbelsäule. Fast immer war es möglich, sich mit einzuwaschen, was gerade bei den Dekompressionen ein wesentlich besseres Verstehen als beim bloßen Zusehen erlaubte. Eindrucksvoll waren für mich insbesondere die hohe Präzision und Geschwindigkeit, mit der die erfahrensten Wirbelsäulenchirurgen die Standardeingriffe durchführten. Daneben war ich überrascht, wie wenig intraoperatives Röntgen in ihren Händen notwendig war,



Hohe Präzision: Eindrucksvoll war die Geschwindigkeit, mit der die Schweizer Kollegen die Standardeingriffe durchführten.



Kaffeepause: Zwischen Sprechstunde und OP blieb meist Zeit für einen Café crème.

in vielen Fällen bei dorsalen Instrumentierungen kaum mehr als die Kontrolle der korrekten Lagerung und des Zielwirbelkörpers.

Interessant war darüber hinaus das Ausmaß der EDV-Integration im OP. So konnten intraoperative Bildwandlerbilder direkt in das PACS eingespielt werden, andererseits konnten auswärtig angefertigte MRT-Untersuchungen im OP auf dem Monitor dargestellt werden, indem per Anruf der Zugriff auf einen externen Server frei geschaltet wurde.

Die Sprechstunden erwiesen sich als sehr umfangreich aufgrund der zahlreichen von auswärts zugewiesenen Patienten (5.000 Konsultationen jährlich). Im Rahmen der Sprechstunden erfolgten teilweise auch die interventionellen Therapien wie Facettenblockaden/periradikuläre Injektionen, für die ein gesonderter Eingriffsraum zur Verfügung stand. Die Beurteilung und Diskussion der Fälle bot dabei eine gute Ergänzung zum Teaching im OP-Saal.

Jenseits der reinen Wirbelsäulenchirurgie konnte ich einige Einblicke in die unfallchirurgische Notfall- und Polytraumaversorgung mit hochmodernem Schockraum und Notaufnahmestation gewinnen und an den verschiedenen Zentrumsfortbildungen – von sportmedizinischer Betreuung von Eishockeyspielern bis zur Fingersehnenrekonstruktion – teilnehmen.

Für mich als Hospitanden war es sehr angenehm, in die Atmosphäre eines im Vergleich zur Heimatklinik sehr übersichtlichen Teams integriert zu sein. Neben dem rein „fachlichen Genuss“ werden

mir auch die Diskussionen beim Mittagessen und anschließenden Espresso – eine ungewohnte Erfahrung – in Erinnerung bleiben, nicht zuletzt aber auch ein fantastisches gemeinsames Abendessen, zu dem Prof. Jeanneret in ein Restaurant in einem kleinen Dorf jenseits der französischen Grenze eingeladen hatte.

Vielen Dank!

Zusammenfassend darf ich sagen, dass diese Hospitation meinen Blick auf die Wirbelsäulenmedizin deutlich erweitert hat und mich in meine tägliche Arbeit hinein wesentlich beeinflusst hat. Ich danke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie ganz besonders, dass sie auch einen Aufenthalt in einer Wirbelsäulenchirurgie für förderungswürdig erachtet hat und somit ganz praktisch die Interdisziplinarität unseres neuen, vergrößerten Fachgebietes für mich beflügelt hat. Ich danke weiterhin ganz herzlich Prof. Jeanneret und seinem Team, stellvertretend genannt sei Dr. Mameghani, für die freundliche Aufnahme und die fruchtbollen Diskussionen. Ich kann allen erfahrungshungrigen unfallchirurgischen Kollegen wärmstens empfehlen, die Chance auf Erfahrungen über Grenzen hinweg zu nutzen!

Dr. Christian W. Müller



Dr. Christian W. Müller, Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover.
Kontakt: c.w.mueller@googlemail.com



Foto: Rob Byron/Fotolia

KOOPERATIONSVERTRÄGE

Niedergelassene dürfen im Krankenhaus nicht ambulant operieren

Mit deutlichen Worten hat das Bundessozialgericht (BSG) Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten als externe Honorarärzte bei ambulanten Operationen für unzulässig erklärt (Urteil vom 23. März 2011 – B 6 KA 11/10 R).

Das Bundessozialgericht stellt fest, dass es sich aus den rechtlichen Grundlagen in Paragraph 115 b Sozialgesetzbuch V (SGB V) und dem AOP-Vertrag ganz eindeutig ergebe, dass ambulante Operationen im Krankenhaus nur von am Krankenhaus angestellten oder von Belegärzten durchgeführt werden dürften. Demgegenüber sei weder dem Gesetz noch dem dreiseitigen Vertrag zum ambulanten Operieren zu entnehmen, dass ambulante Operationen im Krankenhaus auch durch niedergelassene Ärzte erbracht werden könnten, die nicht am Krankenhaus angestellt seien oder nicht über eine belegärztliche Zulassung verfügten. Damit sind alle zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärzten abgeschlossenen Kooperationsverträge, welche die strengen Anforderungen der Entscheidungsgründe des BSG nicht berücksichtigen, unzulässig. Vertragsanpassungen sind daher dringend geboten.

zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat mit verschiedenen Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes auf diese Entwicklungen reagiert. Diese gesetzlichen Kooperationsmöglichkeiten sind aber längst nicht ausreichend, um die Erfordernisse der Praxis in einer rechtlich einwandfreien Weise zu gewährleisten. Die Rechtsprechung hat zu bestehenden Kooperationen bisher mit ganz unterschiedlichen Ergebnissen Stellung genommen. Das BSG hat nun für den Bereich der ambulanten Operationen ein Machtwort gesprochen:

Hinzuziehung niedergelassener Chirurgen zu ambulanten Operationen ist unzulässig

In seiner Entscheidung hat das BSG unter Auseinandersetzung mit allen in diesem Zusammenhang bisher vertretenen Rechtsauffassungen klipp und

gelte im Übrigen auch bei Anwendung der aktuellen Fassung des AOP-Vertrages.

Niedergelassene Ärzte könnten sich in Teilzeit anstellen lassen

Mit dieser Entscheidung ist die Honorararztstätigkeit niedergelassener Ärzte für Krankenhäuser im Rahmen ambulanter Operationen nach geltender Rechtslage nicht mehr möglich. Es verbleibt allein die rechtlich zulässige Gestaltungsform, dass sich niedergelassene Ärzte in Teilzeit mit maximal 13 Stunden pro Woche bei Vollzulassung (26 Stunden pro Woche bei halbem Versorgungsauftrag) beim jeweiligen Krankenhausträger anstellen lassen, um als angestellte Ärzte des jeweiligen Krankenhauses Krankenhausleistungen, also auch ambulante Operationen, durchzuführen. Als einzige Alternative steht daneben die Durchführung ambulanter Operationen als Belegarzt des Krankenhauses zur Verfügung. Kooperationsverträge, welche die Anforderungen des BSG nicht erfüllen, sollten daher unverzüglich umgestaltet werden. Insbesondere bietet es sich an, mit den niedergelassenen Ärzten als Kooperationspartner Teilzeit-Anstellungsverträge abzuschließen.

Kooperationsverträge, welche die Anforderungen des Bundessozialgerichtes nicht erfüllen, sollten unverzüglich umgestaltet werden. Insbesondere bietet es sich an, mit den niedergelassenen Ärzten als Kooperationspartner Teilzeit-Anstellungsverträge abzuschließen.

Angesichts der anhaltenden schlechten Honorarsituation für die niedergelassenen Ärzte hatten sich die Diskussionen um mögliche Kooperationen mit stationären Versorgungseinrichtungen in jüngster Zeit erheblich ausgeweitet. Auch die Krankenhäuser vermehren mehr und mehr den Bedarf, mit niedergelassenen Ärzten engere Kooperationen einzugehen, um Personalengpässe zu überbrücken oder eine optimale Versorgung der zuvor stationär behandelten Patienten im Rahmen der ambulanten Nachsorge

klar aufgezeigt, dass die Hinzuziehung niedergelassener Chirurgen bei der Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus unzulässig ist. Der maßgebliche Vertrag zum ambulanten Operieren sehe nämlich vor, dass solche ambulanten Operationen ausschließlich durch beim Krankenhaus angestellte Ärzte beziehungsweise Belegärzte des Krankenhauses erbracht werden dürften. Die Durchführung solcher Leistungen durch externe, niedergelassene Vertragsärzte als Honorarärzte sei unzulässig. Dies

Nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob von niedergelassenen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten stationäre Leistungen im Krankenhaus in Form von Honorararztmodellen durchgeführt werden dürfen. Auch hier sieht der Gesetzgeber an sich nur die Möglichkeit vor, solche Leistungen durch externe Ärzte als belegärztliche Leistungen durchzuführen oder stationäre Leistungen von niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Teilzeitanstellung nach Paragraph 20 Absatz 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung erbringen zu lassen.

Krankenhauspersonal soll Krankenhausleistungen erbringen

In seinem Urteil vom 23. März 2011 musste sich das BSG mit dieser Frage nicht befassen. Aus den Entscheidungsgründen lässt sich jedoch die Tendenz ableiten, dass das BSG auch bei der Erbringung stationärer Leistungen durch niedergelassene Ärzte einen ähnlich strengen Maßstab anlegen würde. Der Umstand nämlich – so das BSG ausdrücklich –, dass die Leistungserbringung des Krankenhauses grundsätzlich durch dessen eigenes Personal erfolgen solle, entspreche dem Ziel der Qualitätssicherung; denn bei eigenem Personal, das in die Organisations- und Weisungsstruktur des Krankenhauses eingebunden sei, könne am ehesten davon ausgegangen werden, dass dieses nach dem Maßstab höchstmöglicher Qualifikation ausgewählt, angeleitet und überwacht werde.

Die Leistungserbringung des Krankenhauses soll laut Bundessozialgericht grundsätzlich durch dessen eigenes Personal erfolgen. So könne am ehesten davon ausgegangen werden, dass dieses nach dem Maßstab höchstmöglicher Qualifikation ausgewählt, angeleitet und überwacht werde.

Auch der Gesichtspunkt der Transparenz der Leistungserbringung aus der Perspektive des Patienten spreche für diese Sicht. Entscheide sich der Patient dafür, eine ambulante Operation im Krankenhaus und nicht in einer ambulanten Vertragsarztpraxis durchführen zu lassen, so dürfe er typischerweise die Erwartung haben, von einem Arzt des Krankenhauses operiert zu werden, der dort fest angestellt und an der stationären Versorgung beteiligt sei. Schließlich entspreche es auch dem gesetzlichen Regelfall, dass Krankenhausträger mit eigenem Perso-

nal arbeiteten. Paragraph 107 Absatz 1 Nummer 3 SGB V erwarte von zugelassenen Krankenhäusern, dass sie „jederzeit verfügbares“ Personal vorhielten; hierzu seien niedergelassene Vertragsärzte, die nicht beim Krankenhaus angestellt seien, nicht zu zählen. Auch im Falle stationärer Kooperationen ist es daher ratsam, Teilzeit-Anstellungsverträge mit niedergelassenen Ärzten abzuschließen.

Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht

FEHLERHAFTES ORGANISATIONS-MANAGEMENT

Klinikleitung im Visier

Wird der Vorwurf der fahrlässigen Tötung oder fahrlässigen Körperverletzung laut, müssen sich dem bislang der behandelnde und leitende Arzt stellen. Gegen Geschäftsführer und Klinikvorstände wurden in solchen Fällen in der Regel keine Ermittlungsverfahren eingeleitet. Das könnte sich ändern. Insbesondere bei Fehlern in klinischen Organisationsabläufen nehmen die Staatsanwaltschaften vermehrt auch die Entscheider im Hintergrund aufs Korn.

Jüngst hat die Bundesärztekammer die aktuelle Statistik über ärztliche Behandlungsfehler der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern veröffentlicht. Dabei zeigte sich, dass insbesondere die Anzahl der Behandlungsfehler, die auf einem Organisationsverschulden der jeweiligen Klinik bzw. ärztlichen Praxis beruhen, erheblich zugenommen hat. Diese Zahlen verdeutlichen eindrucksvoll die Folgen eines allgegenwärtigen Problems: Aufgrund der finanziellen Engpässe im Gesundheitssystem sehen sich immer mehr Kliniken und Praxen zu drastischen Sparmaßnahmen gezwungen. Gerade in vielen Krankenhäusern müssen die Ärztinnen und Ärzte in immer kürzerer Zeit mit immer

weniger Personal immer mehr Patienten mit immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden versorgen. Diese Arbeitsbedingungen führen fast zwangsläufig zu einer höheren Fehlerquote.

Qualität leidet unter ökonomischem Druck

Dass auch Krankenhäuser Wirtschaftsunternehmen sind und eine ausreichende Anzahl von „Fällen“ benötigen, um keine roten Zahlen zu schreiben, wird im Übrigen auch an sogenannten Zielvereinbarungen deutlich, die zwischen Geschäftsführungen und leitenden Ärzten ausgehandelt werden. Meist werden

solche Zielvereinbarungen allerdings einseitig gestellt, also nicht im einvernehmlichen Konsens entwickelt, sondern an den wirtschaftlichen Planzahlen des jeweiligen Krankenhauses ausgerichtet, unabhängig davon, ob solche Zielvorgaben vom jeweiligen Krankenhausarzt überhaupt beeinflusst werden können oder sonst wie fachlich realistisch erreichbar sind. Unter dem ständigen Druck, diese oftmals unrealistischen Vorgaben zu erfüllen, leidet zwangsläufig die Qualität der medizinischen Versorgung.

Im Komplikationsfall stellt sich dann die Frage, wer haftet, wenn Ärzten im Krankenhaus oder in der Praxis Behandlungs-



fehler unterlaufen, weil „patientenferne Entscheider“ eine unzureichende Versorgungs-Infrastruktur geschaffen haben, wenn also beispielsweise die Geschäftsführung eines Krankenhauses beschließt, aus Kostengründen nur einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst vorzuhalten und der diensthabende Internist eine postoperative Komplikation übersieht, die ein Chirurg erkannt hätte.

Klinikleitungen müssen ebenfalls Schadensersatz und Schmerzensgeld zahlen

Wenn es um Schadensersatz und Schmerzensgeld, also um zivilrechtliche Ansprüche der geschädigten Patienten geht, haftet in der Regel neben dem behandelnden und verantwortlichen Arzt (auch) der Krankenhausträger als Institution vertraglich für entstandene Schäden der Patienten, da der totale Krankenhausaufnahmevertrag regelmäßig mit dem Krankenhaus zustande kommt. Etwas anderes gilt nur beim Belegkrankenhaus, da dieses dem Patienten gegenüber nur „Hotelleistungen“ und Pflegedienste schuldet. Hier haftet der Belegarzt für seine ärztlichen Behandlungsfehler selbst und ausschließlich.

Daneben besteht nach gefestigter Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) eine zivilrechtliche Haftung des Krankenhausträgers für ein Organisationsverschulden, wenn der Schaden durch ein beherrschbares Risiko im Verantwortungsbereich des Krankenhausträgers entstanden ist. Bestätigt wurde diese Rechtsprechung zuletzt durch ein Urteil des BGH vom 20. März 2007 – VI ZR 158/06 –, wonach der Krankenhausträger für die Infektion eines Patienten mit Staphylokokken aufgrund eines generell unzureichenden Hygienemanagements haftet.

Geschäftsführer und Vorstände geraten ins Visier der Staatsanwaltschaft

Strafrechtlich stellt sich die Situation dagegen anders dar: Während sich die behandelnden Ärzte oftmals dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung oder fahrlässigen Körperverletzung stellen müssen und von den zuständigen Staatsanwaltschaften Ermittlungsverfahren eingeleitet werden, belangte man bisher Geschäftsführungen oder Vorstände von Krankenhäusern oder Praxen in der Regel nicht. Damit könnte es allmählich vorbei sein. Insbesondere bei der Feststellung von Fehlern

in klinischen Organisationsabläufen, die von den Verwaltungsleitungen aus Kostengründen „optimiert“ worden sind, nehmen die Staatsanwaltschaften vermehrt auch die Geschäftsführer und Vorstände von Kliniken und Krankenhäusern in personam aufs Korn.

Interessant ist vor diesem Hintergrund insbesondere ein Urteil des Amtsgerichts-Schöffengerichts Limburg vom 25. März 2011. In diesem Fall wurden ein Zahnarzt und ein Anästhesist wegen fahrlässiger Tötung verurteilt, weil ein zehnjähriges Mädchen nach einer Zahnoperation in der Praxis des Zahnarztes verstorben war. Nach der Operation war das Mädchen noch schlafend mit seiner Mutter im Aufwachraum alleingelassen worden. Diese konnte naturgemäß mit plötzlich auftretenden postoperativen Komplikationen nicht umgehen.

Im Falle der Anordnung von Strukturen, die aus ärztlicher Sicht mit einer standardgemäßen Versorgung der Patienten nicht mehr in Einklang stehen, sollten die betroffenen Ärzte nachweisbar (schriftlich) solchen Strukturveränderungen entgegentreten und darauf aufmerksam machen, dass unter solchen standardunterschreitenden Umständen keine Haftung oder Verantwortung für etwaige Zwischenfälle übernommen wird.

Bemerkenswert an dieser Entscheidung aus juristischer Sicht ist der Umstand, dass nicht nur der für die Narkoseausleitung und postoperative Überwachung verantwortliche Anästhesist, sondern auch der Zahnarzt zur Verantwortung gezogen worden ist. Die strafrechtliche Verurteilung des Zahnarztes ging dabei allerdings nicht auf einen etwaigen eigenen Fehler bei der Zahnoperation zurück, sondern wurde allein mit dem Umstand begründet, dass er als Praxisbetreiber aus organisatorischen Gründen hätte dafür Sorge tragen müssen, dass das noch bewusstlose Mädchen im Aufwachraum ordnungsgemäß von Fachpersonal überwacht wird.

Sorgfaltspflicht ist entscheidend

Für die strafrechtliche Verantwortlichkeit wegen fahrlässiger Tötung und/oder fahrlässiger Körperverletzung ist es ausreichend, dass eine der ärztlichen Behandlung vorgeschaltete Sorgfaltspflicht verletzt wurde, was zu dem entstande-

nen Schaden geführt hat. Anders als im Zivilprozess muss allerdings der Sachverhalt von der Staatsanwaltschaft oder dem Gericht restlos aufgeklärt werden, und es dürfen an der Schuld und dem Zusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Schaden keine vernünftigen Zweifel mehr bestehen, da ansonsten im Zweifel für den Angeklagten von dessen Unschuld auszugehen ist.

Es gibt also keine Möglichkeit einer strafrechtlichen Verurteilung aufgrund Beweislastverteilungen wie beim groben Behandlungsfehler oder weil der Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung oder Behandlung mangels ausreichender Dokumentation nicht beweisen kann. Gerade bei Organisationsfehlern jedoch, die sich zumeist nicht unmittelbar auf den Patienten auswirken, sondern erst von den jeweiligen Ärzten aufgrund Arbeitsüber-

lastung, Hygienemängeln etc. verwirklicht werden, ist dieser im Strafrecht erforderliche zweifelsfreie Nachweis oftmals nicht zu führen. Während es noch meist möglich ist, eine organisatorische Sorgfaltspflichtverletzung zu bejahen, wenn aus Kostengründen Personal eingespart wird und damit eine ausreichende medizinische Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, ist der Pflichtwidrigkeitszusammenhang, also die Feststellung, dass der Schaden bei ordnungsgemäßem Verhalten ausgeblieben wäre, vielfach nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit festzustellen.

Zur Verdeutlichung: Im Falle des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes, bei dem der gut ausgebildete internistische Assistenzarzt eine Komplikation übersehen hat, lässt sich nicht mit letzter Sicherheit feststellen, dass ein durchschnittlichen Anforderungen gerade noch entsprechender chirurgischer Assistenzarzt bei seinem ersten Dienst in der Abteilung die Erkrankung erkannt hätte. Die Recht-

sprechung lässt es für eine strafrechtliche Haftung (anders als im zivilrechtlichen Schadensersatzprozess) eben nicht ausreichen, dass sich das Verhalten im Sinne einer theoretischen Risikoerhöhung ausgewirkt hat. Gefordert wird stattdessen, dass der Schaden ohne die organisatorische Pflichtverletzung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeblieben wäre.

„Haftungsfenster“ für patientenferne Entscheider öffnen

Bis zu der genannten Entscheidung des Amtsgerichts Limburg war es in der Praxis gängig, dass etwaige strafrechtliche Vorwürfe sich in der Regel nur an die handelnden Ärzte selbst, nicht an die „patientenfernen Entscheider“ richteten, welche die schadensanfällige Infrastruktur zumindest mit verantwortet hatten, so dass diese trotz ihrer großen Entscheidungsmacht kein nennenswertes persönliches Risiko trugen, sondern stattdessen – insbesondere junge und unerfahrene – Ärzte in deren berufliches und rechtliches Unglück delegierten. Die Rechtsprechung der Strafgerichte ist bezüglich der Inanspruchnahme solcher pa-

tientenfernen Entscheider bislang noch zurückhaltend. Im Falle der Anordnung von Strukturen, die aus ärztlicher Sicht mit einer standardgemäßen Versorgung der Patienten nicht mehr in Einklang stehen, sollten die betroffenen Ärzte jedoch nachweisbar (schriftlich) solchen Strukturveränderungen entgegentreten und darauf aufmerksam machen, dass unter solchen standardunterschreitenden Umständen keine Haftung oder Verantwortung für etwaige Zwischenfälle übernommen wird. Dies eröffnet dann ein Haftungs- und Verantwortungsfenster für die „patientenfernen Entscheider“. Schließlich sei in diesem Zusammenhang an Paragraph 2 Absatz 1 der (Muster-) Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte erinnert: Danach dürfen Ärztinnen und Ärzte keine Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

Wie die Rechtsprechung auf das Urteil des Amtsgerichts-Schöffengerichts Limburg reagieren wird, ist derzeit noch offen. Möglicherweise bedeutet dies einen ersten Schritt dahin, die Verantwortung nicht nur bei den handelnden Ärzten zu suchen, son-

dern auch und gerade bei den Entscheidungsträgern im Hintergrund, die durch die von ihnen geschaffenen Missstände viele Komplikationen erst ermöglichen.

*Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht*

*Rosemarie Sailer
Rechtsanwältin*



Dr. Albrecht Wienke, Köln, ist Fachanwalt für Medizinrecht.
Kontakt: Awienke@Kanzlei-WBK.de



Rosemarie Sailer, Kanzlei Wienke & Becker, Köln

ARBEITSRECHT

Wer falsch kodiert, muss gehen

Ein Chefarzt, der es in zwei Fällen unterlassen hatte, die Kodierung einer Operation ins Krankenhausinformationssystem einzugeben, wurde vom Krankenhausträger entlassen. Zu Recht, befand das Sächsische Landesarbeitsgericht Chemnitz (Urteil vom 1. Dezember 2010 – 2 Sa 56/10).

Chefärzte leben gefährlich. Dies macht eine Entscheidung des Sächsischen Landesarbeitsgerichts Chemnitz deutlich. Das Landesarbeitsgericht hielt eine ordentliche Kündigung, die ein Krankenhausträger einem Chefarzt für Chirurgie und Unfallchirurgie ausgesprochen hatte, für rechtmäßig.

Die streitgegenständliche Kündigung wurde damit begründet, dass der seit sechs Jahren an der Klinik beschäftigte Chefarzt es in zwei Einzelfällen unterlassen hatte, die notwendige Kodierung des durchgeführten operativen Eingriffs

in das Krankenhausinformationssystem einzugeben. Die fehlende Kodierung wurde allerdings von einem Mitarbeiter des Medizincontrollings festgestellt und nachgeholt, so dass dem Krankenhausträger bei der Abrechnung der Leistungen mit den zuständigen Krankenkassen letztlich kein Schaden entstanden war.

Das Urteil des Sächsischen Landesarbeitsgerichts ist bisher – soweit bekannt – ein Einzelfall, zeigt jedoch die immensen Gefahren auf, welche Chefärzte auch beim Abschluss der heute üblichen Chefarztdienstverträge eingehen.

Nach der Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft – so auch im vorliegenden Fall – enthalten Chefarztdienstverträge regelmäßig folgenden Passus: „Der Arzt ist insbesondere für eine richtige und vollständige Kodierung und Dokumentation der für die Eingruppierung in einem deutschen DRG-System erforderlichen Diagnosen und Prozeduren nach Maßgabe der jeweils gültigen Deutschen Kodierrichtlinien verantwortlich. Er hat der Krankenhausverwaltung alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.“



Foto: M&S Fotodesign/Fotolia

Abmahnungen wirksam

Die darauf gestützten Abmahnungen des Krankenhausträgers sowie die letztlich ausgesprochene ordentliche Kündigung hielt das Landesarbeitsgericht für wirksam. Verhaltensbedingte Gründe, die eine solche Kündigung rechtfertigen würden, könnten insbesondere dann vorliegen, wenn ein Arbeitnehmer seinen Arbeitsvertrag dadurch verletze, dass er seinen sich aus dem Vertrag ergebenden Pflichten nicht oder nicht ausreichend nachkomme. In der Regel werde ihm dies unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit der Vertragsbeendigung vorab durch den früheren fruchtlosen Ausspruch einer oder mehrerer Abmahnungen vor Augen geführt werden müssen. Dies war hier geschehen.

Im vorliegenden Fall war die fehlende Kodierung auch nicht strittig. Unerheblich sei es auch gewesen – so das Landesarbeitsgericht weiter –, dass und aus wel-

chen Gründen der Chefarzt die fehlende DRG-Kodierung nicht erkennen konnte. Denn jedenfalls fehlte sie. An der Wirksamkeit der Kündigung ändere sich auch nichts dadurch, dass der Krankenhausträger aus wirtschaftlichen Gründen ein Medizincontrolling eingerichtet hatte und auch im vorliegenden Fall der Medizincontroller tätig und fündig geworden sei. Es sei nämlich nicht seine Aufgabe, über arbeitsvertragliche Sanktionen einer unterlassenen Kodierung nachzudenken, solche Sanktionen anzuregen oder gar eine Entscheidung über sie herbeizuführen. Vielmehr habe der Medizincontroller Feststellungen zu treffen, aus denen Dritte Schlüsse für die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern und/oder hinsichtlich der arbeitsvertraglich verantwortlichen Person ziehen könnten.

Beträchtliches Schadenspotenzial

Schließlich sei auch der Einwand des Klägers, dem Krankenhausträger sei kein

Schaden entstanden, unerheblich. Bei dieser Betrachtungsweise blende der Chefarzt die wirtschaftlichen Interessen des Krankenhausträgers aus, indem er unterstelle, es handele sich um Einzelfälle mit geringem Schadenspotenzial, wobei der Schadenseintritt durch das dafür vorhandene Medizincontrolling auch noch habe verhindert werden können. Mit dieser Argumentation stelle der Kläger eine zentrale Verpflichtung aus dem Arbeitsvertrag in Frage. Schließlich seien die durch das Medizincontrolling letztlich verhinderten Schäden nicht von untergeordneter Bedeutung gewesen. Ohne das Einschreiten des Medizincontrollings wäre es durch die fehlenden beziehungsweise falschen Kodierungen zu einem potenziellen Schaden in Höhe von rund 35.000 Euro gekommen. Dies entspreche etwa einem Wert von fünf monatlichen Grundvergütungen des Chefarztes oder dem des Jahreslohns anderer Beschäftigter.

Die Entscheidung des Sächsischen Landesarbeitsgerichts macht deutlich, dass sämtliche in Chefarztverträgen übernommenen Verpflichtungen ernst genommen werden müssen und die Chefarzte stets in Bezug auf alle übernommenen vertraglichen Verpflichtungen ein Höchstmaß an Sorgfalt in der Durchführung und Überwachung anlegen müssen.

Es bestehen regelmäßig weitere Vertragsregelungen, bei denen Chefarzte besondere Verpflichtungen im Rahmen des Dienstverhältnisses übernehmen. Dies gilt namentlich für die Verantwortung zur Einhaltung der Maximalarbeitszeiten nach dem Arbeitszeitgesetz, sämtliche Dokumentationspflichten und insbesondere auch die krankenhausspezifischen Pflichten, etwa in Bezug auf Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Arbeitssicherheit etc.

Bei der Gestaltung von Chefarztverträgen sollte daher unbedingt Wert darauf gelegt werden, dass alle im Vertrag übernommenen Verpflichtungen im laufenden Geschäftsbetrieb mit den zur Verfügung gestellten Mitteln (EDV-Technik, Personal etc.) ohne besondere Risiken von den Chefarzten wahrgenommen werden können.

*Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht*

VERGÜTUNG

Chefarzt klagt erfolgreich auf mehr Geld

Eine einzelvertragliche Vereinbarung, wonach die Arbeit des Chefarztes eines Krankenhauses nach der Vergütungsgruppe I des BAT-KF vergütet wird, ist im Zweifel als dynamische Vergütungsvereinbarung auszulegen. Die Vergütungsgruppe I BAT-KF wurde zum 1. Juli 2007 in die Entgeltgruppe 15 Ü BAT-KF neue Fassung übergeleitet. Dies gilt mangels gegenteiliger Anhaltspunkte auch für Chefarzte (Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 29 Juni 2011 – 5 AZR 161/10).

Der Kläger ist bei dem Beklagten seit 1996 als Chefarzt tätig. Die Parteien vereinbarten eine monatliche Grundvergütung nach der Vergütungsgruppe I des auf Chefarzte nicht anwendbaren Bundes-Angestelltentarifvertrags in kirchlicher Fassung für den Bereich der Evangelischen Kirche im Rheinland, der Evangelischen Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche sowie ihrer Diakonischen Werke (BAT-KF).

Die Arbeitsrechtliche Kommission als zuständiges Entscheidungsgremium beschloss 2007 eine Änderung des BAT-KF. Unter anderem wurde der TV-Ärzte-KF geschaffen, der neue Entgeltgruppen für Ärzte, auf die der BAT-KF Anwendung fand, enthält.

Der Beklagte ordnete den Kläger der allgemeinen Überleitungsentgeltgruppe 15 Ü des BAT-KF nF zu. Dagegen wendet sich der Kläger. Er ist der Auffassung, er habe Anspruch auf Entgelt nach der Entgeltgruppe Ä 4 TV-Ärzte-KF. Dieses beträgt derzeit 8.495,85 Euro brutto monatlich. Das Entgelt nach Entgeltgruppe

15 Ü beläuft sich auf 6.086,94 Euro brutto monatlich.

Die Vorinstanzen haben der Klage stattgegeben. Die vom Bundesarbeitsgericht zugelassene Revision des Beklagten war erfolgreich. Die vereinbarte Vergütungsgruppe I war nicht nach Anlage 7 BAT-KF nF in die Entgeltgruppe Ä 4 TV-Ärzte überzuleiten. Die Überleitungsvorschriften der Anlage 7 gelten nur für die Ärzte, die zuvor nach Abschnitt 3 des allgemeinen Vergütungsgruppenplans (Gesundheitsdienst) eingruppiert waren. Hierzu gehörte der Kläger als Chefarzt nicht. Der vertragliche Regelungsplan enthielt auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger, dem die Beklagte zudem das Recht zur Privatliquidation eingeräumt hatte, eine monatliche Grundvergütung in Anlehnung an das Entgelt anderer Ärzte erhalten sollte. Die Dynamik war im vertraglich vereinbarten Umfang mit der Überleitung in die höchste allgemeine Entgeltgruppe 15 Ü BAT-KF nF gewahrt.

Quelle: Pressemitteilung des Bundesarbeitsgerichts

Personalia



Prof. Dr. Wolf Dietrich Arnold, Leiter der Orthopädischen Klinik im Eisenberger Waldkrankenhaus, erhielt im Februar 2011 das Bundesverdienstkreuz am Bande für sein Engagement beim Aufbau des deutschen Rettungswesens.



Prof. Dr. Rudolf Beisse ist seit Mai dieses Jahres neuer Chefarzt der Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Rummelsberg in Schwarzenbruck. Zuvor arbeitete er als Chefarzt des Wirbelsäulenzentrums in den Schön-Kliniken in Harlaching.



Dr. Ralf-Georg Chlebusch hat im April dieses Jahres die Stelle des Chefarztes der Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie und Orthopädie am Diakoniezentrum Paulinenstift (Stiftungsklinikum Mittelrhein) in Nastätten übernommen. Für das Stiftsklinikum ist er seit 2002 tätig.



Dr. Daniel Frank, 1. Vizepräsident der DGOOC und langjähriger Präsident der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk, ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Florence Nightingale Krankenhauses in Düsseldorf. Zuvor war er 16 Jahre Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie des St. Remigius Krankenhauses in Leverkusen.



Dr. Richard Kasch von der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie der Universitätsmedizin Greifswald leitet die neue DGOU-Arbeitsgruppe Evaluation/Qualitätsmanagement in der Lehre. Diese wurde im Juni dieses Jahres im Rahmen der 5. Arbeitssitzung der AG Lehre gegründet.



Prof. Dr. Ulrich C. Liener wurde von der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Liener ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte des Marienhospitals Stuttgart der Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH.



PD Dr. Christian Müller-Mai ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St.-Marien Hospital in Lünen. Zuvor war er seit 2009 ist er Leitender Oberarzt in der Orthopädie und Unfallchirurgie im Knappschafts Krankenhaus Bochum-Langendreer.



Dr. Uwe Neumann wechselte im April in die Chefarztposition der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Moritz-Klinik Klinik in Bad Klosterlausnitz. Seit 1994 war Neumann dort als Oberarzt der Abteilung Orthopädie und Traumatologie tätig.



Dr. Dara Orangi leitet seit 1. Mai als Chefarzt das Notfallzentrum des Klinikums Erfurt. Dort werden jährlich 70.000 Patienten – also 200 am Tag – behandelt. Um in Zukunft für die Patientenversorgung gewappnet zu sein, plant das Klinikum bauliche und strukturelle Veränderungen.



Dr. Fritz Ottlinger ist seit 1. August Chefarzt der Chirurgie und Unfallchirurgie des Kreiskrankenhauses Wörth an der Donau. Er folgt auf Dr. Arno Hummel, der nach 22 Dienstjahren in den Ruhestand verabschiedet wurde.



Dr. Levent Özokyay ist seit dem 1. August neuer Chefarzt der Klinik Orthopädie und Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Marien-Hospital Wesel. Zuvor war er als Oberarzt an der Chirurgischen Klinik Bergmannsheil in Bochum tätig.



PD Dr. Robert Pflugmacher, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn, habilitierte mit der Arbeit „Klinische Befunde zur Ballon-Kyphoplastie und zur Radiofrequenz-Kyphoplastie“.



Dr. Marcus Remo Raum leitet seit Juni als Chefarzt die Abteilung für Orthopädie und Traumatologie des Helios Klinikums Siegburg. Zuvor war er seit 2004 in den Niederlanden am Universitätsklinikum Groningen als Traumatologe tätig, zuletzt als Leitender Oberarzt der Gesamtchirurgie.



Dr. Alexander Schmidt ist seit April der neue Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie der Kliniken Herzberg und Osterode GmbH. Zuvor war er an verschiedenen Krankenhäusern als Oberarzt tätig, etwa in Hildesheim, Aschaffenburg und Blankenhain.



Prof. Dr. Hartmut Siebert wurde in den neuen Vorstand des „Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.“ (APS) gewählt. Seit 13. Mai bekleidet er das Amt des Stellvertretenden Vorsitzenden im APS.

Namen



Prof. Dr. Otmar Trentz, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich, erhielt im September den Robert Danis Prize der International Surgical Society (ISS).



PD Dr. Oliver Weber, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn, habilitierte mit der Arbeit „Der endoprothetische Ersatz der distalen Humerusfraktur beim alten Menschen“.



Dr. Christian Wuschech ist seit April diesen Jahres in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie der Park-Klinik Weißensee in Berlin Chefarzt des Fachbereichs Wirbelsäulenthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie. Zuvor war er Oberarzt am Willibord-Spital Emmerich am Rhein.



Dr. Wolfgang Zechel ist neuer Chefarzt der Chirurgie/Unfallchirurgie der Klinik Naila (Kliniken Hochfranken). Zuvor war er 25 Jahre lang am Klinikum in Hof tätig. Seit 2006 war er ständiger Vertreter des Chefarztes der dortigen unfallchirurgischen Abteilung.



Univ.-Prof. Dr. Georg Gosheger ist zum Vorstandsmitglied der International Society of Limb Salvage (ISOLS) ernannt worden. Der Direktor der Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie am Universitätsklinikum Münster (UKM) hat damit eines der höchsten Ämter weltweit in seinem Fachgebiet inne.



Für 50 Jahre Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie bedankt sich der Vorstand bei Dr. Werner Budrass, Dr. Robert Hille, PD Dr. Hans Rainer Mittelbach, Dr. Peter Volkmar Müller, Dr. Erich Werner.

Wissenschaftspreise



Albert-Hoffa-Preis 2011

PP Dr. Stefan Huber-Wagner (TU München) und **Prof. Dr. Rolf Lefering** (Universität Witten/Herdecke) erhielten den Albert-Hoffa-Preis der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung. In der Preisarbeit wiesen sie nach, dass Patienten, die nach einem schweren Unfall oder Sturz ins Krankenhaus eingeliefert und im Rahmen der Akutdiagnostik mit einem Computertomografen (CT) untersucht wird, deutlich bessere Überlebenschancen haben. „Wir konnten an mehr als 4.600 Patienten aus dem TraumaRegister der DGU nachweisen, dass bei Einsatz dieser Diagnostik die Sterblichkeit um drei Prozentpunkte niedriger liegt als im Durchschnitt erwartet, nämlich 20 Prozent statt 23 Prozent“, sagt Lefering. Patienten ohne Ganzkörper-CT zeigten dagegen eine Sterblichkeit von 21,3 Prozent. „Drei Prozentpunkte klinkt wenig, ist aber der größte Sprung in der Behandlung Schwerverletzter seit zehn Jahren.“



AO Wissenschaftspreis



AO PD Dr. Jan Heineck, Oberarzt an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Dresdner Universitätsklinikums der Technischen Universität Carl-Gustav-Carus, erhielt für seine Habilitationsarbeit „Vergleichende Untersuchungen eines offenzelligen Metallschaumes aus einer Titanlegierung für den Einsatz als Knochenersatzstoff und als Oberflächenbeschichtung von chirurgischen Implantaten“ den mit 7.500 Euro dotierten AO Wissenschaftspreis 2011.

Arthur-Vick-Preis 2011 geht nach Erlangen

Die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Bernd Swoboda, Chefarzt der Abteilung für Orthopädische Rheumatologie der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen, erhielt den mit 5.000 Euro dotierten Arthur-Vick-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh). Die DGORh ehrt damit die herausragende wissenschaftliche Arbeit „Combined arthroscopic and radiation synovectomy of the knee joint in rheumatoid arthritis. 14-year follow-up“. Arthur Vick (1933 bis 1991) litt an einer ausgeprägten chronischen Polyarthrititis. Er vermachte sein Vermögen einer kommunalen Stiftung und verfügte, dass die anfallenden Erlöse der Forschung und Heilung im Bereich der Rheumatologie zugeführt werden sollen. *Prof. Dr. Stefan Rehart, Präsident der DGORh*

Abschied von Dr. Alexander Kuttner

Am 25. August 2011 nahm eine große Trauergemeinde in Berlin Abschied von Alexander Kuttner, darunter zahlreiche seiner Weggefährten und Vertreter seiner katholischen Studentenverbindung Bavaria. Er hat große Teile seines Lebens dem Berufsverband und der ärztlichen Selbstverwaltung in Europa gewidmet. Hier sollen seine wichtigsten Daten aufgeführt werden.

Alexander Kuttner war eine außerordentliche Persönlichkeit, an die hier erinnert werden soll. Kuttners Tätigkeit im Berufsverband blieb auf Grund seiner Bescheidenheit vielen Mitgliedern verborgen. Die, die mit ihm im Vorstand zusammenarbeiten durften, wussten sein Engagement und seine klaren Ansichten sehr zu schätzen. Herauszustellen ist vor allem seine Tätigkeit als Schatzmeister. Er übernahm das Amt von seinem Vorgänger Ernst A. Gäde zwar wohl geordnet, aber noch nach alter Väter Sitte geführt. Als er sich bei seinem Amtsantritt nach den Steuern erkundigte, erhielt er die Antwort, dass man diese noch nie abgeführt habe. Die gleiche Auskunft erhielt der damalige 1. Vorsitzende von der Geschäftsführerin Ingeborg Waldmann. Schatzmeister und Vorstand machten sich sehr schnell daran, den Berufsverband von derartigen Altlasten zu befreien. Dies oblag in erster Linie dem Schatzmeister, der es dank seines Geschicks verstand, bald eine Lösung zu finden,

die den Berufsverband mit einem blauen Auge davonkommen ließ. Dies kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Dass dafür eine erstklassige Steuerberatung notwendig war, braucht kaum erwähnt zu werden. Auch dafür hat Kuttner gesorgt.

Über 20 Jahre währte seine Tätigkeit in der Sektion Orthopädie der Vereinigung der Fachärzte in Europa (UEMS). Zusammen mit der Arbeit als stellvertretender Delegierter im CP sammelte er viele Erfahrungen auf dem europäischen Parkett. Seine Wahl zum – ersten deutschen – Präsidenten der UEMS 1987 war die Anerkennung seiner Arbeit nicht nur durch seine Fachkollegen, sondern vor allem aller Fachärzte in der Europäischen Union. Dass diese mit seiner Arbeit dann mehr als zufrieden waren, lässt sich aus seiner Wiederwahl ohne Gegenkandidaten! für eine – sonst sehr ungewöhnliche – zweite Amtsperiode erkennen.

Der Bundespräsident würdigte sein Engagement auf Europäischer Ebene mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande im Jahr 1990. Wir, die Alexander Kuttner beruflich und freundschaftlich verbunden waren, werden ihn nicht vergessen.

*Dr. Georg Holfelder
Präsident des Berufsverbandes von 1982 bis 1997*

VITA

Dr. Alexander Kuttner

*14.11.1921 in Berlin † 16.08.2011 in Berlin

Nach der Grundschule Besuch des Gymnasiums am Lietzensee in Berlin bis zu dessen politisch bedingter Schließung, dann 1940 Abitur am Kaiserin Augusta-Gymnasium in Berlin. Anschließend Medizinstudium in Berlin bis 1941

1941 Einberufung zum Wehrdienst als Sanitätssoldat bis 1945. Nach dem Krieg von 1945 bis 1949 Fortsetzung seines Medizinstudiums in Münster mit Staatsexamen und Promotion

Nach der Weiterbildung Münster und Berlin, vor allem im Städtischen Krankenhaus Berlin-Britz erfolgte die Facharztanerkennung. 1954 Niederlassung als Orthopäde mit Belegbetten in Privatklinik in Berlin, dort auch viele Jahre als Betriebsarzt tätig. Praxisabgabe 1986

1978 außerordentliches Mitglied im Vorstand des Berufsverbandes als Vertreter der Berliner Orthopäden, 1978 bis 1998 Mitglied der Sektion Orthopädie der UEMS. 1979 bis 1997 Schatzmeister des Berufsverbandes, 1981 bis 1986 stellvertretender Landesobmann für Berlin

1983 Wahl zum stellvertretenden Mitglied der Delegation der Bundesärztekammer beim Ständigen Ausschuss der Ärzte der Europäischen Gemeinschaft (CP)

1985 Vizepräsident des Verwaltungsrats der European Union of Medical Specialists (UEMS), 1987 bis 1993 Präsident des Verwaltungsrates der UEMS mit Wiederwahl 1990

1990 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande für seine Tätigkeit für die Europäische Vereinigung

1998 Ehrenmitglied des Berufsverbandes



Bericht von der Gesamtvorstandssitzung des BVOU

Helmut Mälzer



BVOU-Präsident Helmut Mälzer und BVOU-Vize Dr. Andreas Gassen



Dr. Kleinstäuber, Dr. Gerd Rauch

Der Einladung in das Hotel Alsterhof Berlin folgte der Gesamtvorstand am 16. und 17. September 2011 fast vollständig. Zu Gast waren Dr. Uwe Kraffel, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, BVOU-Justiziar Dr. Jörg Heberer und

Dr. Matthias Psczolla, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akut-Kliniken (ANOAK). Von den befreundeten Gesellschaften waren Prof. Hartmut Siebert, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), und Dr. Jörg Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), als Mitglieder des Gesamtvorstandes anwesend.

Am Beispiel des Landes Berlin ging Dr. Kraffel auf die Bedarfsplanung der Orthopäden und Unfallchirurgen ein. Insbesondere verdeutlichte er die gravierenden Folgen einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geplanten Modellrechnung zur Bedarfsplanung unserer Fachgruppe mit den Chirurgen

(Zusammenlegung zweier Fachgruppen). Dies könnte dazu führen, dass zwar zahlenmäßig mehr Arztsitze pro Planungsgebiet zusammenkommen, diese jedoch aus einem einheitlichen Honorartopf bedient werden müssten. Der Präsident des BVOU bekräftigte, dass der Vorstand in Verhandlungen mit der KBV Honorarumschichtungen entgegenwirke. Die KBV selbst habe ihre grundsätzlichen Überlegungen noch nicht abgeschlossen.

Dr. Heberer präsentierte sich erst als „neuer“ Verbandsjustiziar des BVOU und schilderte seine bisher für den Berufsverband geleistete Arbeit. Anschließend referierte er aus juristischer Sicht zum Honorararztwesen und ging kurz auf das Versorgungsgesetz ein. Dr. Helmut Weinhardt, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes, ergänzte den Vortrag mit Hintergrundinformationen eines Steuerberaters.

Auf Grundlage zweier Anträge von Reinhard Deinfelder, Landesvorsitzender Württemberg, wurde beschlossen, unter der Leitung von Prof. Karsten Dreinhöfer einen Arbeitskreis zum Thema Einführung der Zusatzbezeichnung konservative Orthopädie ins Leben zu rufen. Ein

Nur gemeinsam können und wollen wir etwas bewegen. Der BVOU ist kein statisches, sondern ein dynamisches Gebilde, und das wird gerade im 60. Jahr des Bestehens des BVOU deutlich.

ÄNDERUNG DER WEITERBILDUNGSORDNUNG

Der Gesamtvorstand spricht sich mehrheitlich für eine Änderung der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus. Statt wie bisher zwölf Monate im ambulanten Bereich abzuleisten, sollte eine Muss-Bestimmung für mindestens sechs Monate bis zu einem Jahr im ambulanten Bereich, an Rehakliniken

oder in akut-konservativen orthopädischen Kliniken abgeleistet werden. Ziel ist es, Interesse für die Niederlassung zu wecken, ambulante OP-Ausbildung durchzuführen und Kenntnisse der konservativen Orthopädie zu vermitteln. Der entsprechende Antrag wird regional an die einzelnen Landesärztekammern gestellt.

erster Workshop soll Anfang Oktober stattfinden und erste Ergebnisse in der Mitgliederversammlung aufzeigen. Außerdem sprach sich der Vorstand mehrheitlich für eine Änderung der Weiterbildungsordnung aus.

Regionalisierung schreitet voran

Der Präsident legte dar, dass es anhand der Regionalisierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) derzeit keine einheitliche Empfehlung seitens des Bundesverbandes geben kann. Jede einzelne Region muss für sich selbst entscheiden, wie die Honorarverteilung für die Orthopäden und Unfallchirurgen gestaltet werden kann. Die Landesvorsitzenden des BVOU verständigten sich darüber, dass sie Vergleichszahlen der

BEITRAGSFREIHEIT FÜR WEITERBILDUNGSASSISTENTEN

Der Gesamtvorstand spricht sich einstimmig für eine Beitragsbefreiung von Ärzten in Weiterbildung aus und äußert den Wunsch, dies kurzfristig in der Mitgliederversammlung am 28. Oktober 2011 in Berlin zur Beschlussfassung vorzulegen, um dem Nach-

wuchs unseren Beruf nahe zu bringen mit dem Ziel der langfristigen Bindung. Dies bedeutet auch, zukünftig gezielte und attraktive Fortbildungen für diese Gruppe durch die Akademie Deutscher Orthopäden anzubieten.

ßen (siehe Seite 92: „In der Schultüte ein Ticket zum Orthopäden“). Diese Kooperation ist bundesweit einmalig, denn der Vertrag gilt für mitversicherte Kinder. In Arbeit ist ein weiterer Vertrag zu Osteoporose.

Um eine EBM-Reform werden wir nicht umhin kommen, äußerte Dr. Andreas Gassen, Vizepräsident des BVOU. Auf jeden Fall wird der BVOU seine Position

BVOU-Mitglieder werden immer älter

Nachdem der Schatzmeister Dr. Peter Heppt den Jahresabschluss 2010 erörterte, veranschaulichte er die Altersstruktur des BVOU. 2008 betrug der Altersdurchschnitt der Mitglieder 53,7 Jahre, 2011 sind die Mitglieder im Mittel 55,7 Jahre alt. Die Mandatsträger diskutierten intensiv, wie dem Nachwuchsmangel begegnet werden könne. Dr. Johannes Flechtenmacher, Landesvorsitzender Baden, beantragte, Weiterbildungsassistenten beitragsfrei zu stellen. Sein Antrag fand breite Zustimmung, ein entsprechender Beschluss wurde gefasst (siehe Kasten). Dr. Helmut Weinhart merkte an, die Weiterbildungsbefugnisse der Kliniken und Niedergelassenen aus dem BVOU-Wegweiser interessierten Weiterbildungsassistenten zugänglich zu machen. Bislang können nur registrierte Nutzer im BVOU.NET den Wegweiser einsehen.

Die vorliegenden Berichte aus den einzelnen Landesverbänden gaben im Wesentlichen die Vorgänge der aktuellen Situation für die Orthopäden und Unfallchirurgen wieder.

Fazit: Nur gemeinsam können und wollen wir etwas bewegen. Der BVOU ist kein statisches, sondern ein dynamisches Gebilde, und das wird gerade im 60. Jahr des Bestehens des BVOU deutlich. An dieser Stelle bedanke ich mich nochmals bei allen Anwesenden der Gesamtvorstandssitzung für die Mitarbeit und Diskussionen an den beiden Tagen. Ein weiterer Dank im Namen des gesamten Präsidiums geht an die Geschäftsstelle für die hervorragende Organisation und Betreuung vor Ort.



Helmut Mälzer
Präsident des BVOU



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Dr. Helmut Weinhart, Rechtsanwalt Dr. Jörg Heberer, Dr. J.-A. Rüggeberg

Fachgruppen umgehend untereinander austauschen und der Geschäftsstelle zur Verfügung stellen, um eine bessere Verhandlungsbasis für die Argumentation mit den KVen zu haben.

Ein Highlight: Frau Dr. Dannert konnte nach monatelanger Verhandlung mit der Schwenninger Krankenkasse einen sogenannten „add-on“-Vertrag nach § 73c SGB V für die Fachgruppe auf bundesweiter Ebene für Schulanfänger abschlie-

genüber den Kassen deutlich machen. Aus dem Landesverband Bayern kam der Wunsch, bei den Änderungen solle die längerfristige Planbarkeit für die Praxis berücksichtigt werden.

Der Aktionstag Orthofit findet am 9. November 2011 statt. Die Schirmherrschaft hat Jens Spahn (MdB), gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, übernommen (siehe Seite 94: „Zeigt her eure Füße geht in die zweite Runde“).



Bild: Bernd Leitner/Fotolia

Geschenk zur Einschulung: Versicherte der Schwenninger Krankenkasse, deren Kinder in diesem Jahr eingeschult wurden, erhielten einen 40-Euro-Gutschein für einen orthopädischen Check up der ABC-Schützen.

In der Schultüte ein Ticket zum Orthopäden

Mitte September begann die Schule, und in die Schultüten haben nicht nur die Eltern etwas hineinge-packt. Die Kinder fanden darin einen 40-Euro-Gutschein für eine Untersuchung beim Orthopäden. Dies geht auf einen Selektivvertrag zwischen der Schwenninger Krankenkasse (SKK) und dem BVOU zurück.

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) konnte mit der Schwenninger Krankenkasse (SKK) einen bundesweit gültigen Selektivvertrag nach Paragraph 73c des Sozialgesetzbuches V (SGB V) als sogenannten „add-on“-Vertrag abschließen. Besonderheit: Erstmals verfügt der BVOU damit über einen Selektivvertrag für mit-versicherte Kinder, der zudem nicht der Bereinigung des Gesamtbudgets seitens der Kassenärztlichen Vereinigung unterliegt, sondern über „echte“ Zusatzgelder der Krankenkasse finanziert ist.

[Für BVOU-Mitglieder sind die Vertragsunterlagen im BVOU.NET zum Download hinterlegt.](#)

Das Präventionsangebot soll bleibenden Haltungs- und Wirbelsäulenschäden rechtzeitig vorbeugen und richtet sich

Zur Schwenninger Krankenkasse

Die Schwenninger Krankenkasse gehört mit mehr als 350.000 Kunden zu den 35 größten Gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands. Sitz der Hauptverwaltung ist Villingen-Schwenningen, dazu kommen 14 Geschäftsstellen. Insgesamt beschäftigt die bundesweit geöffnete Schwenninger Krankenkasse rund 600 Mitarbeiter. Die Kasse wurde mehrfach ausgezeichnet, unter anderem vom Handelsblatt als einer der kundenorientiertesten Dienstleister Deutschlands 2010. Als einzige deutsche Krankenkasse ist die Schwenninger Krankenkasse vom TÜV Hessen als Gesamtunternehmen TÜV-zertifiziert. Die Kasse hat im Jahr 2011 keinen Zusatzbeitrag erhoben und plant unter den derzeitigen Rahmenbedingungen auch das Jahr 2012 ohne Zusatzbeiträge.

an Schulanfänger von SKK-Versicherten bundesweit. Hier greift das Programm, welches alle wichtigen orthopädischen

Grunduntersuchungen, beispielsweise der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie der Gelenke umfasst. Der Arzt prüft außerdem, ob Fußfehlbildungen oder eine Haltungsschwäche vorliegen. Zudem werden geeignete sportliche Aktivitäten empfohlen. Die Teilnahme am Programm erfolgt über einen Gutschein, der den betreffenden Eltern Mitte September 2011 zugesandt wurde. Der Gutschein gilt für Kunden der Schwenninger Krankenkasse und lässt sich bei allen teilnehmenden Orthopäden einlösen.

Dr. Elisabeth Dannert



Dr. sc. hum. Elisabeth Dannert, Referat Gesundheitspolitik/ Vertragsmanagement BVOU

INTERVIEW

Drei Seiten müssen profitieren

Interview mit Dr. Andreas Gassen,
Vizepräsident des BVOU

Welche Vorteile birgt der Selektivvertrag zwischen dem BVOU und der Schwenninger Krankenkasse?

Dr. Andreas Gassen: Der Selektivvertrag zu einer orthopädischen Schuleingangsuntersuchung bietet Vorteile auf mehreren Ebenen. Da ist zum einen die Außenwirkung. Bewegungsmangel unter Jugendlichen mit den bekannten Folgeschäden, hier ist die Öffentlichkeit besonders sensibilisiert. Eine orthopädische Schuleingangsuntersuchung setzt hier die richtigen Zeichen: Immer noch gehören die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems zu den häufigsten Gründen für Arbeitsausfallzeiten. Wenn wir hier bei Kindern bereits ansetzen, künftige gesundheitliche und ökonomische Schäden zu reduzieren, dann unterstreicht dies nachdrücklich die Bedeutung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Der Selektivvertrag hat auch Signalwirkung, weil erstmals mitversicherte Familienangehörige im Mittelpunkt stehen. Der Vorhof der Prävention wird über den Versicherten ausgedehnt – speziell dieser Vertrag ist ein

Ansatz für eine systematische Vorsorge. Außerdem zeigt der Vertrag, dass es möglich ist, außerhalb des Regelleistungsvolumens sinnvolle Angebote für Versicherte zu schaffen, indem man extrabudgetäre Honorare ausschüttet. Drei Seiten müssen bei solchen Projekten profitieren: der Versicherte, der Arzt und die Kasse.

Wie systematisch arbeitet der BVOU an Selektivverträgen?

Der Vorstand hat auf unserer Arbeitsebene ein eigenes Ressort dazu eingerichtet. Hier werden systematisch alle Sektionen der Orthopädie und Unfallchirurgie auf mögliche Selektivverträge hin untersucht. Die Kassen fahren allerdings noch mit angezogener Handbremse. Denn das Thema Zusatzbeitrag, den die Kassen unbedingt vermeiden wollen, belastet eine forsche Planung für die Zukunft: Beitragssteigerungen über wachsende Sozialversicherungsbeiträge sind blockiert; benötigt eine Kasse mehr Geld, muss sie den Zusatzbeitrag erheben, den die Versicherten, und zwar nur die Versicherten der einen Kasse, schultern müssen. Da ist zur Zeit wenig Spielraum für Selektivverträge. Deshalb ist der BVOU besonders glücklich, die orthopädische Schuleingangsuntersuchung jetzt abgeschlossen zu haben.

Selektivverträge, künftig die tragende Säule der ärztlichen Vergütung?

Ja und nein. In Zeiten der „Bonsai“ – Regelleistungsvolumina sind gute Selektivverträge eine Möglichkeit, mehr Honorar zu generieren. Einschränkend muss vor allzu viel Euphorie gewarnt werden. Selektivverträge heißen so, weil sie nicht nur selektiv für bestimmte Leistungen gelten. Sie gelten auch selektiv für die Ärzte – nicht alle werden daran teilnehmen können. Die Kassen können bestimmte Bedingungen definieren – besondere Qualitätsanforderungen zum Beispiel. Oder, noch einfacher, die finanziellen Mittel so begrenzen, dass es nur für eine bestimmte Anzahl an Ärzten reicht. Der Selektivvertrag ist kein Ersatz für den Kollektivvertrag – er ist eine wichtige Ergänzung, mehr aber nicht.

Wie ist dies im Vertrag zur orthopädischen Schuleingangsuntersuchung geregelt?

In diesem Fall gibt es für die Orthopäden keine Einschränkungen. Der Orthopäde, den die Eltern auswählen, kann die Untersuchung durchführen.

Das Interview führte Joachim Stier.

Nutzen Sie diesen *Gutschein* zum Wohle Ihres Kindes!



BERUFSVERBAND DER FACHÄRZTE FÜR
ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE e.V.

Die Schwenninger
Krankenkasse



Foto: Privat

Mit Spaß dabei: 348 Kolleginnen und Kollegen, wie hier Dr. Christiane Karrenberg aus Rösraht, beteiligten sich im vergangenen Jahr an der Orthofit-Kampagne.

„Zeigt her eure Füße“ geht in die zweite Runde

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) veranstaltet am Mittwoch, 9. November 2011, zum zweiten Mal seinen Orthofit-Aktionstag „Zeigt her eure Füße“ an deutschen Grundschulen.

Eine Umfrage unter den Mitgliedern der teilnehmenden Landesverbände (alle mit Ausnahme von Berlin, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) hat gezeigt, dass mehrere hundert BVOU-Mitglieder bereit sind, wie im vergangenen Jahr eine Infor-

mationsveranstaltung für Erstklässler zu gestalten. Nicht Frontalunterricht, sondern eine interaktive Lernatmosphäre ist gefragt, die geeignet ist, Kindern im Grundschulalter zu vermitteln, worauf sie achten sollen, damit sie Spaß und Freude mit ihren Füßen und an der Bewegung haben.

Die Vorbereitungen zur Kampagne sind inzwischen auf verschiedenen Ebenen in vollem Gange. Viele Unterstützer aus Politik, Sport und Medien rühren die Werbetrommel eifrig mit. So fungiert in diesem Jahr Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion CDU/CSU, als Schirmherr von „Zeigt her eure Füße“. Auch der KI.KA-Moderator Christian Bahrmann hat seine Unterstützung erneut zugesagt.

Dr. Andreas Gassen



Dr. Andreas Gassen,
Vizepräsident des BVOU,
orthofit2011@bvou.net



Foto: Baumann

Prominenter Schirmherr: Der Bundestagsabgeordnete Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, unterstützt die Kampagne des BVOU.

Organisatorisches

Das Konzept inklusive Ablaufplan für die Aktion vor Ort mit weiteren Angaben zur Vorbereitung schicken wir den teilnehmenden Mitgliedern zeitnah zu. Mehr Informationen zu „Zeigt her eure Füße“ gibt es im Internet unter: www.aktion-orthofit.de. Dort wird auch eine Liste Mitglieder veröffentlicht, die an der Aktion teilnehmen.

Ihre Patienten informieren und unterhalten

Als Mitglied unseres Berufsverbandes haben Sie die Möglichkeit, das Patienteninformationssystem „TV-Wartezimmer“ zu Sonderkonditionen zu nutzen. Diese gehen auf den Deutschen Facharztverband zurück, der die Verhandlungen führte.

TV-Wartezimmer, Anbieter dieses Wartezimmer-Programms, ist mit inzwischen mehr als 5.200 installierten Systemen in deutschen Praxen Marktführer in der audiovisuellen Patientenkommunikation. Zu dem Dienstleistungspaket gehört nicht nur eine individuelle Praxispräsentation inklusive professionellem Fotoservice in Ihrer Praxis zur Vorstellung Ihres Teams, Ausbildungen, Ansprechpartnern sowie Öffnungszeiten. Zeigen Sie zudem Ihr individuelles medizinisches Profil und wählen Sie aus rund 500 juristisch und medizinisch geprüften Filmen zu Ihren Praxisleistungen, Präventions- und Vorsorgeangeboten aus. Mit der Multichannel-Lizenz nutzen Sie die Filme auch auf Ihrer Homepage, in Ihrem Praxisnetzwerk, ...

Foto: TV-Wartezimmer



Kinderfenster für die Kleinen: In regelmäßigem Wechsel wird eine Bilderbuchverfilmung und ein Mini-Trickfilm im TV-Wartezimmer-Programm gezeigt.

Das mehrfach täglich aktualisierte TV-Wartezimmer-Programm besteht nicht nur aus Themen rund um die Gesundheit, sondern zeigt auch preisgekrönte Tier- und Reise-Dokumentationen, stündlich aktuelle Nachrichten, regionale Wettermeldungen, Gesundheitstipps,

Filmbeiträge über die Projekte der SOS-Kinderdörfer und vieles mehr. Weitere

Partner sind beispielsweise die Heinz Sielmann Stiftung und der Deutsche Olympische Sportbund. Mit den Berufsverbänden sind ergänzend eigene Nachrichtenformate geplant. Auf Wunsch gibt es auch ein Kinderfenster für Ihre kleinen Patienten mit Comics von Donald Duck, Bussi Bär und Prinzessin Lillifee.

Mitglieder des BVOU, die sich bis zum 31. Dezember 2011 für TV-Wartezimmer entscheiden, erhalten das gesamte Leistungspaket zu deutlich vergünstigten Konditionen.



Bei Interesse wenden Sie sich bitte via Fax oder telefonisch an die untenstehenden Kontaktnummern.

FAX-ANTWORT
(073 45) 929594

Wir haben Interesse am TV-Wartezimmer-Angebot unseres Verbandes und bitten um Kontaktaufnahme seitens TV-Wartezimmer.

Praxisstempel:

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Erreichbar/beste Zeit: _____

Achtung: Der Aktionszeitraum gilt nur bis 31. Dezember 2011!

Für weitere Fragen steht Ihnen gerne das Team von TV-Wartezimmer unter der

Telefonnummer (0 81 61) 49 49-0 zur Verfügung.

Orthopädische Rheumatologie: Vorschau auf den DKOU 2011

Dr. Uwe Schwokowski

Die Orthopädische Rheumatologie ist beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 25. bis 28. Oktober 2011 durch verschiedene Beiträge gut vertreten. Am Freitag, den 28. Oktober, findet von 9.30 bis 11 Uhr eine Veranstaltung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) unter dem Titel „Rheumatologie für Orthopäden von Orthopäden – ein Update: früh erkennen, nachhaltig behandeln“ statt. Daran schließt sich von 11.30 bis 12.30 Uhr eine Vortragsreihe zu den „Bildgebenden Verfahren in der Orthopädischen Rheumatologie“ an. Am Nachmittag stellen wir die „Behandlungspfade in der Orthopädischen Rheumatologie – von der Frühdiagnostik bis zur operativen Versorgung“ vor.

Empfehlenswert ist auch die Präsentation der „Qualitätsoffensive Orthopädische Rheumatologie“ am 26. Oktober von 16.30 bis 18 Uhr, zu der auch Fachmedien und Kostenträger eingeladen sind. In zwei Lunch-Workshops werden wir am 26. und 27. Oktober „Rheumatologische Erkrankungen im Orthopädischen Alltag“ vorstellen.

Zum Abschluss bietet die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) am 29. Oktober von 9 bis 15 Uhr im Berliner Westend-Krankenhaus das „RheumaUpdate zum DKOU“ an – eine Veranstaltung für Orthopäden und Orthopädische Rheumatologen. Die Orthopäden werden in diesem Kurs für die Rheumatologie in der täglichen Praxis fit gemacht, von der Früherkennung über die Differentialdiagnostik bis hin zur medikamentösen Therapie.

Wir würden uns über eine rege Teilnahme bei unseren Veranstaltungen sehr freuen, um die konservative Orthopädie und Orthopädische Rheumatologie im Rahmen unseres Kongresses aufzuwerten.



Dr. Uwe Schwokowski ist stellvertretender BVOU-Landesvorsitzender Schleswig-Holstein und leitet die Sektion Orthopädische Rheumatologie.
Kontakt: schwokowski@bvou.net

AUF EINEN BLICK

Folgende Veranstaltungen zum Thema Orthopädische Rheumatologie bietet der BVOU beim DKOU 2011 an:

Qualitätsoffensive Orthopädische Rheumatologie 26. Oktober, 16.30 bis 18 Uhr, Salon Sauerbruch

Rheumatologische Erkrankungen im Orthopädischen Alltag Lunch-Workshop, jeweils am 26. und 27. Oktober

Rheumatologie für Orthopäden von Orthopäden – ein Update: früh erkennen, nachhaltig behandeln Freitag, den 28. Oktober, 9.30 bis 11 Uhr, Saal 15.2

Bildgebende Verfahren in der Orthopädischen Rheumatologie Freitag, den 28. Oktober, 11.30 bis 12.30 Uhr, ICC-Lounge

Behandlungspfade in der Orthopädischen Rheumatologie – von der Frühdiagnostik bis zur operativen Versorgung Freitag, den 28. Oktober, 14.30 bis 16 Uhr, ICC-Lounge

RheumaUpdate zum DKOU 29. Oktober, 9 bis 15 Uhr, Westend-Krankenhaus, Berlin

Neue Mitglieder

Baum, Erika · Berlin

Damdinsuren, Erdembayar · Berlin

Glogger, Kerstin · Augsburg

Kaatz, Dr. med., Thomas · Rudolstadt

Küppers, Hans · Neuss

Mewis, Dr. med., Guido · Berlin

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Alle Angebote finden Sie unter www.bvou.net | Login | Mitgliederservice



> mirapodo

>> mirapodo – einfach Schuhe kaufen

Riesen Vielfalt, faire Preise und ein Service, der den Namen auch verdient: Persönliche Beratung, über 360 Marken, mehr als 16.000 Modelle, kostenloser Versand und Rückversand sowie 100 Tage Rückgaberecht.

Nachlass: 15 %



> Palmers

>> Die neue Kollektion.

Palmers. Bei Dir. Nah an den Träumen und Wünschen seiner KundInnen. Entdecken Sie Palmers und sichern Sie sich 20% Nachlass auf die aktuelle Kollektion. Sommerliches Kuschelvergnügen.

Nachlass: 20 %



> Kabel Deutschland

>> Highspeed-Internet zum Sparpreis

Doppelt so schnell surfen wie mit normalem DSL und gratis ins deutsche Festnetz telefonieren! Eine der meistverkauften Doppel-Flats Deutschlands 3 Monate lang ohne Grundgebühr.

Nachlass: 25 %



> Chic OUTLET Shopping®

>> In über 220 Mode- & Lifestyle Boutiquen

Wertheim Village bei Frankfurt & Ingolstadt Village bei München sind die Adresse für Smart Shopper. Marken wie Escada, Aigner, Ecco, Samsonite erwarten Sie mit Preisen ganzjährig bis zu 60% reduziert (gegenüber UVP).

Nachlass: 12 %



Visiting Fellowship der DGOU 2011 erstmals vergeben



Dr. Takhirjan Shadmanov

Dieses Jahr wurde erstmalig das mit 2.500 Euro ausgestattete Visiting Fellowship der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) vergeben. Es richtet sich an ausländische jüngere Fachärzte aus Orthopädie und Unfallchirurgie, die vier Wochen an deutschen Kliniken hospitieren wollen. Erster Fellow ist Dr. Takhirjan Shadmanov aus Taschkent/Usbekistan. Der 1981 geborene Facharzt hat Medizin in Taschkent studiert und arbeitet zur Zeit in der Traumatologischen Abteilung des Republican Research Center of Emergency Medicine. Er wird die ersten zwei

Wochen an der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie des Klinikums Köln-Merheim (Chefarzt Prof. Dr. Bertil Bouillon) verbringen. Die folgenden zwei Wochen wird sich das Team von Prof. Tim Pohlemann an der Universitätsklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Homburg/Saar seiner annehmen. Krönender Abschluss der Hospitation wird der Besuch des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin sein.

DGOU

Bericht des Ausschusses Versorgungs- und Fachbezogene Fragen

Dr. Andreas Bonk, Prof. Dr. Dieter Kohn, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Der Ausschuss Versorgungs- und fachbezogene Fragen wurde auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2009 gegründet. Er gliedert sich in verschiedene Arbeitskreise, welche spezielle Themen selbstständig bearbeiten. Dreimal jährlich findet ein Treffen der Arbeitskreisleiter statt, in dem die Ergebnisse der Arbeitskreise präsentiert und diskutiert werden. Weitere Themen und Fragestellungen werden hier erörtert und gegebenenfalls neue Arbeitskreise gegründet. Das letzte Treffen der Arbeitskreisleiter fand am 21. Januar 2011 in Mörfelden statt.

Arbeitskreis ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen

Das erarbeitete Positionspapier zu den Honorarärzten liegt den Vorständen zur Bearbeitung vor. Es gibt derzeit offenbar Bestrebungen, den Honorararzt als dritte Säule neben den Niedergelassenen und den Klinikern zu etablieren. Die Bundesärztekammer steht dem Thema „Honorarärzte“ eher positiv gegenüber. Problematisch scheint, dass bislang nur

eine Zurechnung der Honorarärzte zu einem Fachgebiet erfolgt, so dass Honorarärzte auch zum Beispiel in einer Allgemeinchirurgischen Klinik orthopädisch/unfallchirurgische Eingriffe durchführen können und so diese Abteilungen etwaige Mindestmengen erfüllen. Alles findet im Gebiet Chirurgie statt und ist damit erlaubt. So könnten – dieser Argumentation folgend – orthopädisch-unfallchirurgische Kliniken zum Beispiel durch allgemein-/visceralchirurgische Honorarärzte Leistenhernien und ähnliches operieren lassen.

Die Deutsche Rentenversicherung überprüft derzeit, ob im Falle einer Honorararztstätigkeit nicht eine Scheinselbstständigkeit vorliegt und wird gegebenenfalls Sozialversicherungsbeiträge nachfordern. Dies wäre für die Kliniken, welche mit Honorarärzten arbeiten, unattraktiv.

Das Thema erscheint nach wie vor hochbrisant, so dass hierzu eine Sitzung auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2011 geplant wird.

Arbeitskreis Berufschancen spezielle orthopädische Chirurgie und spezielle Unfallchirurgie

Bei der Sitzung im Januar wurden die Ergebnisse der ersten Umfrage präsentiert. 78 Kliniken konnten erreicht werden, 96 Bögen gelangten zur Auswertung. Die Auswertung im Einzelnen wird publiziert werden. Derzeit wird an einer analogen Umfrage unter speziellen Unfallchirurgen gearbeitet, die in Kürze versandt werden wird. Eine Annäherung des Arbeitskreises an den Weiterbildungsausschuss wird erwogen.

Arbeitskreis Physician Assistant (PA)

Am 20. Januar 2011 fand ein Treffen der Dozenten und Mentoren an der Steinbeis-Hochschule in Berlin statt. Derzeit bieten zwei weitere Hochschulen ein PA-Studium an, wenn auch ohne die Spezialisierung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Dies sind neben der Steinbeis-Hochschule die Duale Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe und die Mathias-Hochschule in Rheine.

Bislang ist die DGOU Vorreiter mit dem Angebot der Spezialisierung. Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) und die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) streben eine vergleichbare Spezialisierung an und haben dahingehend Kontakt mit der Steinbeis-Hochschule aufgenommen. Berufspolitisch wird das PA-Studium kontrovers diskutiert, insbesondere von Seiten der Pflege bestehen offenbar erhebliche Bedenken. Die Landesärztekammer Westfalen-Lippe unterstützt den Studiengang in Rheine.

Das nächste Semester startet im Oktober 2011. Um weiterhin die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) angebotene Spezialisierung anbieten zu können, bedarf es einer Mindestzahl an Studenten im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Sämtliche in der DGOU organisierten Chefärzte und die entsprechenden Geschäftsleitungen wurden nochmals angeschrieben und um Mithilfe beziehungsweise Entsendung von Studenten gebeten.

Arbeitskreis Universitäre Strukturen, Forschung und Lehre

In den Themen des Arbeitskreises gibt es erhebliche Überschneidungen mit einer Arbeitsgruppe (Task Force) des Vorstandes. Eine gemeinsame Sitzung des AK mit dieser Arbeitsgruppe soll initiiert werden.

DRG-Arbeitsgruppe

Die DRG-Arbeitsgruppe ist bereits seit langem etabliert und hat schon viele Projekte bewältigt. In aufwändigen und langwierigen Prozessen werden Vorschläge zur Verbesserung des DRG-Systems erarbeitet, die dann dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgelegt werden. Dieser Vorgang bis zur Änderung einer DRG dauert derzeit circa vier Jahre. Zuletzt wurde von der DRG-Arbeitsgruppe die DRG für Polytraumatisierte mit Querschnittssymptomatik erfolgreich bearbeitet, nun folgen Revisionseingriffe bei Endoprothesen. Eine Absprache mit anderen Fachgesell-

schaften erfolgt regelmäßig, um Doppelanträge zu vermeiden.

Arbeitskreis Weißbuch „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“

Ein Entwurf des Weißbuchs „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ wird derzeit erarbeitet.

DKOU 2011

Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2011 werden vom Ausschuss folgende Sitzungen gestaltet:

- Honorarärzte: 27. Oktober, 9.30 bis 11 Uhr, Saal 6
- Ärztemangel – Kompensation durch Physician Assistants?: 26. Oktober, 16.30 bis 18 Uhr, Saal 8

Das nächste Arbeitskreisleitertreffen des Ausschusses findet im Rahmen des DKOU vom 25. bis 26. Oktober 2011 statt.



Dr. Andreas Bonk, BG Unfallklinik Frankfurt,
Kontakt: Andreas.Bonk@BGU-Frankfurt.de



Prof. Dr. Dieter Kohn
Universitätskliniken
des Saarlandes,
Orthopädische
Klinik und Poliklinik,
Homburg/Saar



Prof. Dr. Reinhard
Hoffmann, Frankfurt/
Main, leitet den
Ausschuss Versorgungs-
und Fachbezogene
Fragen der Deutschen
Gesellschaft für
Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU)

Jahresbericht der AG 8 Computer-assistierte Orthopädische Chirurgie

Prof. Dr. Rolf Haaker

Die AG 8 Computerassistierte Orthopädische Chirurgie befindet sich in einer Phase der Neuausrichtung durch den Zusammenschluss mit der Arbeitsgemeinschaft für Rechnerunterstütztes Operieren (AG-ROP) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), mit der bereits seit den letzten drei Jahren eine intensive Zusammenarbeit besteht (die Orthopädie Mitteilungen berichteten). So fand im Rahmen des Süddeutschen Orthopädenkongresses in Baden-Baden der endgültige Zusammenschluss beider Arbeitsgemeinschaften einen einstimmigen Rückhalt der anwesenden AG 8-Mitglieder. Der neue gemeinsame Name der Arbeitsgemeinschaft wird aller Wahrscheinlichkeit nach „AGiTEC“ lauten: Arbeitsgemeinschaft Intraoperative Bildgebung und Technologie Integration. Damit wird der Situation Rechnung getragen, dass die Verbreitung der Navigation in Orthopädie und Unfallchirurgie derzeit stagniert. Die gemeinsame Arbeitsgemeinschaft wird hier jedoch die praxis- und problemorientierte Weiterentwicklung der Systeme weiter verfolgen.

Als sehr wichtig wird von unfallchirurgischer Seite die Einführung und Bewertung der neuen dreidimensionalen Bildwandlersysteme eingeschätzt. Insbesondere von Seiten der Orthopädie wird die Schablonenchirurgie besonders in der Kniechirurgie zu bewerten sein, die ebenfalls auf einer CAD-Technologie ba-

siert, die ja seinerzeit bereits von Herrn Prof. Radermacher in Aachen 2002 inauguriert wurde und zunächst als zu aufwändig abgetan wurde. Darüber hinaus sind auch neue Robotersysteme, wie zum Beispiel das Mako-System aus den USA oder das Mazor-System an der Wirbelsäule, zu bewerten. Mit einer zusammen deutlich über 80 Mitglieder großen Arbeitsgemeinschaft stehen hier als tatkräftige Arbeitsgemeinschaftsmitglieder in großer Zahl auch Chefärzte verschiedener orthopädischer und unfallchirurgischer Zentren zur Verfügung.

Im vergangenen halben Jahr hat die AG 8 darüber hinaus eine offene Arbeitskreissitzung im Rahmen des Norddeutschen Orthopädenkongresses in Hamburg abgehalten. Hier wurde bereits sowohl über prozessoptimierte Totalendoprothesenversorgung an der Hüfte unter Nutzung von Navigation und 3D-Bildgebung sowie über Hybrid-OPs und die neuen Möglichkeiten für 3D-Bildgebung im OP ebenso referiert wie über die Renaissance der Robotik mit Vorstellung einer US-Perspektive zur Mako-Schlittenprothese. Damit konnte die gesamte Bandbreite der zukünftigen Arbeitsgemeinschaft für Intraoperative Bildgebung und Technologie Integration dargestellt werden.

Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2011

ist sowohl eine offene Arbeitskreissitzung mit dem Titel „Update rechnergestützte OP-Verfahren“ als auch eine Expertenrunde zum Thema „Operationsaal mit Zukunft – Zukunft im Operationsaal“ geplant. Auf einer offenen Mitgliederversammlung der gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft für Intraoperative Bildgebung und Technologie Integration wird dann auch der neue Name zur Abstimmung gebracht werden. Zukünftige Aufgaben werden insbesondere in der Bewertung der neuen Technologieverfahren gesehen. Neu aufgelegt wird in jedem Fall eine multizentrische Studie zum Nachweis der Reduzierung von Pedikelschraubenfehlagen bei Wirbelsäulenfusionen bei Anwendung eines dreidimensionalen Durchleuchtungssystems intra- oder perioperativ. Weiterhin sollen Repräsentanten der Industrie zu den Mitgliederversammlungen eingeladen werden, um neue technologische Entwicklungen auch unmittelbar mit der Industrie diskutieren zu können.



Prof. Dr. Rolf Haaker, Brakel, leitet die AG 8 Computerassistierte Orthopädische Chirurgie der DGOOC. **Kontakt:** r.haaker@khwe.de

Neue Mitglieder

Beisler, Taro · Augsburg

Bersch, Anton · Bad Kreuznach

Diaremes, Panagiotis · Mainz

Fischer, Eric · Augsburg

Franke Dr. med., Konrad · Magdeburg

Hagemann Dr. med., Lars · Hannover

Holub Dr. med., Oliver · Neusäß

Lautenbacher Dr. med., Martin · Berlin

Mayer Dr. med., Alexander · Wiesbaden

Merklein Dr. med., Frank · Wertheim

Noga, Juliane · Frankfurt a. M.

Radelhof Dr. med., Axel · Hamburg

Rzepka, Daniel · Heidelberg

Sauer Dr. med., Bettina · Leipzig

Schröder Dr. med., Katrin · Kaiserslautern

Schurr, Ruben · Berlin

Schwan Dr. med., Andreas · Hohwald

Schwienbacher Dr. med., Stefan · Tübingen

Weckesser Dr. med., Andrea · Karlsruhe

Winter, Alexander · Osnabrück

75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie!

Prof. Dr. Tim Pohlemann

Wieder gibt es ein kleines Jubiläum zu feiern! Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 25. bis 28. Oktober 2011 wird auch die 75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie abgehalten. Schnelle Rechner werden sich fragen: Wie kann sich das bei einem Gründungsjahr 1922 ergeben? Die Jahrestagungen 1923, 1925, 1928, 1931, 1938 und 1940 bis 1949 mussten aus verschiedenen, nicht zuletzt politischen Gründen, ausfallen.

Noch etwas mehr Statistik für Liebhaber: Derzeit amtiert der 71. Präsident der

Gesellschaft, unser Gründungspräsident Hans Liniger amtierte nämlich von 1922 bis 1929. Die Wurzeln der Zusammenkünfte reichen aber noch weiter zurück. Schon 1894 bis 1900 hielt die „Abtheilung für Unfallheilkunde und gerichtliche Medicin“ im Rahmen der Versammlungen der Gesellschaft der Deutschen Naturforscher und Ärzte Zusammenkünfte ab. Diese Sitzungen wurden dann, gegen den Widerstand Carl Thiems, Cottbus von Seiten der Gesellschaft eingestellt. Als Grund hierfür wurde angegeben, die Versammlungen wären zu groß geworden. Etwa 100 Personen nahmen dann am 23. September 1922 an der 1. Jahres-

versammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin in Leipzig teil.

Früh wurden schon internationale Kongresse abgehalten, der erste 1905 in Lüttich, der dritte, unter maßgeblicher Beteiligung Linigers und Thiems, 1912 in Düsseldorf. Der erste Kongress nach dem Kriege wurde 1950 in Bochum (Bergbaumuseum, Präsident Prof. Dr. Heinrich Bürkle de la Camp) veranstaltet. Einen internationalen Rahmen wählte man 1972, 1975, 1979, 1983, 1987, 1991 jeweils im Format der „Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Unfalltagungen“.



Teilnehmer der 4. Jahrestagung 1927 in Nürnberg, wahrscheinlich Mitglieder des Präsidiums der Gesellschaft: 1) Prof. Dr. Vulpius, Heidelberg; 2) Prof. Dr. Reichardt, Würzburg; 3) Prof. Dr. Liniger, Frankfurt/Main; 4) Sanitätsrat Dr. Joseph, Berlin; 5) Sanitätsrat Dr. Jottkowitz, Berlin; 6) Oberarzt Dr. Kühne, leitender Arzt am Städtischen Krankenhaus, Cottbus; 7) Direktor Dr. Hörnig, Allianz, Berlin; 8) Prof. Dr. zur Verth, Hamburg; 9) Dr. Lorenz Böhrer, Wien

Fotos: DGU-Archiv



Hans Liniger, Präsident der DGU von 1922 bis 1929



Carl Thiem, Mitbegründer der Monatsschrift für Unfallheilkunde und der Abteilung Unfallheilkunde in der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte



Heinrich Bürkle de la Camp, Präsident 1950

Seit 1973 ist Berlin ständiger Austragungsort. Allerdings auch hier mit einer Ausnahme: Im Jahr 2000 erfolgte die Zusammenkunft als internationale Veranstaltung (Präsident Haas, Berlin), gemeinsam mit der European Trauma Society (Präsident Tscherne, Hannover) unter dem Namen „Trauma 2000, 4. Europäischer Unfallkongress/64. Jahrestagung der DGU“ in Hannover. Anlass war die parallel in Hannover erstmalig in Deutschland veranstaltete „World EXPO 2000“. Aus der ETS hat sich dann später

die heutige European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) entwickelt, auch dieses Jahr eine der kooperierenden Europäischen Gesellschaften (Präsident 2011 Marzi, Frankfurt).

Trotz aller Zahlenspielerien ist es, hoffentlich nicht nur für uns, immer wieder interessant, sich auf seine Wurzeln zu besinnen und heutige Entwicklungen mit den Notwendigkeiten historischer Entscheidungen zu vergleichen. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen einen an-

regenden und erfolgreichen Besuch des DKOU 2011 – mit der 75. Jahrestagung der DGU.



Prof. Dr. Tim Pohlemann ist diesjähriger Präsident der DGU.

Bericht der AG Rechnergestütztes Operieren

Prof. Dr. Paul Alfred Grützner

Die AG Rechnergestütztes Operieren (AGROP) befindet sich in einer Phase der Neuausrichtung. Dies hängt zum einen mit dem geplanten Zusammengehen mit der AG 8 Computerassistierte Orthopädische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zusammen, aber auch mit neueren technischen und finanziellen Entwicklungen.

Die Verbreitung der Navigation in der Unfallchirurgie und Orthopädie stagniert zur Zeit. Gründe hierfür sind neben den recht hohen Anschaffungskosten für die Geräte der oft zusätzliche Zeitaufwand infolge nicht intuitiver Bedienbarkeit und der bisher wissenschaftlich kaum nachgewiesene Benefit für unsere Patienten. Eine praxis- und problemorientierte Weiterentwicklung der Systeme ist erforderlich. Einfache, praktischere und kostengünstigere Anwendungen sind gefragt, um die weitere Verbreitung zu begünstigen, so zum Beispiel Applikationen für bereits bestehende Bildwandler-Systeme. Auf diesem Gebiet deuten sich interessante Neuerungen an.

Eine internationale Multicenter-Studie zur virtuellen intraoperativen Implantatpositionierung befindet sich unter Beteiligung von Einrichtungen von AG-Mitgliedern am Ende der Planungsphase und wird in Kürze beginnen.

Auch auf dem Gebiet der intraoperativen Bildgebung geht die Entwicklung weiter.

Neben angekündigten Vereinfachungen der Bedienbarkeit, welche in der kommenden Generation der 3D-Bildwandler realisiert sein sollen, verspricht die Flat-Panel-Technologie eine höherwertige Visualisierung bei größerem Bildausschnitt. Die Bearbeitung des Rohdatensatzes mit Anfertigung von mutiplanaren Rekonstruktionen in den Standardebenen ist Voraussetzung für eine korrekte Befundung.

Ein weiteres größeres Forschungsprojekt einer Mitgliedsklinik der AG befasst sich mit der Automatisierung der Erstellung der Rekonstruktionen und Unterstützung des Anwenders bei der Befundung und befindet sich ebenfalls am Ende der Planungsphase.

Der bereits im Frühjahr geplante Zusammenschluss mit der AG Computerassistierte Orthopädische Chirurgie der DGOOC zu einer Arbeitsgemeinschaft der DGOU musste wegen der niedrigen Beteiligung der Mitglieder am letzten Businessmeeting (aufgrund zahlreicher terminlicher Überschneidungen) aufgeschoben werden. Stattdessen wurde dort intensiv über die Namensgebung der neuen AG diskutiert.

Den skizzierten neuen Entwicklungen soll auch bei der Namensgebung der Arbeitsgemeinschaft der DGOU Rechnung getragen werden. Die Leitung der AGROP schlägt in Übereinstimmung mit dem Leiter der AG Computerassistierte Orthopädische Chirurgie der DGOOC, Prof. Dr. Rolf Haaker, den Namen AGiTEC (Arbeits-

gemeinschaft Intraoperative Bildgebung und Technologie-Integration) vor. Wir beabsichtigen, diesen Vorschlag beim nächsten gemeinsamen Businessmeeting (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, 25. Oktober 2011, 14.30 bis 16 Uhr) zur Abstimmung zu bringen und damit die Gründung der neuen DGOU-AG zu vervollständigen. Nach dieser konstituierenden Sitzung werden die bisherigen AGs in der DGU beziehungsweise DGOOC ruhen. Alle Mitglieder sind aufgerufen, selbst Namensvorschläge einzubringen und sich aktiv an der Gestaltung der neuen AG zu beteiligen. Weitere Themen des Businessmeetings werden die Organisation und Ortswahl zukünftiger Meetings, Bündelung der wissenschaftlichen Aktivitäten und die Erstellung von Schulungskonzepten sein. Außerdem steht erneut die Problematik zur Diskussion, dass das stationäre Vergütungssystem keine Rückfinanzierung der bildgeführten Chirurgie und der intraoperativen Bildgebung vorsieht.

Inhalt der wissenschaftlichen Sitzung der AGROP im Rahmen des DKOU 2011 sind Hüfte und Becken unter dem Titel „Update rechnergestützte OP-Verfahren“.



Prof. Dr. Paul Alfred Grützner, Direktor der BG-Unfallklinik Ludwigshafen, leitet die AG Rechnergestütztes Operieren der DGU.
Kontakt:
cwaizenegger@bgu-ludwigshafen.de

Forschung in der Unfallchirurgie: Grundlagenforschung und translationale klinische Forschung

Prof. Dr. Ingo Marzi

Grundlagenforschung ist im Allgemeinen interdisziplinär mit zielgerichteter Kooperation für das jeweilige Forschungsziel. Die Themen der Grundlagenforschung für die Unfallchirurgie sind mannigfaltig und beinhalten die Gewebe-, Knorpel- und Knochenpathophysiologie, die Biomechanik, die systemischen Schock- und Sepsismechanismen neben zahlreichen weiteren Aspekten. Diese interdisziplinäre Forschung hat sich in den letzten Jahren in der Unfallchirurgie breiter professionell aufgestellt und arbeitet lokal, national und international mit anderen Forschungseinrichtungen zusammen. Dieser Shift von der ‚neben tätigen‘ zur professionellen Forschung ist mittlerweile auch durch Etablierung eigener oder interdisziplinärer chirurgischer oder unfallchirurgisch/orthopädischer Forschungsprofessuren klar zu erkennen. Diese Grundstruktur mit Forschungslaboren, die eng und durch personellen Austausch mit den Kliniken verstärkt werden können, bildet die Grundlage für die akademische Weiterentwicklung des Faches im Hinblick auf die wissenschaftliche Karriereentwicklung und eine hohe internationale Reputation.

Ein zweiter Aspekt dieser Professionalisierung ist die Entwicklung in der translationalen klinischen Forschung, die wesentliche und oft entscheidende Schnittstelle zur Verbesserung der klinischen Medizin. Gerade diese Schnittstelle kann von den unfallchirurgischen und orthopädischen Kliniken mit einem soliden Patientenaufkommen für Studien über die verschiedensten Verletzungsformen oder Erkrankungen effektiv genutzt werden, sofern sie gut geplant und in den klinischen Alltag implementiert werden. Die translationale Forschung erlaubt es, über eine gute Abstimmung Innovationen hervorzubringen, auf die reine ‚Laborforscher‘ oft nicht kommen. Die solide, innovative und zeitnahe Umsetzung bedarf jedoch auch einer klinischen Forschungs-

kultur, regelmäßiger Meetings mit allen Beteiligten, des Verständnisses für sorgfältige Planung sowie des entsprechenden, ständigen Nachdrucks der Klinikdirektoren. Nur so kann verhindert werden, dass diese Aspekte gegenüber den meist ökonomischen klinischen Prioritäten nicht ins Hintertreffen geraten. Neben dem Willen zur klinischen Forschung, einer guten Formulierung von Hypothesen und der Berücksichtigung der in der eigenen Klinik anfallenden häufigen Krankheitsbilder ist auch eine fundierte Ausbildung notwendig. Ein Baustein dieser Expertise ist die Qualifikation zum Prüfarzt mithilfe von Kursen, die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), aber auch von anderen unfallchirurgisch/orthopädischen Organisationen (Studienzentralen, Sektion Chirurgische Forschung, AFOR, Universitäten, privaten Firmen) angeboten werden.

Die Grundlagenforschung in Unfallchirurgie und Orthopädie wurde im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2010 erfolgreich in der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V. zusammengeführt und erlaubt die interdisziplinäre Zusammenarbeit in allen relevanten Bereichen. In einer Perspektivtagung der Sektion unter Leitung von Prof. Windhagen und Prof. Marzi fand ein ausgesprochen aktives, engagiertes und Erfolg versprechendes Meeting in Münster am 16. Juni statt. Über 45 Wissenschaftler und Kliniker waren aktiv beteiligt, darunter die Leiter und Vertreter zahlreicher Forschungslabore in Unfallchirurgie und Orthopädie sowie wissenschaftlich engagierte Klinikdirektoren.

Ein übergreifendes Ziel der Sektion ist es, über eine enge Zusammenarbeit mit den Gremien von DGOU, DGU und DGOOC gemeinsame forschungspolitische Inhalte zu definieren, um diese dann mit

großer Geschlossenheit voranzutreiben. Interessante Schlüsselreferate beim Perspektivtreffen, beispielsweise von Prof. Madry, Homburg, Prof. Pap, Münster und Frau Prof. Ignatius, Ulm, haben deutlich aufgezeigt, wie notwendig die Herausarbeitung weniger, aber klar definierter und von allen getragener Wissenschaftsziele ist, um diese dann wissenschaftspolitisch zu positionieren.

Die inhaltliche Arbeit der Sektion findet überwiegend in den Netzwerken statt: dem Netzwerk NRO, dem MSB-Net sowie dem aus dem Netzwerk Experimentelle Unfallchirurgie (NEU) hervorgegangenen Netzwerk Traumforschung (NTF). Durch die verstärkten Kooperationen der Forscher mit unfallchirurgischer und/oder orthopädischer Anbindung stehen die Netzwerke nun noch kompetenter da und werden die Forschungsleistung der DGOU noch weiter intensivieren. Eine Konzertierung und damit Stärkung der Forschung wird nur durch die gemeinsame zukünftige Etablierung größerer Forschungsverbünde gelingen.

Die Netzwerke werden im Folgenden dargestellt mit Themendarstellung und Ansprechpartnern. Es soll nochmals explizit betont werden, dass sich die interessierenden Kolleginnen und Kollegen unmittelbar an die Netzwerksprecher wenden können, um sich thematisch aktiv einzubringen und von den Kooperationen zu profitieren. Konkret ist die Zelltherapie von Knorpel- und Knochenzellen beispielsweise im NRO-Net zusammengefasst, die Biomechanik im MSB-Net und die Weichteil-, Wund- und Schockforschung im NTF. In allen Bereichen sind translationale Forschungsprojekte etabliert oder vorgesehen, um auch diese klinische Forschung mit einzubeziehen.

Die Versorgungsforschung und die klinisch-lokalisationsbezogene Forschung

ist außerhalb der Sektion Grundlagenforschung der DGOU in den AGs beziehungsweise klinischen Sektionen zu sehen. Für einzelne Fragestellungen sind jedoch sicher Interaktionen gewünscht, vor allem im translationalen Bereich.

Netzwerke der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V.

Netzwerk Traumaforschung (NTF) der DGOU

Sprecher: Prof. Dr. M. Huber-Lang, Ulm, Kontakt: markus.huber-lang@uniklinik-ulm.de; simone.welle@uniklinik-ulm.de

Stellvertretende Sprecherin:

PD Dr. S. Flohé, Essen, Kontakt: stefanie.flohe@uk-essen.de

Anzahl der Mitglieder bzw. Labore: 30

Bearbeitete Themenbereiche:

- 1) Fraktur: Pathophysiologie und Modulation der Frakturheilung
- 2) Polytrauma: Erforschung der Pathophysiologie, Monitoring und Interventionsmöglichkeiten nach Polytrauma
- 3) Posttraumatische Entzündungsantwort: Veränderungen des angeborenen und erworbenen Immunsystems nach Trauma
- 4) Schock: Pathophysiologie und Therapie des Schockgeschehens nach Trauma

Vom 24. bis 26. Februar 2011 fand ein erstes Treffen des neu gegründeten „Netzwerk Traumaforschung“ der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V. auf der Reissbühl, Günzburg, statt. Vertreter von zahlreichen traumatologisch ausgerichteten Instituten und Universitätskliniken in Deutschland präsentierten ihre Forschungsschwerpunkte. Insgesamt zeigte sich, dass die meisten Forschungsschwerpunkte des Netzwerkes auf der Organ- und Zellebene mit Fokus auf Fraktur, Polytrauma, Inflammation und Schock liegen. Dagegen war die Erforschung der Alterstraumatologie, des Schädel-Hirn-Traumas, der Ischämie/Reperfusion sowie der Sepsis eher spärlich vertreten. Auch gibt es offensichtlich in diesem Bereich kaum Patiententherapiestudien. Es wurde eine aktuelle Methodenmatrix der ursprünglich von Prof. Neugebauer entwickelten Methodenmatrix der einzelnen Forschergruppen erstellt, die nun den Netzwerkern elekt-

ronisch zur Verfügung steht (Anfrage an simone.welle@uniklinik-ulm.de).

Ferner werden derzeit „Standard Operation Procedures“ (SOPs) für die Entnahme und Lagerung von Wundflüssigkeiten sowie die Serumgewinnung von Polytraumapatienten zwecks Aufbau einer zukünftigen „gemeinsamen dezentralen Polytrauma-Serenbank“ erstellt. Die SOPs sollen in einem eigenen Treffen auf dem DKOU 2011 vorgestellt und adjustiert werden. Dabei sollen nach Einholen der entsprechenden lokalen Ethikvoten unter standardisierten Bedingungen Serumproben von einem definierten Patientenkollektiv zu definierten Zeiträumen abgenommen und lokal gelagert werden. Nach entsprechendem Antrag sollten diese in Kooperationsprojekten zur Verfügung gestellt werden können.

Eine gezielte Nachwuchsförderung ist essenziell und als Kristallisationspunkt von zukünftiger nachhaltiger Vernetzung unabdingbar. Daher wird ein vierwöchiger „Start-up-Nachwuchsgrant“ im Rahmen des „Netzwerks Traumaforschung“ im Konsens durch die Netzwerkteilnehmer befürwortet, der es Nachwuchswissenschaftlern/innen ermöglichen soll, in einem deutschen Kollaborationslabor des Netzwerkes gezielt neue Methoden und eine klar umrissene Fragestellung auf dem Sektor der Traumaforschung zu bearbeiten.

Erklärtes mittelfristiges Ziel des „Netzwerks Traumaforschung“ ist es, eine mit Publikationen belegte Vernetzung zu erreichen, gemeinsame Hypothesen zu generieren und gemeinsame Forschungsanträge zu formulieren. Aufgrund der Vielfältigkeit der Forschungsschwerpunkte der einzelnen Arbeitsgruppen sind unterschiedliche Teambildungen innerhalb des gemeinsamen Netzwerkes denkbar, die jedoch nicht exklusive zu verstehen sind. Die so gebündelten Forschungsaktivitäten sollen langfristig, international konkurrenzfähig klinisch relevante Fragen der Traumaforschung klären. Dabei ist die Nachwuchsforschung und Vereinbarkeit von Forschung und Chirurgie im Alltag ein wesentlicher Aspekt des neuen Netzwerkes.

Termin: Das nächste Treffen findet im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie am 27. Oktober 2011 von 16.30 bis 18 Uhr im Sa-

lon Stephan statt. Das nächste NTF-Treffen findet am 2. und 3. Februar 2012 in Frankfurt statt. Dort wird der Fokus auf der Präsentation wichtiger wissenschaftlicher Erkenntnisse der Forschungsgruppen und der Verwirklichung erster Kooperationen liegen. Im Rahmen dieses Treffens sollen gemeinsame Hypothesen formuliert werden, die die Basis einer gemeinsamen Antragstellung bilden sollen. Rückfragen an markus.huber-lang@uniklinik-ulm.de und stefanie.flohe@uk-essen.de

Netzwerk Regenerative Orthopädie: NRO

Das Netzwerk ist an die Sektion für Grundlagenforschung der DGOU angegliedert und wurde 2005 gegründet.

Sprecherin: Prof. Dr. Susanne Grässel

Kontakt: Orthopädische Klinik, Universität Regensburg, ZMB /BioPark 1, Josef-Engert-Str. 9, 93053 Regensburg

Stellvertretender Sprecher: Prof. Dr. Norbert Schütze

Die Anzahl der eingebundenen Labore ist variabel und Interessensbasiert, da kein offizieller Mitgliedschaftsantrag zu stellen ist. Laborstandorte sind: Bonn, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt, Gießen, Greifswald, Halle, Hannover, Homburg/Saar, Heidelberg, Jena, Leipzig, Mannheim, Marburg, TU /LMU München, Münster, Regensburg, Rostock, Tübingen, Ulm, Würzburg. Momentan läuft die 2. Rezertifizierungsrunde, bis März 2011 waren elf Labore positiv als Netzwerklabor zertifiziert.

Forschungsschwerpunkte der interessierten Labore:

- Tissue-Engineering von Knorpel/Knochen/Meniskus/Sehnen
- Stammzellendifferenzierung und Einsatz von Stammzellen für die Knorpel- und Knochenregeneration
- Re- und Dedifferenzierung von artikulären Chondrozyten
- Knochen- und Knorpeltumorigenese
- Optimierung und Einsatz von Knorpel-Knochenersatzstoffen
- Signalfaktoren im Zusammenhang mit der Geweberegeneration
- Tiermodelle für Knorpel- und Knochenregeneration: transgene Mäuse, Ratten, Kaninchen, Großtiere
- Gentherapie zur Heilung von artikulären Knorpeldefekten mittels MSC und Chondrozyten
- Molekulares Imaging

Aus den Verbänden

Aktivitäten:

- Fortbildung/ Ausbildung junger Nachwuchswissenschaftler
- Wissenschaftlicher Informationsaustausch innerhalb des Netzwerkes
- Zertifizierungen von Netzwerklaboren
- Erarbeitung von Antragskonzepten zur Bildung von Forschergruppen und Verbänden (mittelfristig) oder Schwerpunktprogrammen (langfristig)
- Kooperation mit anderen fachspezifischen Forschungsnetzwerken

Termin: Das nächste NRO-Treffen findet während des DKOU am 26. Oktober von 16 bis 17.30 Uhr im Salon Koch im ICC Berlin statt.

Netzwerk Muskuloskelettale Biomechanik: MSB-Net

Das Netzwerk für Muskuloskelettale Biomechanik, kurz MSB-Net, ist eine Plattform, auf der Forscher, Kliniker und vor allem Nachwuchsforscher, die sich für das Thema Biomechanik interessieren, zusammenarbeiten, sich treffen und austauschen können. Die Sprecher des Netzwerkes werden alle zwei Jahre gewählt.

Sprecher: PD Dr.-Ing. Christof Hurschler (Sprecher MSB-Net), Hannover, Kontakt: Christof.Hurschler@ddh-gruppe.de

Prof. Dr. Dipl.-Ing. Rainer Bader (1. Stellvertreter), Rostock, Kontakt: rainer.bader@med.uni-rostock.de

Dr. sc. hum. J. Philippe Kretzer (2. Stellvertreter); Heidelberg, Kontakt: philippe.kretzer@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Markus Schwarz, Mannheim, war Sprecher des MSB-Net bis Juni 2011, Kontakt: markus.schwarz@medma.uni-heidelberg.de

Anzahl der Labore: Knapp 30

Die regelmäßigen Netzwerktreffen finden seit der Gründung des Netzwerkes 2005 zweimal im Jahr an den verschiedenen Standorten der MSB-Net-Labore statt. Unter dem Begriff muskuloskelettale Biomechanik werden innerhalb des MSB-Net einige Themenbereiche intensiver behandelt. Dazu hat sich das MSB-Net in Themen-Cluster organisiert, um die Inhalte effektiver zu bearbeiten. Die Clusterstruktur, die sich im Netzwerk entwickelt hat, ist eine offene (freiwillige) Vereinigung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die beliebig erweitert werden kann, sowohl in der Zahl der Cluster als auch in der Anzahl der Teilnehmer. Die Teilnehmer des MSB-Net folgen damit der Überzeugung, dass komplexe Forschungsthemen nur mit mehreren Partnern bearbeitet werden können und wir dadurch besser für den internationalen Vergleich aufgestellt sind. Gemeinsame Ziele der Cluster sind die Bearbeitung von aktuellen Forschungsthemen und die Vorbereitung gemeinsamer Antragstellungen. Es können Antragsinitiativen aus den Clustern heraus gestartet werden, oder es kann zeitnah auf Ausschreibungen und Förderinitiativen vor allem von Seiten der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Europäischen Union (EU) zu entsprechenden Themen mit Anträgen eingegangen werden.

Es existieren momentan folgende vier Cluster:

- Biomechanische Charakterisierung von TE-Gewebe
PD Dr.-Ing. Christof Hurschler
- Numerische Simulation
PD Dr.-Ing. Marcus Stoffel
- Bewegungsanalyse
Dr.-Ing. Klaus Sander und
Dr. rer. biol. hum. Frank Seehaus
- Tribologie
Dr. sc. hum. J. Philippe Kretzer

Die Cluster werden von jeweils ein bis zwei Koordinatoren geführt, Clustertreffen werden regelmäßig im Rahmen der Netzwerktreffen, aber auch bei Bedarf zusätzlich abgehalten. Sie werden dokumentiert und die Ergebnisse kommuniziert. Weitere Cluster können jederzeit neu und entsprechend der Bedürfnisse der Forschungslandschaft und der vorhandenen Kompetenzen gegründet werden.

Termin: Das nächste MSB-Treffen findet am Dienstag, den 25. Oktober 2011, im Rahmen des diesjährigen DKOU statt. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Es verbleibt, auf die enorme und zukunftsorientierte Bedeutung der Sektion Grundlagenforschung und ihrer Netzwerkstrukturen hinzuweisen mit dem Ansporn, dass sich möglichst alle forschungsaktiven Mitglieder, Laborleiter und Klinikdirektoren als Mitglieder in der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V. anmelden. Der Mitgliedsbeitrag von 20 Euro jährlich dürfte zu verkraften sein.



Prof. Dr. Ingo Marzi, Frankfurt, leitet den Wissenschaftsausschuss der DGOU und ist 2. Präsident der Sektion Grundlagenforschung der DGOU. **Kontakt:** marzi@trauma.uni-frankfurt.de

Werden Sie Mitglied

Den Antrag finden Sie unter:
www.ortho-platform.de/grundlagenforschung/mitgliedsantrag.shtml

Bericht der Leitlinienkommission

Prof. Dr. Klaus Michael Stürmer

Die Leitlinienkommission der DGU erarbeitet ihre neuen Leitlinien auf drei verschiedenen Wegen:

- Leitlinien der DGU-/ÖGU-Leitlinienkommission plus Experten der DGOOC
- Leitlinien der DGU unter Federführung ihrer Sektionen und AGs plus ÖGU & DGOOC
- Interdisziplinäre Leitlinien mit anderen Fachgesellschaften (möglichst S3-Niveau)

Die Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. ist seit Jahren auf allen Sitzungen der DGU-Leitlinienkommission durch die Kollegen Kuderna und Leixnerer vertreten.

Die Leitlinienkommission arbeitet an Leitlinienprojekten nur bei Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien mit, die sie am 2. Juni 2009 aufgestellt und publiziert hat. Bei jeder neuen Leitlinie ist zu beachten, dass ein erheblicher zeitlicher und finanzieller Aufwand geschultert werden muss. Hinzu kommt, dass jede Leitlinie alle fünf Jahre überarbeitet werden muss, was in der Regel kaum weniger aufwändig ist als beim ersten Mal.

Über die Zusammenarbeit mit der Leitlinien-Kommission der DGOOC unter Leitung von Dr. Halder, Kremen, im Rahmen der DGOU wurde schon des Öfteren berichtet. Die Zusammenarbeit ist sehr gut und wir stehen im ständigen Kontakt. Alle laufenden Leitlinien-Projekte sind untereinander abgestimmt, wobei auf eine möglichst sinnvolle und pragmatische Arbeitsteilung geachtet wird. Es gab eine erfolgreiche gemeinsame Sitzung auf dem DKOU 2010 in Berlin.

Die interdisziplinäre Leitlinie „Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung“ (S3/Federführung DGU) ist jetzt nach zehn Jahren Arbeit fertig. In der Diskussion mit

den Vertretern der Anästhesie standen bis zum Schluss die Position des Traumaleaders im Schockraum und deren optimale Besetzung. Einigkeit besteht immerhin darin, dass ein Traumaleader erforderlich ist. Die Anästhesisten wollen aber nicht anerkennen, dass der Unfallchirurg auf Grund seiner Weiterbildung und Aufgabenstellung in der Regel auch der Traumaleader ist. Dieser Punkt wurde auf der DGU-Präsidiumssitzung im Mai in Zweibrücken kontrovers diskutiert und abschließend zu Gunsten einer offenen Formulierung entschieden.

Übersicht über die Arbeit der Leitlinien-Kommission

A. Leitlinien der DGU/ÖGU-Leitlinienkommission plus Experten der DGOOC

Aktuell in Arbeit:

- Oberarmkopffraktur
- Knieluxation (mit AG-Arthroskopie)
- Patellaluxation (mit AG-Arthroskopie)

Geplante Projekte:

- Claviculafraktur
- AC-Gelenkssprengung
- Oberarmschaftfraktur
- Ellbogenfraktur einschließlich Bandverletzungen
- Unterarmfraktur
- Femurschaftfrakturen
- Tibiakopffraktur

B. Leitlinien der DGU unter Federführung ihrer Sektionen und AGs plus DGOOC

Aktuell in Arbeit:

- Unterarmfraktur beim Kind (Sektion Kindertraumatologie & DGKC)
- Außenbandruptur am OSG (AG-Fuß)

Geplante Projekte:

- Fingerletzungen (Sektion Handchirurgie)

- Verletzungen von BWS und LWS (AG Wirbelsäule)
- Beckenringfrakturen (AG Becken)
- Acetabulumfrakturen (AG Becken)
- Talusfraktur (AG Fuß)
- Calcaneusfraktur (AG Fuß)
- Fußwurzelverletzungen (AG Fuß)
- C. Interdisziplinäre Leitlinien mit anderen Fachgesellschaften (möglichst S3-Niveau)

Aktuell in Arbeit:

- Schädelhirntrauma im Kindesalter (S2/Federführung GNPI)
- Intraartikuläre Frakturen des distalen Humerus im Kindesalter (S2/DGKC)
- Scaphoidfraktur (S3/Federführung DGU)
- Scaphoidpseudarthrose (S3/Federführung DGHC)
- Cubitaltunnelsyndrom (S3/Federführung DGHC)
- Karpaltunnelsyndrom – Novellierung (S3/Federführung DGHC)
- Schädelhirntrauma im Erwachsenenalter – Novellierung (S2/DGNC)
- Skoliose-Rehabilitation (S1/S2 Federführung DGOOC)

Abgeschlossene Leitlinien:

- Thromboembolieprophylaxe (S3/Federführung AWMF)
- Osteoporose (S3/Federführung DVO)
- Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung (S3/Federführung DGU)



Prof. Dr. Klaus Michael Stürmer, Göttingen, leitet die Leitlinienkommission der DGU. **Kontakt:** ms.unfallchirurgie@med.uni-goettingen.de

Bericht des Programmausschusses

Prof. Dr. Florian Gebhard

Der Programmausschuss verfolgt seit drei Jahren zwei Hauptaufgabengebiete:

- die Betreuung des wissenschaftlichen Programms der DGU auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie;
- die Betreuung der Arbeitsgemeinschaften.

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Vor zwei Jahren wurde erstmals die Programmgestaltung auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) neu definiert. Die Grundannahme hierbei war, dass bei den Besuchern der Jahrestagung der DGCH in erster Linie Weiterbildungsinhalte gefragt sind, da dort vornehmlich allgemeine Chirurgen oder Chirurgen, die mehrere Fachgebiete abdecken müssen, als Besucher kommen. Diese wollen sich einfach informieren und auf den neuesten Stand der Versorgungstechniken gebracht werden. Entsprechende Schwerpunktthemen wurden definiert, 2010 etwa „Die untere Extremität“, 2011 „Die obere Extremität“. Im folgenden Jahr wird es „Wirbelsäule, Becken und Acetabulum“ sein. Zusätzlich ist jedes Jahr die Kategorie „Infektionen und Mehrfachverletzungen“ als Programminhalt vertreten.

Es konnten drei Tage unfallchirurgisches und orthopädisches Programm mit je einem Saal definiert werden. Dabei werden die drei zur Verfügung stehenden Tage mit jeweils einem durchlaufenden Saal hälftig zwischen der DGU und der DGOOC verteilt. Dies hat sich bis jetzt hervorragend bewährt und findet seine Anerkennung durch höhere Besucherzahlen der Sitzungen als in früheren Jahren. Geplant ist, im vierten Jahr die Thematik wieder von vorne aufzurollen.

Arbeitsgemeinschaften der DGU

Neben den seit Jahren gepflegten Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaften steht in den letzten Jahren vor allem die Prüfung von Kooperationsmöglichkeiten mit Arbeitsgemeinschaften und Sektionen der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) im Vordergrund, um – wenn möglich – gemeinsam unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) eine starke Arbeitsgemeinschaft oder Sektion zu bilden.

Vereinbarungsgemäß wurde festgelegt, dass im Falle eines Zusammengehens einer Arbeitsgemeinschaft der DGU mit einer Arbeitsgemeinschaft der DGOOC – unabhängig von ihrer Struktur (Sektion oder Arbeitsgemeinschaft) – die Arbeitsgemeinschaften im Bereich der DGU als „ruhend“ bestehen bleiben, so dass weiterhin Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende bestimmt werden müssen.

Im Folgenden gebe ich einen kurzen Überblick über die derzeitigen Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaften:

AG für Alterstraumatologie

Die Arbeitsgemeinschaft fungiert unter einer neuen Leitung von Prof. Hartwig, Karlsruhe, und Prof. Liener, Stuttgart. Der Leitungswechsel führte zu einer Neuerung von Arbeitskreisen, die sich mit der Versorgungsstruktur, der Wirbelsäule im Alter sowie der Revisionsprothetik befassen. Großer Schwerpunkt ist der geplante Zertifizierungsprozess von Alterstraumazentren.

AG Arthroskopische Chirurgie

Die Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopische Chirurgie unter der Leitung von Prof. Lill, Hannover, und Prof. Frosch, Hamburg, hat den Zusammenschluss mit der Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA) vollzogen und arbeitet dort als sogenanntes Komitee „Trauma“ weiter. Die Arbeitsgemeinschaft in der DGU ruht.

AG Becken

Die Arbeitsgemeinschaft wird geleitet von PD Culemann, Homburg/Saar, und PD Stuby, Tübingen. Die Arbeitsgemeinschaft führt erfolgreich die Beckenstudie

mit derzeit 25 aktiven Kliniken durch. Der Fragebogen für das Register wurde inzwischen überarbeitet. Ziel ist, das Register auf eine europäische Ebene zu überführen, da schon jetzt ausländische Krankenhäuser daran teilnehmen. Eine vergleichbare Gruppe in der DGOOC konnte nicht identifiziert werden.

AG Fort- und Weiterbildung

Die Arbeitsgemeinschaft Fort- und Weiterbildung wird geleitet von Prof. Mutschler, München, und hat ihren Schwerpunkt in dem erfolgreichen Weiterbildungscurriculum der DGOU „Fit after eight“, bestehend aus acht Modulen.

AG Fuß

Diese Arbeitsgemeinschaft wird geleitet von Prof. Mittlmeier, Rostock, und PD Rammelt, Dresden. Die AG Fuß der DGU besetzt den Schwerpunkt Trauma in der DAF. Die Aktivitäten werden unverändert vorgeführt.

AG Geschichte der Unfallchirurgie

Die Arbeitsgemeinschaft Geschichte der Unfallchirurgie wird von Prof. Probst, Murnau, geleitet, bereitet die jährliche Nominierung der G.-F.-L.-Stromeyer-Medaille vor, und kümmert sich um die biographische Aufarbeitung der unfallchirurgischen Geschichte. Die Arbeitsgemeinschaft würde aktive Mitstreiter begrüßen.

AG Klinische Geweberegeneration

Die Arbeitsgemeinschaft Klinische Geweberegeneration (vormals: „AG Gewebersatz und Geweberegeneration“) wird von PD Albrecht, Tübingen, und in ihrer Eigenschaft als DGOU-Sektion von Dr. Fritz, Rottenburg, geleitet. Ein Antrag auf Umbenennung (s.o.) wurde gestellt und positiv beschieden. Die Arbeitsgemeinschaft ist aktiv in der Bearbeitung von Standardisierungen der Therapieverfahren und hat eine Themenerweiterung um Stammzelltherapie durchgeführt.

AG für Osteologie

Die Arbeitsgemeinschaft für Osteologie wird von Prof. Rueger, Hamburg, und Prof. Schieker, München, geleitet. Die Arbeitsgemeinschaft gestaltet gemeinsam mit der Sektion Osteologie der DGOOC auf dem DKOU-Kongress regelmäßig Sitzungen. Darüber hinaus ist die Arbeitsgemeinschaft aktiv in der DVO vertreten und stellt damit ein starkes Standbein für die Unfallchirurgie in dieser Vereinigung dar. Ein Zusammengehen mit der Sektion Osteologie der DGOOC ist derzeit nicht geplant, um einerseits der leicht unterschiedlichen Ausrichtung Rechnung zu tragen, und andererseits die Wahrnehmung der Osteologie in beiden Fachgesellschaften und nach außen zu stärken.

AG Prävention

Die Arbeitsgemeinschaft wird von PD Haasper, Hannover, und Dr. Schmucker, Greifswald, geleitet. Diese Arbeitsgemeinschaft bearbeitet regelmäßig Presseanfragen an die DGU, betreibt einen Stand auf dem DKOU und engagiert sich international, zum Beispiel auf der SICOT. Zusammenarbeit mit der Sektion Prävention DGU besteht. Schwerpunkt der Arbeitsgemeinschaft wird auch die Unterstützung der WHO Decade of Action for Road Safety sein.

AG Rechnergestütztes Operieren

Die Arbeitsgemeinschaft wird von Prof. Grützner, Ludwigshafen, und Prof. Hüfner, Hannover, geleitet. Ein Zusammenschluss mit der AG 8 der DGOOC als Arbeitsgemeinschaft der DGOU mit dem vorläufigen Titel AGiTEC (Arbeitsgemein-

schaft Intraoperative Bildgebung und Technologie Integration) ist geplant. Die Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft soll in Anlehnung an größere Kongresse in Zukunft erfolgen. Geplant ist ein Themen Erweiterungsbereich auch auf das Thema „Intraoperative Bildgebung“.

AG Septische und Rekonstruktive Chirurgie

Die Arbeitsgemeinschaft wird geleitet von Prof. Hoffmann, Halle/Jena, und Prof. Ascherl, Leipzig. Neben regelmäßiger publizatorischer Tätigkeit gestaltet die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftliche Sitzungen im Bereich DKOU und DGCH. Ein Pendant im Bereich der DGOU besteht nicht.

AG Sporttraumatologie

Die Arbeitsgemeinschaft wird von Prof. Bauer, Stuttgart, und Dr. Losch, Neumünster, geleitet. Die Arbeitsgemeinschaft ruht derzeit im Bereich der DGU und ist aktiv im Bereich der Sektion Sporttraumatologie der DGOU.

AG Ultraschall

Die Arbeitsgemeinschaft wird geleitet von Prof. Friemert, Ulm, und Prof. Tesch, Hamburg. Sie ist aktiv in der DEGUM, Sektion Chirurgie, als Arbeitsgemeinschaft Orthopädie und Unfallchirurgie der DEGUM. Sie führt regelmäßige Kurse und Fortbildungsveranstaltungen aus. Aktuell wurden die Mitgliederdatenbank aktualisiert, und neue Forschungsprojekte definiert. Weiterhin ist eine Darstellung der Kursaktivitäten der Arbeitsgemeinschaften im Bereich der Sektion Bildgebung der DGOU geplant.

AG Wirbelsäule

Die Arbeitsgemeinschaft wird geleitet von Prof. Knop, Stuttgart, und Prof. Kandziora, Frankfurt. Sie versteht sich als das Wirbelsäulenforum der DGU. Aufgabe ist auch die Vorstandsarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie. Es werden weiterhin Studien durchgeführt. Publikationen aus der Arbeitsgemeinschaft liegen ebenfalls vor. Es wurde der Antrag gestellt, eine Sektion Wirbelsäule der DGOU zu gründen. Der Antrag wurde eingereicht von Prof. Knop und Prof. Richter, Wiesbaden. Das Präsidium der DGU hat diesen Antrag befürwortet.

Mit diesem Überblick möchte der Programmausschuss zum Einen seine Tätigkeit darstellen, zum Anderen gleichzeitig allen Vorsitzenden und Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft danken für die hervorragenden Tätigkeiten, die Jahr für Jahr für unsere Fachgesellschaft vorgelegt werden.



Univ.-Prof. Dr. Florian Gebhard, Ulm, leitet den Programmausschuss der DGU. **Kontakt:** Silke.Kristl@uniklinik-ulm.de



Gaulrapp · Binder
**Grundkurs Sonografie
der Bewegungsorgane**
Urban & Fischer bei
Elsevier, 2011
79,95 Euro

Hervorragende Anleitung für die orthopädische Sonografie

Der Titel des Buches ist Programm und Versprechen, dem die Autoren absolut gerecht werden. Sie haben ihre Erfahrung als Sonografie-Lehrer der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) in ein klar strukturiertes Buch übertragen. Das Konzept und die konsequente Umsetzung sind bestechend – und meines Wissens in dieser Form bisher einzigartig. Auf jeweils einer Doppelseite wird ein Aspekt behandelt. Links zeigen sechs Abbildungen, wie das sonografische Schnittbild entsteht: Das erste Bild zeigt, wie der Untersucher den Schallkopf auf den Körper halten muss; in der nächsten Aufnahme wird die gleiche Schallkopfhaltung auf ein Skelett projiziert, dann folgt eine Skizze des Schallkopfes auf einer korrespondierenden Aufsicht oder ein Schnittbild aus

dem Anatomielehrbuch, wiederum direkt daneben beziehungsweise darunter das sonografische Schnittbild nativ und nochmals mit markierten anatomischen Strukturen. Auf der rechten Seite findet der Leser zu jeder Abbildung eine knappe und präzise Erläuterung. Das Layout ist übersichtlich und ansprechend, die Qualität der verwendeten Bilder ist ausgezeichnet. Dass dem Lektorat vereinzelt Fehler entgangen sind, schmälert den hervorragenden Gesamteindruck dieser Erstauflage nicht. Das Verhältnis von Preis und Ausstattung ist angemessen. **Fazit:** Rückhaltlose Empfehlung dieses didaktisch hervorragenden Buches zum Erlernen der Sonografie der Bewegungsorgane des Erwachsenen, zur Begleitung bei einem Kurs oder zur Rekapitulation für die erfahrenen Untersucher.

Norbert Müller, Zirndorf



Eckardt
**Praxis LWS-
Erkrankungen**
Springer Verlag, 2011
119,95 Euro

Empfehlenswertes Nachschlagewerk

Wahrscheinlich geht jeder von uns davon aus, sich mit den Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bestens auszukennen. Trotzdem schadet es sicher nicht, sich einen Überblick über den aktuellen Stand von Diagnostik und Therapie der LWS-Erkrankungen zu verschaffen. Interessant ist vor allem eine umfangreiche Übersicht über die aktuellen konservativen und operativen Behandlungsalternativen. Im konservativen Bereich werden die Evidenzgrade von physikalischen Maßnahmen, medikamentöse Therapieempfehlungen, alternative Verfahren und Außenseitermethoden bis hin zu psychosomatischen Aspekten dargestellt. Etwas ausführlicher werden die interventionellen Verfahren – verschiedene Injektionstechniken, Facettendenerivation, IDET- und Racz-Katheter – abgehandelt, erfreulicherweise auch hier mit kri-

tischer Würdigung der (teils zweifelhaften) Evidenzlage. Das Kapitel über die operativen Therapieverfahren zeigt den aktuellen Stand der Möglichkeiten – vom „Gold-Standard“ der mikrochirurgischen Nukleotomie beim Bandscheibenvorfall über fusionierende und dynamisch-stabilisierende Verfahren, minimalinvasive Optionen, neue endoskopische Techniken sowie interspinöse Distraktionsverfahren bis hin zum lumbalen Bandscheibenersatz. Den Abschluss bilden Hinweise zur Rehabilitation sowie zur Begutachtung. **Fazit:** Gut gemachtes Buch mit ausgewogenem Verhältnis von Text, Abbildungen und Tabellen. Wer sich zur Thematik umfassend informieren oder etwas nachschlagen will, findet darin sicher die Antwort, die er sucht.

Prof. Jobst-Henner Kühne, München



Rohen · Yokochi ·
Lütjen-Drecoll
**Anatomie des
Menschen**
Schattauer, 2011
89 Euro

Schlicht perfekt

Dieses weltweit in 20 Sprachen verbreitete Standardwerk wurde für die nun vorliegende 7. deutschsprachige Auflage erneut überarbeitet und ergänzt. Jedem Kapitel wurde eine kurze und präzise Einleitung vorangestellt. Mit dem Buch erwirbt der Käufer eine Lizenz zur Online-Version. Studenten profitieren so von einem interaktiven Lernprogramm, Dozenten können die Abbildungen des Buches kostenlos herunterladen und in Vorlesungen und Weiterbildungen verwenden. Die Qualität der anatomischen Präparate ist überragend, die Fotografien sind ausgezeichnet kontrastiert und ausgeleuchtet. Zusätzliche Skizzen und Schemata verhelfen zu mehr Überblick und Klarheit. Beigefügte Schnittbilder aus bildge-

benden Verfahren vermitteln Studenten, wie die dreidimensionale Anatomie in „zweidimensionales Schichten-Denken“ umzusetzen ist. Dass die Qualität der verwendeten MRT-Abbildungen nicht durchgängig den aktuellen technischen Möglichkeiten entspricht, stört bei diesem ansonsten schlicht als „perfekt“ zu bezeichnenden Anatomie-Buch nicht. Das Verhältnis von Preis und Ausstattung ist hervorragend. **Fazit:** Rückhaltlose Empfehlung für angehende und gestandene Ärzte zur topografisch-anatomischen Referenz – und für alle, die sich gelegentlich an der Ästhetik unserer Anatomie erfreuen wollen.

Norbert Müller, Zirndorf

EBM-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie



Zur Förderung der evidenzbasierten Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie schreibt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) den mit

5.000 Euro

dotierten EBM-Preis aus. Der Preis wird auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2012 für eine herausragende, wissenschaftliche Arbeit zu einer diagnostischen oder anwendungstechnischen, klinischen Studie mit hohem EBM-Niveau vergeben.

Die Arbeit muss als Vortragsanmeldung für den DKOU zusammen mit der Bewerbung für den EBM-Preis bei der DGOU-Geschäftsstelle eingereicht und als Vortrag akzeptiert worden sein. Die Jury entscheidet, welche der eingereichten Arbeiten für einen EBM-Kommentar beim Kongress in Frage kommen. Unter diesen wird der Preisträger während des Kongresses bestimmt. Anderweitig bereits ausgezeichnete Arbeiten oder Arbeiten, die zu einem anderen Preiswettbewerb angemeldet wurden, können nicht eingereicht werden. Der oder die Verfas-

ser der Arbeit haben schriftlich zu erklären, dass andere Personen, die nicht in der Autorenschaft genannt sind, nicht an der vorgelegten Arbeit mitgewirkt haben. Einsendeschluss ist der **15. Januar 2012**.

*DGOU Geschäftsstelle
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (030)2021 5480
Fax: (030)2021 5481
office@dgou.de
www.dgou.de*

DGOU-Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) schreibt für das Jahr 2012 den Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung aus. Der Preis ist mit

5.000 Euro

dotiert und wird von der Klinikgruppe Enzensberg gestiftet. Eingereicht werden können wissenschaftliche Arbeiten aus Klinik, Forschung und Praxis, die den Nutzen und Erfolg der Rehabilitation nach Verletzungen und Erkrankungen aus dem Gebiet Orthopädie und Unfall-

chirurgie untersuchen. Die eingereichte Arbeit kann in einer deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht oder in einem Manuskript niedergelegt sein. Bereits anderweitig ausgezeichnete Arbeiten oder solche, die sich aktuell in einem Preiswettbewerb befinden, können nicht eingereicht werden. Es ist eine entsprechende Erklärung beizufügen. Der Bewerbung sind jeweils fünf Exemplare der Arbeit sowie der Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse in deutscher Sprache beizufügen. Falls auch der Lebenslauf und/

oder das Publikationsverzeichnis eingereicht wird, bitte dies auch fünffach beilegen. Das Antragsschreiben muss die besondere Bedeutung der Arbeit für das Förderungsthema erläutern. Einsendeschluss ist der **31. Mai 2012**.

*DGOU Geschäftsstelle
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (030)2021 5480
Fax: (030)2021 5481
office@dgou.de
www.dgou.de*

Arthur-Vick-Preis 2012



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) schreibt 2012 zum 14. Mal den mit

5.000 Euro

dotierten Arthur-Vick-Preis zur Förderung von Nachwuchswissenschaftlern in der orthopädischen Rheumatologie aus. Eingereicht werden können Arbeiten zur

angewandten Forschung, beziehungsweise zur Therapie rheumatischer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt der orthopädischen Rheumatologie. Die Arbeiten sind einzureichen im Original und in fünf geblindeten Exemplaren, die keine Rückschlüsse auf die Autoren zulassen. Einsendeschluss ist der **31 April 2012**.

*Prof. Dr. Stefan Rehart
Präsident der DGORh
Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Markus-KH
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt a.M.
Rehart@fdk.info
www.orthopaedische-rheumatologie.de*

Reisestipendium der DGORh



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) schreibt auch 2012 ein Reisestipendium aus. Es ist mit

2.500 Euro

dotiert. Vorgesehen ist – bei einem Eigenanteil von 1.000 Euro – eine internationale Studienreise mit dem klinischen Schwerpunkt auf dem Gebiet der Orthopädischen Rheumatologie. Voraussetzungen für eine Bewerbung: orthopädische

AssistentInnen im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium oder FachärztInnen für Orthopädie, möglichst mit der Teilgebietsbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“, die sich mit dem Thema bereits beschäftigt haben. Die Erfahrungen aus dieser Studienreise sollen publiziert und im Rahmen der Mitgliederversammlung der DGORh vorgetragen werden. In der Bewerbung soll das mit der Reise angestrebte Ziel ebenso erläutert werden wie die geplante Verwendung der Mittel.

Einsendeschluss für die Bewerbung ist der **31. April 2012**.

*Prof. Dr. Stefan Rehart
Präsident der DGORh
Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Markus-KH
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt a.M.
Rehart@fdk.info
www.orthopaedische-rheumatologie.de*

Reisestipendium des Vereins Die Orthopädinnen



Die Orthopädinnen e.V.
Das Netzwerk

Erstmals schreibt der Verein Die Orthopädinnen ein Reisestipendium in Höhe von

1.000 Euro

aus. Damit soll eine 14tägige Reise zu orthopädischen und/oder unfallchirurgischen Zentren Europas unterstützt wer-

den. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Verein Die Orthopädinnen. Eine kurze Bewerbung mit Lebenslauf und Motivations schreiben sowie geplantem Reiseziel sollte an den Vorstand des Vereines gerichtet werden. Der Einsendeschluss ist der **31. Januar 2012**. Die Stipendiatinnen

dürfen ihre Reiseerlebnisse auf der 4. Jahrestagung am 10. November 2012 in Hamburg im Rahmen der Abendveranstaltung präsentieren.

*www.orthopaedinnen.org
kontakt@orthopaedinnen.org*



1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 79 74 44-51, -59,
Fax: (030) 79 74 44-57,
E-Mail: info@institut-ado.de.

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

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2011						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	28.11. – 03.12.2011	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel.: 030 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de	BVOU-Mitglieder: 590€, Nichtmitglieder: 790€	46

Kindertraumatologie für den D-Arzt						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Trauma	09. – 10.12.2011	Prof. Dr. Ekkernkamp	Akademie Deutscher Orthopäden Tel.: 030 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de	BVOU-Mitglieder: 190€, Nichtmitglieder: 240€	8

Kurse zum DKOU 2011						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Röntgen Update Skelettsystem	29.10.2011	Dr. T. Abt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel.: 030 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de	BVOU-Mitglieder: 100€, Nichtmitglieder: 130€	9
	DIGEST-Zertifizierungskurs	28.10.2011	Dr. Gleitz		180€	7
	Rentenbegutachtung Unfallversicherung	29.10.2011	Prof. Dr. Wich		85€	ausgebucht!!
	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	26.10.2011	Dr. Jahn		150€	10
	RheumaUpdate	29.10.2011	Dr. Schwokowski		BVOU-Mitglieder: 100€, Nichtmitglieder: 130€	6
	Taping Aufbaukurs	28. – 29.10.2011	Ingo Geuenich		BVOU-Mitglieder: 190€, Nichtmitglieder: 230€	17
	Sonographie des Bewegungsapparates	29.10.2011	Dr. Betthäuser		35€	4

K-Logic-Taping Kurse						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Aufbaukurs	28. – 29.10.2011	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden, Kantstr. 13, 10623 Berlin, info@institut-ado.de, Tel.: 030 / 79 74 44 -51/-59	BVOU-Mitglieder: 190€, Nichtmitglieder: 230€	17
Berlin	Basiscrashkurs	27.01.2012	Ingo Geuenich			8
Aachen	Basiskurs	24. – 25.03.2012	Ingo Geuenich			16
Berlin	Basiskurs	11. – 12.05.2012	Ingo Geuenich			17
München	Basiskurs	21. – 22.09.2012	Ingo Geuenich			16
Berlin	Aufbaukurs	26. – 27.10.2012	Ingo Geuenich			17
Aachen	Aufbaukurs	17. – 18.11.2012	Ingo Geuenich			16

Symposium zur Diagnose und erfolgreichen Therapie unter dem sinnvollen Einsatz von Bandagen und Orthesen

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Knie	19. – 20.11.2011	N.N.	Akademie Deutscher Orthopäden Tel.: 0 30 / 79 74 44-51/59 Mail: info@institut-ado.de	kostenlos, inkl. Verpflegung, Anmeldung ist Voraussetzung für die Teilnahme	

3D/4D Wirbelsäulenvermessung Termine 2011

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Vermessungsworkshop	26.10.2011	Dr. Holger Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel.: 0 30 / 79 74 44-51/59 E-Mail: info@institut-ado.de	150€ inkl. Handouts und Verpflegung	10
Düsseldorf	Vermessungsworkshop	19.11.2011	Dr. Holger Jahn	in Kooperation mit Indermed-Forum e. V.	150€ inkl. Handouts und Verpflegung	8
Stuttgart	Vermessungsworkshop	17.12.2011	Dr. Holger Jahn		150€ inkl. Handouts und Verpflegung	8

ADO Kooperationen
Oberflächen EMG Arzt und Praxisassistenten/Innen Termine 2011

Inhalte der Kurse sind wissenschaftliche Grundlagen der Oberflächen-EMG-Messung, muskuläre Diagnostik und Biofeedback-Therapie innerhalb der Orthopädie, praktische Übungen zu wichtigen Indikationen in Kleingruppen: Lumbalgie, Beckenschiefstand, Skoliose, Epicondylitis, CMD, Schulterproblematik, Muskelatrophie nach OP etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hürth	Durchführung einer EMG-Untersuchung	07.12.2011	Sebastian Becks	SinfoMed GmbH, Tel.: 0 22 33 / 9 66 88-0, Fax: 0 22 33 / 9 66 88-9 www.sinfoMed.de	€ 129,00	

Sonographiekurse Hamburg Dr. Betthäuser

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Abschlusskurs Säuglingshüfte	22. – 23.10.2011	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum, Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg, Frau Habermann, Tel.: 0 41 93 / 95 99 66, sono-kurse@t-online.de, www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	14
	Aufbau Beweg. Apparat	04. – 06.11.2011				31
	Grundkurs Säuglingshüfte	21. – 22.01.2012				16
	Kurswoche Grund/Aufbaukurs Bewegungsapparat	19. – 24.02.2012				52
	Aufbaukurs Säuglingshüfte	23. – 24.06.2012				21
	Abschlusskurs B III	25. – 26.08.2012				20
	Grundkurs B I	14. – 16.09.2012				30
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	20. – 21.10.2012				14
	Aufbaukurs B I	02. – 04.11.2012				31

MRT-Kurse in Stuttgart

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Sportklinik Stuttgart	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	18./19.11.2011	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 07 11 / 55 35-1 11 Fax: 07 11 / 55 35-1 88 www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 300€ alle 5 Kurse: 1400€	N.N.
-----------------------	--	----------------	------------------------	--	---------------------------------------	------

DGMSM Kurse Manuelle Medizin 2011

LBB 1 Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	08/11 LBB Grundkurs	19.10. – 23.10.11	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale Medizin (DGMSM) e.V. – Akademie Boppard E-Mail: kontakt@dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www.dgmsm.de	46
Boppard	09/11 LBB Grundkurs	07.12. – 11.12.11				46

Masterkurse 2011 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie)

Boppard	41/11 Muskuloskelettale Medizin 1 (MSM 1)	04.11. – 06.11.11				26
Hamburg	57/11 Das braucht der Manualmediziner aus der Osteopathie in der Praxis wirklich	10.12.2011				10
St. Goar	58/11 Atmung und ihre manuelle Beeinflussung	10.12.2011				13

Die Kurse finden Sie auch unter www.dgmsm.de

GHBF Haltuns- und Bewegungsdiagnostik

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

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Grundkurs	28. – 29.10.2011	Dr. med. Gregor Pfaff	Freitag: 14:30 – 20:00 Uhr, Samstag: 09:00 – 16:30 Uhr, GHBF, Fax: 0 89 / 33 04 03 05, www.ghbf.de	Grundkurse (zweitägig) 300 € Grundkurs Schweiz (eintägig) 260 € Abschlußkurse 350 € (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke)	N.N.
München	Grundkurs	09. – 10.12.2011	Dr. med. Gregor Pfaff			
München	Abschlusskurs	14. – 15.10.2011	Dr. med. Gregor Pfaff			

21. Mecklenburger Sonographiekurse Priv. Doz. Dr. Kayser

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Greifswald	Abschlusskurs Säuglingshüfte	25.11. – 26.11.2011	Priv. Doz. Dr. med. Ralph Kayser, Univ. Prof. Dr. med. Harry Merk	Dipl. Ing. (FH) Romy Spitzmüller unter romy.spitzmueller@uni-greifswald.de oder Tel.: 0 38 34 / 86 72 13	auf Anfrage	N.N.

Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2011

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
Hannover	Einsteigerkurs	03.12. – 10.12.11	Dr. med. Herman Locher, Tettngang	Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel.: 0 75 62 / 97 18-0 Fax: 0 75 62 / 97 18-22 E-Mail: info@aerztseminar-mwe.de www.aerztseminar-mwe.de	auf Anfrage	N.N.
Bad Mergentheim	Tagesrefresher LWS/SIG	29.10.2011				N.N.
Neuss	Tagesrefresher HWS	19.11.2011				N.N.
Isny	Wochenendrefresher LWS	29.10. – 30.10.11				N.N.

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	01.11.2011 01.12.2011	AGR e. V.	Aktion Gesunder Rücken e. V., Tel.: 042 84/9 26 99 90, Fax: 042 84/9 26 99 91, info@agr.de, www.agr-ev.de	BVOU Mitglieder 295 €	39

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2011

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Potsdam	Kompaktkurs Thromboseprophylaxe i.d. Endoprotetik	13./14.10.2011	Prof. Dr. med. C. Perka	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen	50 €	N.N.
Ofter-schwang	Kurs-Knie	09. – 12.11.2011	Prof. Dr. Ascherl	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH	auf Anfrage	32
Ofter-schwang	Masterkurs-Knie	09. – 12.11.2011	Prof. Dr. Puhl	Kongressorganisation Oltmannsstraße 5 D-79100 Freiburg Tel.: 0 7 6 1 / 4 5 6 4 7 6 6 6 Fax: 0 7 6 1 / 4 5 6 4 7 6 6 0 j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com	auf Anfrage	33
München	Tutorial-Basiskurs-Hüfte	17. – 19.11.2011	Prof. Dr. med. W. Mutschler		auf Anfrage	N.N.
Münster	Kompaktkurs Thromboseprophylaxe i.d. Endoprotetik	18.11.2011	Dr.med. B. Egen		50 €	N.N.
Hamburg	Kompaktkurs Thromboseprophylaxe i.d. Endoprotetik	25.11.2011	Prof. Gehrke/ PD Dr. Kendoff		50 €	7
Berlin	13. AE- Kongress Hüftendoprothetik	02. – 03.12.2011	Prof. Perka, Prof. Haas		180 €	
Reutlingen	Kompaktkurs Thromboseprophylaxe i.d. Endoprotetik	09.12.2011	Dr. Kolb/ Dr. Mattes		50 €	N.N.

30. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie 2011

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Modul 5 Refresher u. Prüfungskurs	25. – 26.11.2011	Prof. Greitemann	Fax: 0 54 24/ 2 20-444 oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann, Initiative 93, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde	Kursgebühr für Orthopäden und Unfallchirurgen 200 € Kursgebühr Andere 300 €	N.N.

DAF Zertifikat Fußchirurgie 2011

Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	18.11. – 19.11.2011	J. Dohle	Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro	DAF Mitglieder 330,00 € Nichtmitglieder 430,00 €	
Frankfurt am Main	Operationskurs Rheumafuß	25.11. – 26.11.2011	S. Rehart	Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2 D-61348 Bad Homburg Tel.: 0 61 72 / 67 96-0 Fax: 0 61 72 / 67 96-26 E-Mail: veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de		
München	Workshop Kinderfuß	11.11. – 12.11.2011	J. Hamel			
Wien	Workshop Kinderfuß	02.12. – 03.12.2011	J. Hamel			
Münster	Operationskurs Traumatologie	14.10. – 15.10.2011	M. Richter			
Dresden	18. Jahrestagung Rekonstruktion des Fußes	23.03. – 24.03.2012	S. Rammelt			

MRT-Kurse in Erlangen						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Wirbelsäule	18./19.11.2011	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel.: 091 31 / 71 90-51, E-Mail: goldmann@orthopaeden.com	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	N.N.
	Untere Extremität	09./10.12.2011				
	Weichteil-, Knochen-, Gelenk-Erkrankungen	20./21.01.2012				
	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	16./17.03.2012				

Applied Kinesiology Fortbildung in Potsdam Termine 2011/2012						
Die Weiterbildung in einem Umfang von 150 Stunden erfolgt in sechs Wochenendmodulen						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Potsdam	Modul 1	21. – 23.10.2011	Dr. Karsten Wurm, Referent: Michael Sommer	Brandenburgischer Verein für Gesundheitsförderung e. V. c/o Universität Potsdam, Exzellenzbereich Kognitions-wissenschaften (Haus 12) Am Neuen Palais 10 14469 Potsdam Tel.: 03 31 / 9 77 16 92 (AB) www.bvfg-potsdam.de	je Modul 450 €, Gesamt 2.700 €	N.N.
	Modul 2	04. – 06.11.2011				
	Modul 3	18. – 20.11.2011				
	Modul 4	03. – 05.02.2012				
	Modul 5	24. – 26.02.2012				
	Modul 6	16. – 18.03.2012				

3. Symposium Minimalinvasive Schulterchirurgie – Tipps und Tricks						
Arthroskopische Therapie von Schultergelenksinstabilitäten und Rotatorenmanschettendefekten						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Minimalinvasive Schulterchirurgie	09. – 10.12.2011	Dr. Ulf Kuhlee	P&R Kongresse GmbH, Thomas Ruttkowski, Bleibtreustr. 12 A, 10623 Berlin, Tel.: 0 30 / 8 85 10 27, info@pr-kongresse.de	150 €	N.N.

Führungsmanagement für niedergelassene Orthopäden						
Führungsmanagement für Ärzte in Zusammenarbeit mit der Management School and Consulting GmbH						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Ärzte	18./19.11.2011	Dieter Baitinger	Management School and Consulting GmbH Mittererstr. 9, 80336 München, Tel.: 0 88 57 / 89 93 41, Fax: 0 80 31 / 4 00 73 58, E-Mail: dieter.baitinger@msc-muc.de	auf Anfrage	keine

Osteoporosetag Rhein-Sieg-Klinik 2011						
Risiken und Komplikationen einer Osteoporose-Therapie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Nümbrecht	Osteoporose	15.10.2011	Prof. Dr. Peters	Sek. Prof. Peters, Frau Zurheide-Moll, Tel.: 0 22 93 / 9 20-6 03, Fax: 0 22 93 / 9 20 6 42, E-Mail: kpeters@dbkg.de	keine	n.n.

Würzburger Othopädiertage 2011

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Würzburg	Workshop-Conformis – Individuelle Knie-endoprothetik	02.12.2011	Prof. Dr. M. Rudert, Priv.-Doz. Dr. U. Nöth	Michaela Seuling Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Brettreichstr. 11, 97074 Würzburg Tel. 09 31 / 8 03 11 21, Fax: 09 31 / 8 03 11 29 E-Mail: m-seuling.klh@uni-wuerzburg.de	keine	8
Würzburg	Minimal-invasive Hüftendoprothetik	03.12.2011			keine	4

Kursangebote der Akademie Unfallchirurgie – AUC der DGU (28.10.2011 – 30.1.2012)

ATLS – Advanced Trauma Life Support für Ärzte

ATLS® ist ein weltweites Ausbildungskonzept, das ein standardisiertes, prioritätenorientiertes Schockraummanagement von Schwerverletzten lehrt. Ziele sind die schnelle und genaue Einschätzung des Zustandes des Verletzten, die prioritätenorientierte Behandlung und die Entscheidung, ob die eigenen Ressourcen zur Behandlung des Patienten ausreichen oder ein Transfer des Patienten zu erwägen ist. Der Kurs vermittelt hierzu systematisches Wissen, Techniken, Fertigkeiten und Verhalten in Diagnostik und Therapie. Die Kurse richten sich an alle Fachrichtungen, die an der Schwerverletztenversorgung im Schockraum beteiligt sind.

Termin	Ort
28. – 29.10.2011	Leipzig (In-house)
29. – 30.10.2011	Hannover
05. – 06.11.2011	München-Unterschleißheim
05. – 06.11.2011	Oldenburg (In-house)
12. – 13.11.2011	Ludwigshafen
12. – 13.11.2011	Bielefeld
18. – 19.11.2011	Berlin (BWK) (In-house)
19. – 20.11.2011	Coburg (In-house)
25. – 26.11.2011	Leipzig
26. – 27.11.2011	Hannover
03. – 04.12.2011	Stade (In-house)
10. – 11.12.2011	Ulm
09. – 10.12.2011	Kiel
17. – 18.12.2011	BWK Ulm (In-house)
17. – 18.12.2011	Bielefeld

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

ATCN dient der Schulung systematischer, professioneller und teamorientierter Arbeit im Schockraummanagement von Schwerverletzten. Es richtet sich vornehmlich an den Pflege- und Funktionsdienst in Notaufnahmen / Rettungsstellen. Zusammen mit PHTLS (Pre-Hospital Trauma Life Support) im Rettungswesen, und ATLS (Advanced Trauma Life Support) in der ärztlichen Behandlung wird die Verletztenversorgung optimiert. Mittlerweile wird ATCN weltweit in über 13 Ländern unterrichtet, man spricht eine gemeinsame Sprache!

Termin	Ort
22. – 24.10.2011	Ludwigshafen
25. – 27.11.2011	Hamburg

Informationen zu allen Kursen unter:
www.dgu-online.de
www.auc-online.de

2. Kalender

Oktober					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Timisoara/ Rumänien	13. Kongress der Rumänischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie	19.10. – 21.10.	Prof. D. Poenaru	www.sorot2011.ro	
Hannover	7. Expertentagung der DGFG „Gewebe transplantation und -vermittlung in Deutschland – Neue Wege in der Patientenversorgung mit Gewebetransplantaten“	20.10.		www.gewebenetzwerk.de/ 7.-expertentagung-der-dgfg	
Tuttlingen	Basiskurs Knieendoprothetik	20.10. – 21.10.	Prof. Perka	www.aesculap-akademie.de	
Köln	10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 18. GAA-Jahrestagung	20.10. – 22.10.	Prof. H. Pfaff, Prof. S. Harder	www.dkvf2011.de	
Eisenstadt	4. Burgenländischer Rheumatag	22.10.	Prim. Dr. G. Puhr	E-Mail: azmedinfo@media.co.at	
Berlin	World Health Summit 2011	23.10. – 26.10.	S. Wesselingh	www.worldhealthsummit.org	
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	25.10. – 26.10.		www.orthopaedie-unfallchirurgie.de/2011	
Salzburg/Österreich	7. Europäischer Kongress für Sportmedizin und 3. Europäischer Kongress für Physikalische Medizin und Rehabilitation	26.10. – 29.10.	Prof. A. Wicker, Prof. G. Wiesinger	www.sportsmed-pmr-2011.at	
Berlin	ADO -/ DIGEST-Zertifizierungskurs 1 und 2	28.10.	Dr. Markus Gleitz, Dr. Richard Thiele	Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) Kantstr. 13, 10623 Berlin, Frau Dewart, Tel. 030 – 797 444 – 51/ -59, Fax: 030- 797 444 – 57, E-Mail: info@institut-ado.de	180 €
Bad Mergentheim	Tagesrefresher-Kurs LWS/SIG	29.10.	Dr. Vüllers	www.manuelle-mwe.de/kurse	
Isny	Wochenendrefresher-Kurs HWS	29.10. – 30.10.	Dr. Bischoff	www.manuelle-mwe.de	

November					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Frankfurt/M.	4. Sportmedizinisches Forum Frankfurt – Spitzensport und Top-Medizin	04.11.	Prof. R. Hoffmann	kongress@bgu-frankfurt.de	
Berlin	12. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	04.11.	Dr. P. Wigge	www.gesundheitsgespraeche-berlin.de	595 €
Arnstadt	Arnstädter Gelenksymposium Update Knie- und Hüftendoprothetik	04.11. – 5.11.	PD Dr. med. Ulrich Irlenbusch	www.intercongress.de	
Markgröningen	Kinesio Taping	09.11.	Dr. Deinfeder	www.aerzteseminar-mwe.de	
Wien/Österreich	33. Jahrestagung der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie der peripheren Nerven und Gefäße (DAM)	10.11. – 12.11.	Prof. O. Aszmann	www.dam2011.at	
Gießen	Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomaterialien (DGBM)	10.11. – 12.11.	Prof. R. Schnettler	www.conventus.de/dgbm2011	
Bochum	Operationskurs Knorpel- und Meniskus chirurgie	11.11. – 12.11.	Dr. med. T. Vogel	www.op-kurs.intercongress.de	
Hannover	8. Hannoveraner Arthroskopiekurs – Schulter & Knie	11.11. – 12.11.	Prof. H. Lill, Prof. P. Lobenhoffer	www.arthroskopiekurs-hannover.de	
München	D.A.F.-Kurs VI Workshop Kinderfuß	11.11. – 12.11.	J. Hamel	info@kmb-lentzsch.de	
Basel/Schweiz	EFORT IC Basel 2011 “Joint preserving surgery of the lower leg”	11.11. – 12.11.	Prof. V. Valderrabano	www.efort.org/events	
Wien/Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop 2011 Obere und untere Extremitäten	12.11.	Dr. A. Dunky	azmedinfo@media.co.at	

Münster	Kompaktkurs Kinderorthopädie	15.11. – 18.11.	Prof. R. Krauspe, Prof. K. Parsch, Prof. T. Wirth	www.kmb-lentzsch.de/pdf/Flyer_Kompaktkurs2011.pdf
Stuttgart	D.A.F.-Kurs II Operationskurs Vorfuß-Chirurgie	18.11. – 19.11.	M. Gabel, U. Gronwald, J. Dohle	info@kmb-lentzsch.de
Neuss	Tagesrefresher-Kurs HWS	19.11.	Dr. Roscheck	www.manuelle-mwe.de/kurse
Düsseldorf	6. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Stamm-zellforschung	20.11. – 22.11.	Prof. M. Klein, Prof. J. Hescheler	www.stemcellresearch2011.de
Wien/Österreich	The First Open Meeting of the European Knee Associates (EKA)	24.11. – 26.11.		www.eka-esska-2011.org
Wien/Österreich	2. Interdisziplinäres Rehabilitations-Symposium	25.11.	Prof. K. Hohenstein	azmedinfo@media.co.at
Frankfurt/M.	D.A.F.-Kurs V Operationskurs Rheumafuß	25.11. – 26.11.	S. Rehart, J. Osel	info@kmb-lentzsch.de
Weimar	2. Mitteldeutscher Schmerztag	25.11. – 26.11.	PD Dr. R. Malessa	www.mitteldeutscher-schmerztag.de
München	2. Münchner Symposium für Haltungs- und Bewegungsforschung	26.11.	Dr. G. Pfaff	www.ghbf.de/symposium/programm
München	Münchner Sonografie-Kurse für Gelenke und Weichteile – Refresherkurs Schulter	26.11.	Dr. H. Gaulrapp	dr.gaulrapp@gmx.de
München	2. Wirbelsäulen-Schmerz-Kongress	25.11. – 26.11.	Dr. R. Schneiderhan, Dr. Ch. Brunhölz, Dr. F. Sommer	www.wirbelsaeulenschmerzkongress.de
München	Münchner Sonografie-Kurse für Gelenke und Weichteile – Abschlusskurs	26. – 27.11.	Dr. H. Gaulrapp	dr.gaulrapp@gmx.de
Nürnberg	27. Nürnberger Arthroskopiekurs und Gelenksymposium	30.11. – 03.12.	PD Dr. H. J. Bail, Prof. E. Wiedemann, PD Dr. R. Siebold	arthroskopiekurs@klinikum-nuernberg.de

Dezember					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Wien/Österreich	Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation	01.12. – 03.12.	Prof. K. Redlich	www.rheumatologie.at	
Peking/China	13 th Orthopaedic Academic Congress of Chinese Medical Association, i.e. the 6th International Congress of Chinese Orthopaedic Association	01.12. – 04.12.	Prof. Y. Wang	www.coachina.org/2011	
Ascheffel	Manuelle Medizin, Tagesrefresher LWS	02.12. – 09.12.	Dr. Fleischhauer	www.aerzteseminar-mwe.de	
Wien/Österreich	D.A.F.-Kurs VI Workshop Kinderfuß	02.12. – 03.12.	J. Hamel, F. Grill	info@kmb-lentzsch.de	
Berlin	Seminar Vortrags- und Gesprächskultur - Rhetorik in der Medizin	02.12.	Prof. A. Prokop, Dr. G. Schiffer	nadine.wichert@aesculap-akademie.de	
Hannover	Manuelle Medizin/Chirotherapie – Technikkurs I + II	02.12. – 09.12.	Dr. Wittich	www.aerzteseminar-mwe.de	
Hamburg	6. Deutscher Wirbelsäulenkongress	08.12. – 10.12.	Prof. C. Hopf	www.dwg2011.de	
Berlin	Expertenkurs Knieendoprothetik	09.12. – 10.12.	Prof. Perka	www.aesculap-akademie.de	
München	Komplexe Kniechirurgie	09.12. – 10.12.	PD Dr. med. Hermann Otto Mayr, PD Dr. Robert Hube	www.knie-komplex.de	
Berlin	DGOOC-Kurs Fuss	15.12. – 17.12.	Dr. J. Dohle	Onlineregistrierung: www.registration.intercongress.de	

2012

Januar					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Grünwald b. München	Grundkurs „Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates“	13.01. – 15.01.		www.vfos.info	
Grünwald b. München	Vorbereitungskurs „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“	14.01. – 15.01.		www.vfos.info	
Freiburg	Freiburger Knorpeltage	20.01. – 21.01.	Prof. N. Südkamp, PD Dr. H. O. Mayr, PD Dr. P. Niemeyer, Dr. G. M. Salzmann	www.freiburger-knorpeltage.de	
Madrid/Spanien	Kongress „Excellence in Rheumatology“	25.01. – 28.01.	Prof. G. D. Kitis	www.excellence-in-rheumatology.org	
Zürich/Schweiz	International 30th Jubilee Course for Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery and Complementary Minimal Invasive Techniques (ISMISS/ SICOT)	26.01. – 27.01.	H. Leu, S. Kern	www.ismiss.com	
Paris/Frankreich	16 th International Argospine Symposium	26.01. – 27.01.		www.argospine.org	
Hannover	AO Trauma-Seminar – Update Proximale Humerusfraktur	27.01. – 28.01.	Priv.-Doz. Dr. med. Christine Voigt	Andrea Hooge Langenbeck-Virchow-Haus Berlin Postfach 1163, 79220 Umkirch Phone +49 7665 503 421 Fax +49 7665 503 420 Email hooge.andrea@ao-courses.com	240€

Februar					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Berlin	DGOOC-Kurs Knie	09.02. – 11.02.	PD Dr. M. Engelhardt, Dr. M. Krüger-Franke, PD Dr. O. Miltner, Prof. C. Siebert	Onlineregistrierung: www.registration.intercongress.de	
Berlin	Endoprothetik-Kongress orthopädie und Unfallchirurgie	23.02. – 25.02.	Prof. C. Perka, Prof. T. Gehrke, PD Dr. R. Hube	www.conventus.de/endokongress2012	

März					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Wien/Österreich	26. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie	15.03. – 17.03.		www.kinderorthopaedie.org	
Dresden	18. Jahrestagung der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F.)	23.03. – 24.03.	PD Dr. S. Rammelt	www.fusskongress.de	
Basel	Osteologie 2012	29.03. – 31.03.	PD Dr. C. Meier, Dr. D. Schöffel	www.osteologie12.de	
Grünwald b. München	Aufbaukurs „Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates“	09.03. – 11.03.		www.vfos.info	

April					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Rom/Italien	Kurs "Basics of the Trowing Motion"	14.04.2012	G. Di Giacomo	www.spalla.it/didattica_en	

Mai					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Genf	15 th ESSKA Congress	02.05. – 05.05.	D. Fritschy	www.esska-congress.org	
Berlin	19. Jahrestagung der Dt. Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie	10.05. – 12.05.	PD Dr. M. Scheibel, Dr. F. Reuther	www.dvse-kongress.de/dvse2012	
Leipzig	Internationale Fachmesse „Orthopädie + REHA-Technik 2012“	15.05. – 18.05.		/www.ot-leipzig.de	
Berlin	13 th EFORT Congress	23.05. – 25.05.	Prof. C. Wirtz, Prof. K. Dreinhöfer	www.efort.org/events	
Berlin	129. kongress der DGCH Dt. Gesellschaft für Chirurgie	24.04. – 27.04.	Prof. M. Bächler	www.chirurgie2012.de	

Juni					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
Irdning, Österreich	DVOST-Symposium 2012 „Rund um das Kniegelenk“	06.06. – 10.06.	Prof. W. Pförringer, Prof. B. Paul	www.dvost.de	

November					
Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr
#Grünwald b. München	Abschlusskurs „Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates“	10.11. – 11.11.		www.vfos.info	
Münster	Fortbildungsseminar „Blended Learning – Update Orthopädie/Unfallchirurgie“	11.11.	Prof. C. Götze, Prof. G. Gosheger, Prof. M. Raschke, Prof. C. Schulze-Pellengahr, Prof. R. Smekta	www.aekwl.de	

Praxisgesuche

Junger FA f. Orthop. sucht Einzelpraxis in Leipzig, DZ, Leipz.Land.
Chiffre: 20 11 52

Stellenangebote

Zwei in Praxisgemeinschaft niedergelassene Orthopäden in
Hamburg suchen Praxispartner mit KV Zulassung.
Auch Jobsharing Modell möglich. OP in Praxisräumen vorhanden.
Chiffre: 21 11 51

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Frau Esther Eckstein

Postfach 30 08 80

70448 Stuttgart