

2014 – ein wichtiges Jahr für uns Fachärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Feiertage sind überstanden, viele von uns haben hoffentlich die Gelegenheit nutzen können, sich zumindest kurze Zeit aus der täglichen Arbeitsbelastung zu lösen und im Kreise ihrer Lieben aufzutanken.

Das Jahr 2014 dürfte ein sehr wichtiges Jahr für die (Fach-)Ärztenschaft und damit auch für O&U werden. Die neue Bundesregierung hat nach langem Ringen einen Koalitionsvertrag aufgesetzt, der vieles im Vagen lässt. Der Abschnitt zur Gesundheitspolitik beginnt wie folgt: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“ Es fällt jedoch auf, dass unverdrossen das Hohelied auf die hausärztliche Versorgung gesungen wird. Immerhin wird die fachärztliche Versorgung als förderungswürdig angesehen („Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.“), konkrete Angebote an die Fachärzte finden sich nicht.

Krankenhausbetten werden abgebaut

Die Aussagen zu den Kliniken lassen zwar vereinzelte Akteure in der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) frohlocken und bereits vollmundige Versprechen machen, aber machen wir uns nichts vor – in einem Punkt sind sich Politik und Kostenträger einig: Es gibt zu viele Krankenhausbetten – hier wird es einen Kahlschlag geben. Viele, und es sind etliche Kliniker dabei, werden sagen, dass das lange überfällig war. Das ist so richtig wie falsch. Die aktuelle Kliniklandschaft muss „entrümpelt“ werden. Es besteht ein Nebeneinander von hoch-effizienten Häusern, die eine Versorgung der Spitzenklasse bieten, und Kranken-

häusern, die nur dank mitunter mysteriös anmutender Subventionierungsstrategien, des Einfallsreichtums mancher Krankenhausverwaltung oder des politischen Sendungsbewusstseins einzelner Lokalpolitiker krampfhaft am Leben gehalten werden.

Das Geld muss der Versorgung folgen

Das in diesen Strukturen unsinnig verschleuderte Geld dient nicht der Versorgung unserer Patienten, und es fehlt an anderer Stelle. Wenn wir Versorgung ernst nehmen, müssen wir auch die eine oder andere „heilige Kuh“ schlachten. Die Konfliktlinie verläuft nicht zwischen stationär oder ambulant und auch nicht zwischen Haus- und Facharzt, sondern zwischen guter und schlechter Versorgung. Das Geld muss der Versorgung folgen. Die krampfhafte Trennung der Sektoren ist ein teurer Anachronismus. Es wäre fatal für die Ärzteschaft, bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen nicht an einem Strang zu ziehen.

Ärztinnen und Ärzte werden knapp

In der Versorgung tätige Ärztinnen und Ärzte werden trotz hoher Studentenzahlen ein immer knapper werdendes Gut. Alternative Berufswege, Work-Life-Balance und vieles mehr lassen den Anteil der in der Patientenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. die von ihnen am Patienten erbrachten Arbeitsstunden sinken. Hier liegt unsere große Chance als Ärzteschaft. Nach den Seehoferschen Phrasen von der Ärzteschwemme sehen sich jetzt Politik, Kostenträger und Patienten zunehmend mit der Tatsache konfrontiert, dass der behandelnde (Fach-)Arzt eine endliche Ressource ist. Das ist umso schmerzlicher, als dass der Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung kontinuierlich zunimmt. Das müssen wir als (Fach-)Ärztenschaft gemeinsam nutzen. Kliniker und Niedergelassene betrifft dies gleichermaßen.

Es wäre aberwitzig zu glauben, die Rettung der Krankenhäuser läge in der Über-



Dr. Andreas Gassen, Präsident des BVOU

nahme von ambulanten Patienten, die in der Facharzt-Praxis nicht schnell genug einen Termin bekommen. Die in diesem Zusammenhang gefallene Äußerung, Klinikärzte könnten eventuell auch Hausbesuche machen, lässt einen nur den Kopf schütteln. Bereits jetzt ist die personelle Situation in Kliniken nicht gerade rosig. Vielerorts wird bereits darüber geklagt, dass viele Kollegen in der Klinik nur gebrochen Deutsch sprechen – die Vorstellung, diese Kollegen dann auf Hausbesuchstour zu schicken, ist nur begrenzt amüsant. Manchmal ist es nicht verkehrt, Dinge erst einmal zu Ende zu denken, bevor man durch jeden Reifen springt, den der Populismus hinhält.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Ein Thema der nächsten Legislatur könnte die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) werden. Diese neue Versorgungsform, die den alten §116b ersetzt, ist im Augenblick für viele noch eine „Black Box“. Manche befinden sich in Goldgräberstimmung, viele Niedergelassene befürchten eine Benachteiligung im Vergleich zu den Krankenhäusern. Die Wahrheit liegt wie so oft dazwischen. Die ASV stellt zunächst einmal eine Versorgung dar, die von den Kassen separat zu vergüten ist. Dies dürfte der Grund

Editorial

sein, warum die Entwicklung der ASV mit ihren Indikationsspektren so langsam voranschreitet – die Kostenträger befürchten eine nicht zu kontrollierende Kostenentwicklung.

Dies gibt uns aber die Gelegenheit, die Diskussion sachlich zu entwickeln. Ich sehe unverändert Chancen, in der ASV einen neuen Sektor zu entwickeln, der sich weniger an der Frage festmacht, ob die Versorgung stationär oder ambulant durchgeführt wird, sondern wer wann

welche Leistung im Rahmen der Versorgung eines Patienten erbringt und diese Leistung dann zu einem festen Preis vergütet bekommt. Wir sollten diese Diskussion nutzen, um gemeinsam als Fachärzte in Klinik und Praxis der Politik Lösungswege anzubieten. Gerade Orthopädie und Unfallchirurgie sind in großem Umfang sowohl in der Klinik als auch in der Praxis versorgungsrelevant.

BVOU und DGOU werden als Repräsentanten unseres Faches für Berufspolitik

und Wissenschaft von Kostenträgern, Politik und anderen Verbänden akzeptiert und gehört. Wir werden dies nutzen, um die Interessen von Orthopäden und Unfallchirurgen in Klinik und Praxis, auch im Interesse unserer Patienten, nachhaltig zu vertreten



Dr. Andreas Gassen



20 Wichtiger Beitrag zur Versorgungsforschung: Die DGOU hat das weltweit erste Knorpelregister gestartet. Es erfasst deutschlandweit die Daten von operativ behandelten Knorpelschäden.



25 Konventionelles Röntgen: Die Röntgendiagnostik steht nicht mehr in der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für O&U. Das soll sich in der neuen WBO wieder ändern.



29 Europa auf dem Vormarsch: Das europäische Normierungsinstitut CEN/ CENELEC formuliert Standards für sämtliche Lebensbereiche, sei es für den Krümmungsgrad von Gurken, sei es für die Ausgestaltung von Gesundheitsberufen. Dabei kommt das Institut durchaus den Interessen der DGOU in die Quere.

Editorial

2014 – ein wichtiges Jahr für uns Fachärzte **1**

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig **8**

GBA verabschiedet Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme **8**

Politik

INTERVIEW DR. ANDREAS GASSEN
Eine große Herausforderung **10**

WARTEZEITEN
Die Diskussion muss versachlicht werden **12**

AG HOCHSCHULMEDIZIN
Neue Finanzierung der Universitätsklinik dringend notwendig **13**

Aus unserem Fach

ZUKUNFTSWERKSTATT O&U
Finanzierung der Weiterbildung in O&U **16**

KNORPELCHIRURGIE
Knorpelregister DGOU: Wichtiger Beitrag zur Versorgungsforschung **20**

INTERESSENGEMEINSCHAFT
Der konservativen O&U verpflichtet **24**

WEITERBILDUNGSORDNUNG
Konventionelles Röntgen für Unfallchirurgen/Orthopäden **25**

NORMIERUNG VON GESUNDHEITSBERUFEN
Europa auf dem Vormarsch **29**

ROADSHOW O&U
Hands-on für die Youngsters **31**

INTERNATIONALES
Sondierungsgespräch mit Kollegen aus Afghanistan **33**

DKVF
„Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“ **34**

DKVF
Patientenorientierung sichern – Versorgungsforschung stärken **35**

ÖGO
2014 / 2015: Neuer Vorstand – Arbeitsschwerpunkte **37**

OTWORLD
Interdisziplinär, innovativ, informativ **39**

15. EFORT KONGRESS
Schwerpunkt Patientensicherheit **41**

Recht

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG
Die Flucht der Versicherer stoppen **42**

MEDIATION
Die Rolle des medizinischen Sachverständigen **44**

KINESIO-TAPING
Werbung auf der Praxis-Homepage unlauter? **47**

Unterwegs

EINSATZ IN AFRIKA
Das Kibogora-Hospital in Ruanda **50**

AFGHANISTAN
Gott ist mit den Geduldigen **53**

EKA FELLOWSHIP 2013
Förderung junger Knie-Spezialisten **56**

Namen

Personalia **57**

Wir gratulieren ... **59**

Nachruf für Prof. Dr. Giselbert Fries **60**

Nachruf für Dr. Dietrich Muthmann 61

Nachruf für Prof. Dr. Ernst Teubner 62

Für Sie gelesen 102

Für unsere Mitglieder

Service/Preise 105

Kursangebote 114

OU Medizin und Markt 125

IN EIGENER SACHE

Liebe Leserinnen und Leser,

wie gewohnt finden Sie hinten in den „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“ den Kurskalender mit den Angeboten der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und der Akademie der Unfallchirurgie (AUC). Den Kongresskalender veröffentlichen wir fortan in der Online-Ausgabe der OUMN, die Sie über die Websites von BVOU, DGOU, DGOOC und DGU aufrufen können.

Ihre Redaktion

BVOU	
Brandenburger Orthopädentreffen am 8./9. November 2013	65
Versicherungsbedarf für Ärzte im Ruhestand	67
Die nichtoperative Basis für orthopädische Praxen stärken	70
Mitglieder-Fachexkursion nach Usbekistan sowie nach Argentinien/Brasilien	71
Neue Mitglieder	76
Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder	76
Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken	77

DGOU	
Nennen Sie uns Kandidaten für den Nichtständigen Beirat!	78
Das MuP-Forum mit festem Sekretariat	78
Orthopädie & Unfallchirurgie – Einheit in der Vielfalt?	79
Bericht des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit	81
Jahresbericht der Sektion Wirbelsäule	83
Neue Mitglieder	86
DGOOC	
„Menschen bewegen – Erfolge erleben“	88
Neue Mitglieder	91

DGU	
Wir haben viel vor!	92
Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2015 bis 2017 gesucht!	94
Gemeinsam Gutes bewegen	95
Tätigkeitsbericht der AG Becken III	98
Das Archiv der DGU sucht ...	100
Neue Mitglieder	100

Impressum



Herausgeber

Für den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Präsident

Dr. med. Andreas Gassen

Für die Deutsche Gesellschaft für

Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Für die Deutsche Gesellschaft für

Unfallchirurgie e. V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

Schriftleitung DGOOC

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard (V.i.S.d.P.)

Geschäftsstelle DGOOC

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

Fax: (0 30) 340 60 36 31

E-Mail: funiethard@dgooc.de

Schriftleitung BVOU

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (V.i.S.d.P.)

Geschäftsstelle BVOU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 30 02 40 92 12

Fax: (0 30) 30 02 40 92 19

E-Mail: dreinhoefer@bvou.net

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Joachim Arndt

Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

Verlag

Georg Thieme Verlag KG

Dr. Grit Vollmer

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 630

Fax: (07 11) 89 31 408

E-Mail: grit.vollmer@thieme.de

www.thieme.de/oumn

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia

Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 603

Fax: (07 11) 89 31 470

E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise

6 x jährlich:

Februar/April/Juni/August/

Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 18

vom 1. Oktober 2013

ISSN 2193-5254

Satz und Layout

Georg Thieme Verlag KG

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Gewerbering West 27

39240 Calbe



Berufsverband der Fachärzte für
Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Vorstand

Präsident

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vizepräsident

Helmut Mälzer, Berlin

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Vizepräsident

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

Schatzmeister

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Vorstandsmitglied

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

Vorstandsmitglied

Dr. med. Angela Moewes, Bochum

Generalsekretär der DGOU

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Aachen

Geschäftsstelle des BVOU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 79 74 44 44

Fax: (0 30) 79 74 44 45

E-Mail: bvou@bvou.net

www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Erster Vizepräsident

Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Generalsekretär

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

Schatzmeister

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Prof. Dr. Johannes Sturm, München/Münster

Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

www.dgu-online.de

Jährlicher Bezugspreis*	Inland	Ausland	Übersee
Versandkosten	32,80	34,90	42,80
Persönliches Abonnement (Gesamtpreis inkl. Versandkosten)	219,- (251,80 €)	219,- (253,90 €)	219,- (261,80 €)
Institutionelles Abonnement** (Gesamtpreis inkl. Versandkosten)	375,- (407,80 €)	375,- (409,90 €)	375,- (417,80 €)

* unverbindlich empfohlene Preise (gültig bis 31.12.2014)

** Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.thieme.de/connect/de/services/product-licensing.html>



Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGOOC)
Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Düsseldorf

Stellv. Präsident (und Präsident der DGU)
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC
Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Aachen

Stellv. Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Schatzmeister (und Schatzmeister der DGU)
Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

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

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat
Dr. Richard Stange, Münster

Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit
Dr. Daniel Frank, Düsseldorf

Leiterin des Ausschusses Bildung und Nachwuchs
Prof. h.c. Dr. Almut Tempka, Berlin

Leiter des Ausschusses Wissenschaft und Forschung
Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Grifka, Bad Abbach

Vertreter des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC)
Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums der DGOU
Dr. Matthias Münzberg, Ludwigshafen

DGOU-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
Fax: (0 30) 340 60 36 01
office@dgou.de
www.dgou.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

1. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

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

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
Dr. med. Andreas Gassen, Berlin

Leiter Konvent der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie
Prof. Dr. h. c. Joachim Grifka,
Bad Abbach

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

Geschäftsstelle der DGOOC

Straße des 17. Juni 106–108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 30
Fax: (0 30) 340 60 36 31
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de



Österreichische Gesellschaft für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie

Vorstand

Präsident
Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

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

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

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

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

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

Fachgruppenobermann
Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

Sekretariat der ÖGO

c/o Medizinische Akademie
Alserstraße 4
A-1090 Wien
Kontakt: Dagmar Serfezi
Tel.: +43-1-405 13 83 21
Fax: +43-1-407 13 82 74
E-Mail: ds@medacad.org

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



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



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

Kurz und bündig

Daumen hoch für Facebook



Seit dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie Ende Oktober 2013 ist die DGOU mit einer Seite bei Facebook präsent. Am 15. Januar 2014 erhielten wir das 100ste „Gefällt mir“. Wenn auch Sie ein Profil bei Facebook haben, freuen wir uns, wenn Sie für uns „Daumen hoch“ anklicken. Gern können Sie auch selbst aktiv werden und Links zu interessanten Fachartikeln, Interviews oder anderen Meldungen aus O&U posten: www.facebook.com/dgou.ev

Journalistenpreis O&U 2014 erneut ausgeschrieben



Bereits zum 5. Mal loben der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) den „Journalistenpreis Orthopädie / Unfallchirurgie“ aus. Damit möchten die Gesellschaften die Qualität der Berichterstattung über orthopädisch-unfallchirurgische Themen fördern und die wachsende Bedeutung dieses Faches in der Öffentlichkeit sichtbar machen. Der mit insgesamt 5.000 Euro dotierte Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 28. Oktober 2014 in Berlin verliehen. Im vergangenen Jahr holten sich Dr. Max Rauner und Sigrun Damas die Trophäe. Rauner hatte im Zeit-Magazin den querschnittgelähmten Chirurgen Mirko Aach porträtiert, der am Bochumer Uniklinikum Bergmannsheil an Exoskeletten forscht. Damas erhielt den Preis für ihren Fernseh-Beitrag „Kniegelenk-OP – Mehr Sicherheit durch Zertifikat“ über Qualitätsinitiativen in O&U, der in der NDR-„Visite“ ausgestrahlt wurde. (red)

Gehirnerschütterung mit Hilfe eines Tropfens Blut nachweisen



Bild: lom123/Fotolia

Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des Klinikums rechts der Isar der TU München haben zusammen mit US-amerikanischen Kollegen einen Bluttest entwickelt, mit dem sich einfach und schnell nachweisen lässt, ob bei einem Sportler eine Gehirnerschütterung vorliegt. Damit können Athleten und Betreuer direkt am Spielfeldrand entscheiden, ob ein Spieler weitermacht oder besser pausiert. Die Arbeit wurde in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift PLOS ONE veröffentlicht.

Die Wissenschaftler stellen in ihrer Studie fest, dass nach einer Gehirnerschütterung der Wert des Proteins S100B im Blut des Verletzten ansteigt. Beträgt dieser Anstieg mehr als 45 Prozent, liegt zuverlässig eine Gehirnerschütterung vor. (Quelle: Klinikum Rechts der Isar, München)

GBA verabschiedet Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme

In vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Praxen sowie in Krankenhäusern gelten künftig neue Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Januar beschlossen und erfüllt damit fristgerecht einen Auftrag aus dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz. Dieses sieht unter anderem GBA Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung vor.

So hat der GBA in den Qualitätsmanagement-Richtlinien zur vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen sowie stationären Versorgung für das Risikomanagement beispielsweise das Erfordernis einer Risikoanalyse, -bewertung, -bewältigung und -überwachung sowie Schulungen der Beteiligten als Mindeststandards vorgegeben. Für Fehlermeldesysteme soll gelten, dass diese für Mitarbeiter in Praxen und Kliniken niederschwellig zugänglich sind und Meldungen freiwillig, anonym und sanktionsfrei erfolgen können und dass daraus entsprechende Verbesserungen resultieren.

Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des für Qualitätssicherung zuständigen Unterausschusses: „Die moderne Medizin wird immer komplexer, die Arbeitsdichte in Kliniken und Praxen immer größer. Vor diesem Hintergrund werden Maßnahmen zur Fehlerprävention immer wichtiger. Im Mittelpunkt steht hierbei nicht die Frage, wer, sondern was ist schuld daran, wenn Fehler passieren. Oft liegt eine Verkettung mehrerer kritischer Faktoren vor. Wenn zum Beispiel eine Spritze verwechselt wird, liegt das in der Regel nicht allein daran, dass die Ampullen ähnlich aussehen, sondern weil unter Umständen zu viel Material auf kleinstem Raum gelagert wird, oder die Lieferung der Ampullen aus der Apotheke nicht überprüft wurde oder Checklisten fehlen. Auch die Überlastung des medizinischen Personals, wenn zu viele Patienten gleichzeitig versorgt werden müssen, trägt zur Fehlerentstehung bei. Kritische Zwischenfälle nicht zu verschweigen, sondern im Hinblick auf fehlerbegünstigende Faktoren zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, ist der Dreh- und Angelpunkt von Fehler- und Risikomanagement.“

Auch bisher schon sind Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte sowie Krankenhäuser verpflichtet, nach den bestehenden Richtlinien des GBA ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die aktuellen Beschlüsse des GBA zu Risikomanagement und Fehlermeldesystemen ergänzen diese Richtlinien. Sie werden zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und treten nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

INTERVIEW DR. ANDREAS GASSEN

Eine große Herausforderung

Nach dem Rücktritt von Dr. Andreas Köhler als KBV-Vorsitzender hat sich die Facharzt-Fraktion in der KBV für BVOU-Präsident Dr. Andreas Gassen als Kandidaten für das Amt ausgesprochen. Dr. Gassen würde die Wahl annehmen. In unserem Interview erklärt er, wofür er als KBV-Chef stehen würde.

Herr Dr. Gassen, Sie werden als Kandidat für das Amt des KBV-Vorsitzenden gehandelt. Sie haben auch angekündigt, dass Sie die Wahl annehmen würden. Ihr Vorgänger, Dr. Andreas Köhler, hat dieses Amt ganz entscheidend geprägt. Ist das ein schweres Erbe?

Dr. Gassen: Es ist auf jeden Fall eine Herausforderung. Ich habe großen Respekt vor Herrn Köhler und vor dem Amt. Er war ja schon vor seiner Tätigkeit als Vorsitzender in der KBV tätig und hatte auch dort schon maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung vieler Dinge. Insofern hinterlässt er große Fußstapfen.

Was werden Sie anders machen?

Der wesentliche Unterschied zwischen Herrn Köhler und mir besteht darin, dass ich schon lange ärztlich tätig bin, also aus der Versorgung komme. Ich war eine ganze Weile an der Klinik, seit 1996 bin

ich Vertragsarzt. Ich habe hautnah erleben müssen, wie sich Regelungen aus dem KV-System nicht immer zur Freude der Kollegen ausgewirkt haben. Diesen Blickwinkel einzunehmen ist für Jemanden, der nie vertragsärztlich tätig war, sehr schwierig. Ich glaube, das ist ein Pluspunkt, den ich habe. Er wird meine Arbeit natürlich beeinflussen.

Können Sie neben dem KBV-Vorsitz noch BVOU-Präsident sein?

Das Amt des BVOU-Präsidenten ist allein vom Arbeitsaufwand neben so einem Amt nicht zu leisten. Ich würde also als BVOU-Präsident zurücktreten.

Was gewinnen die BVOU-Mitglieder, wenn sie Sie als Präsidenten verlieren?

Für die BVOU-Mitglieder wie überhaupt für alle Vertragsärzte – das betrifft die Hausärzte genauso wie die Fachärzte –



Dr. Andreas Gassen: „Es ist mein Pluspunkt, dass ich aus der vertragsärztlichen Versorgungsschiene komme.“

„Mein Herz wird immer für die Orthopädie und Unfallchirurgie schlagen. Nichtsdestotrotz bin ich einer übergeordneten Betrachtungsweise verpflichtet.“

ich Vertragsarzt. Ich habe hautnah erleben müssen, wie sich Regelungen aus dem KV-System nicht immer zur Freude der Kollegen ausgewirkt haben. Diesen Blickwinkel einzunehmen ist für Jemanden, der nie vertragsärztlich tätig war, sehr schwierig. Ich glaube, das ist ein Pluspunkt, den ich habe. Er wird meine Arbeit natürlich beeinflussen.

Wo werden Sie Ihre Schwerpunkte setzen?

Der Sicherstellungsauftrag war in seiner Konzeption für die Vertragsärzte einerseits Verpflichtung, andererseits aber auch mit einer Art „Monopol“ der Versor-

ist es sicherlich von Vorteil, Jemanden im KBV-Vorstand zu haben, der aus der vertragsärztlichen Versorgungsschiene kommt.

Wer ist als ihr Nachfolger beim BVOU in der Diskussion?

Auf der BVOU-Januartagung haben wir verschiedene Optionen diskutiert. Ich bin fest davon überzeugt, dass es im jetzigen Vorstand Jemanden gibt, der inhaltlich in der Lage ist, das Amt zu füllen und der einen hohen Akzeptanzgrad bei den Kollegen hat. Die Mandatsträger würden den derzeitigen Schatzmeister Helmut Weinhardt zur Wahl vorschlagen.

Sie sind außerdem Vorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFA). Werden Sie dieses Amt fortführen?

Das wird sich zeigen. Das kann man nicht übers Knie brechen, sondern eine eventuelle Amtsniederlegung muss in geordneten Bahnen vonstatten gehen. Wie ja auch im BVOU Beratungen und Nachwahlen erforderlich sein werden. Wir werden sehen, in welchem zeitlichen Rahmen das möglich ist.

Wie sieht es an der Hausarzt-Front aus? Fach- und Hausärzte liegen sich seit Jahren in den Haaren. Können Sie diese konfliktträchtige Situation befrieden?

Von einer Front würde ich schon gleich gar nicht sprechen. Dieser Konflikt ist zum Teil persönlich begründet, zum Teil

HINTERGRUND



Am 16. Januar 2014 gab der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, bekannt, dass er aus gesundheitlichen Gründen zum 1. März sein Amt aufgeben wird. „Ich habe mich immer und mit voller Kraft für die ärztliche und psychotherapeutische Selbstverwaltung eingesetzt. Denn sie ist der Garant für eine flächendeckende und hochwertige ambulante medizinische Versorgung. Aus gesundheitlichen Gründen habe ich die für mich schwere Entscheidung getroffen, mein Amt zum 1. März niederzulegen“, erklärte er. Seit 2005

völlig legitim. Das heißt nicht zwingend, dass dies die Interessen aller Hausärzte sind. Sie müssen auch nicht den Interessen der Fachärzte entsprechen. Darüber muss man dann diskutieren. Ob man alle befrieden oder glücklich machen kann – ich glaube, das gelingt sowieso nie. Ich glaube allerdings auch, dass man sich von dem Gedanken verabschieden muss, dass, wenn man dem einen nützt, man dem anderen automatisch einen Schaden zufügt. Hausärzte und Fachärzte – das sind zwei Versorgungsbereiche, die ihre Daseinsberechtigung haben und entsprechend honorarpolitisch gewürdigt werden müssen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Jana Ehrhardt-Joswig



Jana Ehrhardt-Joswig,
freie Journalistin und
Redakteurin der OUMN

ist Köhler Vorstandsvorsitzender der KBV. „Großen und uneingeschränkten Respekt vor dieser persönlichen Entscheidung“, zollte der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KBV, Dipl.-Psychologe Hans-Jochen Weidhaas, auch im Namen seiner beiden Stellvertreter, Dr. Stefan Windau und Dr. Andreas Gassen. Weiterhin erklärte er: „Dr. Andreas Köhler hat für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie für das gesamte System der Kassenärztlichen Vereinigungen Großes geleistet. Der heutige Tag stellt eine Zäsur dar.“ Die Fachärzte in der KBV haben sich auf BVOU-Präsident Dr. Andreas Gassen als Köhlers Nachfolger verständigt. Dr. Gassen ist außerdem stellvertretender Vorsitzender der KBV-Vertreterversammlung sowie 1. Vorsitzender des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFA).

verbandspolitischen Ursachen geschuldet. Einen wirklichen Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten sehe ich nicht. Zumindest in der Praxis funktioniert das Nebeneinander von Haus- und Fach-

ärzten in der Regel sehr gut. Man muss eben genau hinschauen, wer welche Interessen verfolgt. Hausärzte und ihre verbandspolitischen Strukturen haben ihre klaren Interessen, und das ist auch

Die Diskussion muss versachlicht werden

Das Thema Wartezeiten wird alle Jahre wieder in die Diskussion gebracht. Nachdem es zu Zeiten von Ulla Schmidt Usus war, die vermeintliche „doppelte Facharztschiene“ zu geißeln, stellt man jetzt verwundert fest, dass es bei wachsendem Versorgungsbedarf in Klinik und Praxis zunehmend zur Knappheit an Fachärzten kommt.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Problem Wartezeiten kein echtes Massenproblem darstellt, sondern – so die letzte KBV-Versichertenbefragung – mehr als zwei Drittel der Patienten unmittelbar oder binnen einer Woche Facharzttermine erhielt. Unbestritten gibt es aber Facharztgruppen, bei denen es auch mal etwas länger dauert, einen Termin zu bekommen. Letztlich ist das ein Effekt, der bei einem bestehenden Globalbudget von Politik und Krankenkassen billigend in Kauf genommen wurde bzw. als „Rationierung durch die Hintertür“ durchaus gewollt war. Der Vorschlag, Patienten, die keinen schnellen Termin bekommen, in die Kliniken zu verweisen und die Behandlung dann aus dem Budget der Kassenärzte zu bezahlen, ist allerdings reiner Populismus.

Die Ärzteschaft ist gut beraten, das Thema offensiv anzugehen und Lösungen anzubieten. Die Fachärzte sollten Herr des Verfahrens sein und sich nicht unsachgemäße Lösungen überstülpen lassen. Es erscheint zunächst unumgänglich, die Diskussion um Wartezeiten zu versachlichen. Ein Weg kann es sein, dass die Hausärzte für dringliche fachärztliche Termine eine „qualifizierte“ Überwei-

sung ausstellen. Dadurch würde es für die Fachärzte möglich, die dringenden Überweisungen zu identifizieren. Ob eine Terminvermittlung über die Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisieren ist, muss man dann gegebenenfalls prüfen. Unumgänglich erscheint es, dass dieser zusätzliche Aufwand, den Hausärzte und Fachärzte damit haben, auch honoriert wird.

Krankenhausärzte haben keine Langeweile

Es ist absurd anzunehmen, die Kollegen in den Krankenhäusern könnten spontanen Terminwünschen der Patienten unproblematisch entsprechen. In den Kliniken ist es nicht so, dass die Kollegen über einen Überfluss an Zeit klagen. Je nach Fachbereich besteht auch im Krankenhaus eine mehr oder weniger ausgeprägte Personalknappheit. Die Äußerungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu diesem Thema erscheinen deshalb wenig durchdacht.

Die Fachärzte streben einen Wandel bezüglich der bisher unsachgemäß starren Sektorengrenzen an. Dies muss aber bedarfsgerecht geschehen. So mag es in ei-

nigen Fällen sinnvoll sein, Krankenhäuser in die ambulante Versorgung einzubinden oder niedergelassene Fachärzte in die stationäre Versorgung.

Ein erster Schritt wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sein. Ein Aufweichen der Sektorengrenzen muss grundsätzlich auch dazu führen, dass Honorarmittel zur Verfügung stehen, mit denen die erbrachten Leistungen hinterlegt werden.

Die aktuelle Wartezeitendiskussion zeigt die große Bedeutung fachärztlicher Versorgung in Praxis und Klinik. Das sollte uns ermutigen, das fachärztliche Versorgungsmodell nachdrücklich zu vertreten und dafür zu werben.

Dr. Andreas Gassen

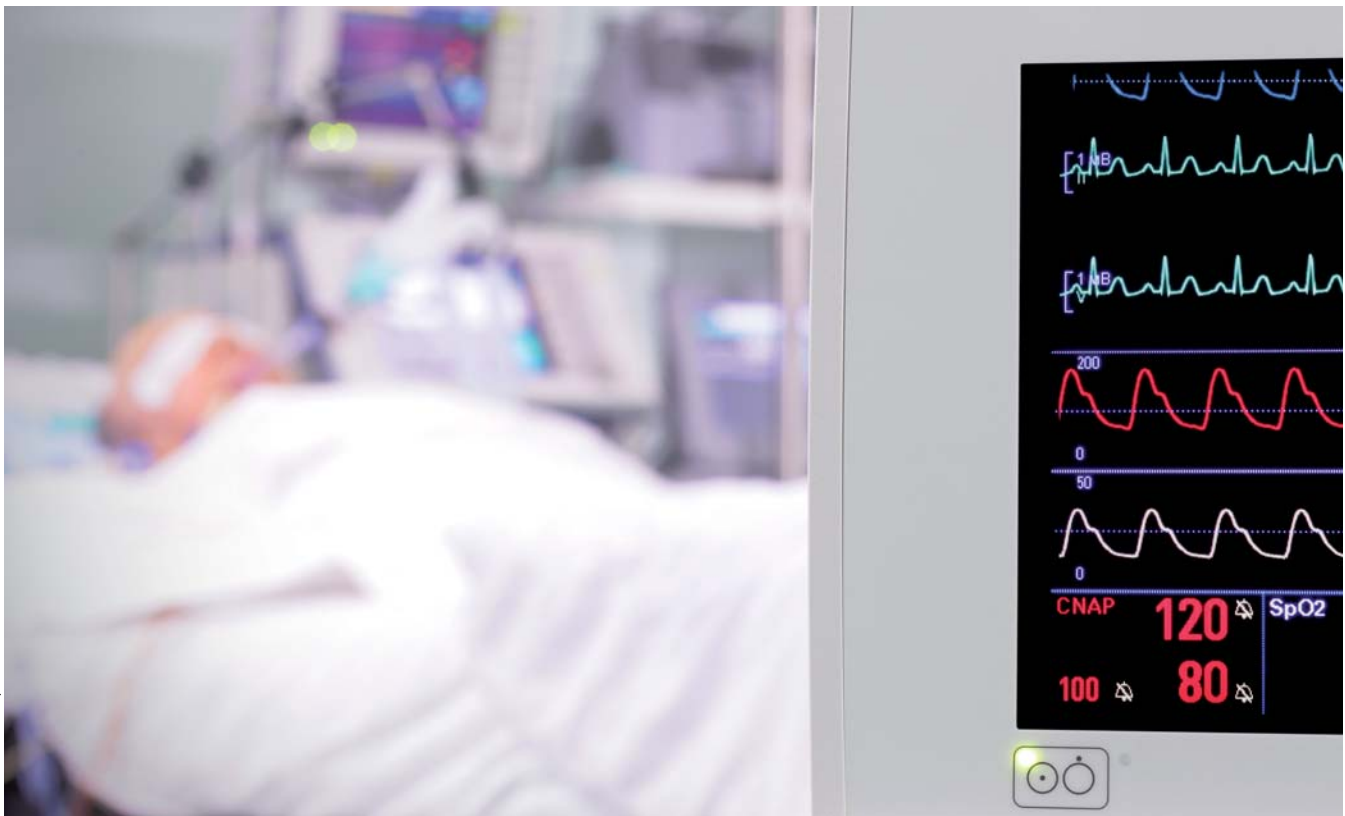


Dr. Andreas Gassen, Präsident des BVOU und 1. Vorsitzender des SpifA – Spitzenverband Fachärzte Deutschlands

Foto: Adrian Hillmann/Fotolia



In der öffentlichen Debatte wird es oft so dargestellt, dass viele Patienten monatelang auf einen Facharzttermin warten müssen. Die letzte KBV-Versichertenbefragung zeigte jedoch, dass zwei Drittel der Patienten sofort oder innerhalb einer Woche einen Termin bekommen.



AG HOCHSCHULMEDIZIN

Neue Finanzierung der Universitätsklinik dringend notwendig

Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin hat im vergangenen Jahr „Forderungen an die zukünftige Bundesregierung zur Sicherstellung einer zukunftsfesten Finanzierung der deutschen Universitätsmedizin“ veröffentlicht, die wir an dieser Stelle wiedergeben.

1. Die Einführung eines auf Fallpauschalen basierten Vergütungssystems (DRG) für die deutschen Krankenhäuser im Jahre 2003 sollte zu mehr Transparenz und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem sowie einer Reduktion von Liegezeiten führen. Während eine Reduktion der Liegedauer, Belegungstage und Transparenz erzielt worden konnte, ist ein transparenteres und gerechteres System der Krankenhausfinanzierung nicht erreicht worden. Insbesondere die vom Fallpauschalensystem vorgegebene Gleichbehandlung scheinbar gleicher Behandlungsfälle ohne ausreichende Berücksichtigung der Besonderheiten und spezifischen Aufgaben sowie Kosten der Universitätsklinik bei Diagnostik und Therapie hat zu einer signifikanten Schlechterstellung der Universitätsklinik geführt.

2. Trotz erheblicher ökonomischer Anstrengungen konnten die Kostensteigerungen der vergangenen Jahre nicht

durch ebensolche Ertragssteigerungen im DRG-System ausgeglichen werden. Diese Scherenproblematik bedarf in der neuen Legislaturperiode aus Sicht der AG Med dringend einer Korrektur durch die Bundesregierung, um die Universitätsklinik als Zentren medizinischer Ausbildung und Innovation zukunftsfest zu finanzieren. Die bisherigen Finanzierungsmodalitäten haben sich aufgrund der Nichtberücksichtigung der Besonderheiten der Universitätsklinik als nicht nachhaltig erwiesen.

3. Nach Auffassung der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin liegen die Besonderheiten der Universitätsklinik insbesondere in den folgenden Punkten:

- Die Universitätsklinik haben als Zentren der Spitzenmedizin die Aufgabe der Innovation, das heißt der Generierung neuer Methoden und Erkenntnisse im Bezug auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten.

Hier kommt der spezifische Verbund von Krankenversorgung und Forschung und Lehre zum Tragen.

- An den Universitätsklinik findet im Zusammenschluss mit den jeweiligen medizinischen Fakultäten ein Großteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinstudierenden und Assistenzärztinnen und -ärzte statt.
- Die Universitätsklinik sind Zentren der Maximalversorgung, bei denen Krankenversorgung, Forschung und Lehre ineinander greifen. Somit werden die schwersten und kurativ komplexesten Fälle schwerpunktmäßig in den Universitätsklinik behandelt. Die sich in diesem Zusammenhang auch ergebenden Extremkostenfälle sowie akut notwendige Krisenbewältigungen (beispielsweise die EHEC-Epidemie) werden nicht ausreichend und nur nachlaufend durch die Krankenkassen finanziert.
- Die Behandlung seltener Erkrankungen (Orphan Diseases) findet aufgrund

ARBEITSGEMEINSCHAFT HOCHSCHULMEDIZIN

In der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin sind folgende Institutionen zusammengefasst:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Bundesärztekammer
- Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken
- Institute und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschland
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht
- Deutscher Hochschulverband
- Marburger Bund
- MFT Medizinischer Fakultätentag

der Spezialisierung und Zentrenbildung vielfach ausschließlich an den Universitätsklinikum statt. Denn diese sind die einzigen Krankenhäuser, in denen seltene Erkrankungen überhaupt mit einer relevanten Fallzahl und Expertise und damit evidenzbasiert behandelt werden können.

- Die Universitätsklinikum sind weiterhin regelmäßig für die Sicherstellung der Notfallversorgung im jeweiligen Einzugsbereich im wesentlichen Umfang mitverantwortlich.
- Die ursprünglich nur für Forschung und Lehre und damit Belange der Ausbildung vorgesehenen Hochschulambulanzen stellen mittlerweile die ambulante Versorgung in Teilen sicher, ohne hierfür auch nur annähernd kostengerecht vergütet zu werden.

4. Die zunehmende Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat Konsequenzen für die Universitätsklinikum. Diese müssen in ausreichendem

Maße Zugang zu den für die Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung erforderlichen ambulanten Patienten erhalten. An einigen Standorten stellen Universitätsklinikum in Teilbereichen die ambulante Versorgung sicher. Die Kosten für die Betreuung ambulanter Patienten müssen transparent und leistungsgerecht vergütet werden.

5. Diese Spezifika der Universitätsklinikum sind bis dato unter anderem in den Fallpauschalen nicht berücksichtigt worden, wodurch eine evidente Entwicklung zu Lasten der Universitätsklinikum eingetreten ist. Erstmals wird die Mehrzahl der Universitätsklinikum negative Jahresabschlüsse vorlegen. Diese Entwicklung wird sich kurzfristig verschärfen, wenn das derzeitige DRG-System in der aktuellen Systematik beibehalten werden sollte.

6. Vor diesem Hintergrund fordert die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin die künftige Bundesregierung auf, die Finanzierung der Universitätsklinikum

in der neuen Legislaturperiode nachhaltig zu verbessern. Praktikabel erscheint ein gesonderter Zuschlag für die spezifischen Aufgaben der Universitätsmedizin neben dem Fallpauschalensystem. Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin unterstützt daher die Forderungen nach Einführung eines Systemzuschlages für die systemrelevanten Aufgaben der Universitätsmedizin und fordert die neue Bundesregierung auf, diesen Punkt im Koalitionsvertrag zu verankern.

7. Die Universitätsklinikum sind allerdings nicht nur im Rahmen der Finanzierung der Betriebskosten benachteiligt, sondern auch im Rahmen der Investitionskosten. Die sogenannte duale Finanzierung krankt an beiden Enden. Denn bis zur Förderalismusreform wurden die Investitionskosten und damit die Investitionen in Gebäude und Gerätschaften von Bund und Ländern hälftig getragen. Im Rahmen der Förderalismusreform hat sich der Bund dieser Aufgaben entledigt. Die Bundesländer sind aufgrund ihrer eigenen teilweise prekären Haushaltslage nicht willens oder in der Lage, die Investitionskosten der Universitätsklinikum zu schultern. Um zu einer Lösung der genannten Problemstellungen zu kommen, fordert die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin die neue Bundesregierung auf, eine Kofinanzierung der Investitionskosten der Universitätsklinikum durch den Bund und die Länder gegebenenfalls auch durch eine Grundgesetzänderung (Artikel 91 b GG) zu ermöglichen.



Zahlreiche Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung, der Kostenträger, von Krankenhäusern, politischen Institutionen und anderen Fachgesellschaften diskutierten mit Vorstandsmitgliedern von DGOU, DGOOC, DGU und BVOU.

ZUKUNFTSWERKSTATT O&U

Finanzierung der Weiterbildung in O&U

„Die Finanzierung der Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie – Anspruch, Wirklichkeit und Perspektiven“ – diese Frage diskutierten die Teilnehmer der Zukunftswerkstatt, die die DGOU und der BVOU gemeinsam im November 2013 veranstalteten.

Wieviele Fachärzte für O&U werden zukünftig angesichts der demografischen Entwicklung – auch innerhalb des eigenen Berufsstandes – benötigt? Wie kann man das Berufsbild attraktiv halten und zukünftig gestalten? Und vor allem: Wer trägt die Kosten einer strukturierten und qualitativ hochwertigen Weiterbildung?

Ärztetag fordert angemessene Finanzierung der Weiterbildung

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 forderte jedenfalls in einer Entschließung (IV-34) eine angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im klinischen und niedergelassenen Sektor. Zur Sicherung einer guten Weiterbildung müssen die Zeit dafür haben, junge

Kollegen anzuleiten. Dass Weiterbildung Geld kostet, ist ja nicht neu. Dass dies aber nun auch in der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Politik angekommen ist, hat Gründe: Die Ökonomisierung der gesamten Gesundheitsversorgung, erlahmendes Interesse am ärztlichen Beruf und bereits bestehende Versorgungslücken fordern die Verantwortlichen heraus. Orthopädie und Unfallchirurgie haben sich als erste dieser brennenden berufspolitischen Fragen angenommen.

Der vom Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, Heinz Stüwe, geleitete Workshop hat es auf den Punkt gebracht: „Finanzierung der Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie – Anspruch, Wirklichkeit und Perspektiven“. Neben Vertretern der Vorstände von

DGOU, DGOOC, DGU und BVOU nahmen zahlreiche Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung, der Kostenträger, von Krankenhäusern, politischen Institutionen und anderen Fachgesellschaften teil. Besonderes Interesse galt den Beiträgen aus der Schweiz und den Niederlanden, die bereits spezifische Wege der Bedarfsplanung bzw. Finanzierung der Weiterbildung verfolgen.

Ärzteblatt berichtet über Debatte um Extrafinanzierung

Die Initiative von Orthopädie und Unfallchirurgie zu diesem Workshop wurde allgemein gelobt und wenig später auch im Ärzteblatt gewürdigt. Unter dem Titel: „Weiterbildung – Debatte um Extrafinanzierung“ heißt es:

„Brauchen Krankenhäuser und Arztpraxen zusätzliches Geld, wenn sie Ärztinnen und Ärzte weiterbilden? Die Diskussion darüber kommt allmählich in Fahrt, denn inzwischen sind viele Experten der Ansicht, dass die Fallpauschalen in den Kliniken die Kosten für die fachärztliche Weiterbildung nicht mehr abbilden... Praxen, die einen Weiterzubildenden beschäftigen, dürfen ihren Umsatz in der Regel nur in geringem Umfang steigern. Das verhindert, dass die Ärzte in Weiterbildung durch ihre ärztliche Arbeit so zum Praxiserlös beitragen, dass sich ihre Anstellung für den Praxisinhaber rechnet... In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich Union und SPD am 27. November darauf verständigt, die Kalkulation der DRGs im Krankenhaus so anzupassen, dass die Personalkosten ausreichend berücksichtigt werden. Außerdem wollen sie die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin um 50 Prozent erhöhen und die Weiterbildung in grundversorgenden Fachgebieten in ambulanten Einrichtungen fördern(...)

Bislang ist die Allgemeinmedizin der einzige Weiterbildungsgang, der finanziell unterstützt wird. Seit 1999 fördern die gesetzliche und (anteilig) die private Krankenversicherung allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen in den Krankenhäusern. Im ambulanten Bereich beteiligen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Hälfte an der Förder-summe. Seit 2010 werden Weiterbildungsstellen in den Praxen mit 3.500 Euro monatlich gefördert. Im Krankenhaus gibt es in der Inneren Medizin 1.020 Euro, in anderen Gebieten der unmittelbaren Pa-

tientenversorgung 1.750 Euro. Jährlich fließen etwa 140 Millionen Euro in die Weiterbildung künftiger Hausärzte(...)

Aber auch in den Kliniken wächst angesichts des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks – dem Krankenhaus-Barometer 2013 zufolge schreibt inzwischen jedes zweite Haus rote Zahlen – die Unzufriedenheit. „Die Kliniken sehen Weiterbildung zunehmend als Kostenfaktor an“, erklärte Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).“ (*Deutsches Ärzteblatt, Jg.110, Heft 49, A235-A2352*)

Junges Forum O&U kritisiert Bedingungen der Weiterbildung

Diese Unzufriedenheit wurde auch vom Jungen Forum der DGOU geäußert. Dr. Münzberg und Dr. Perl kritisierten mit einem Umfrageergebnis den Anforderungskatalog der WBO, so zum Beispiel den OP-Katalog. Problematisch seien auch die Arbeitsbedingungen für Weiterzubildende in der Phase der Familien-gründung. Immerhin würden ja die Medizin und auch Orthopädie und Unfallchirurgie zunehmend weiblich. Darüber hinaus wurde häufig das Mentoring bemängelt, da es an Einzelbetreuung fehle.

BÄK schlägt Module mit Simulationstraining vor – in Klinik und Praxis

Die Bundesärztekammer ist bekanntermaßen mit einer Novellierung der Weiterbildungsordnung unterwegs. Diese soll sich an der „Versorgungsrealität“ ori-

entieren und daher auch vermehrt ambulante Weiterbildungsmöglichkeiten entwickeln. Nach Franz Bartmann müsse die Finanzierung der Weiterbildung daher in Kliniken und Praxen gleichermaßen erfolgen. Bei stetig steigenden Arztlöhnen im Krankenhaus resultieren weniger Erfahrungsinhalte für den einzelnen Weiterzubildenden. Franz Bartmann möchte dies durch Module mit Simulationstraining lösen. Die Qualität der Weiterbildung könne auch dadurch verbessert werden, dass genauer selektiert wird, an wen man Weiterbildungsbefugnisse erteilt.

GBA: Bedarfsplanung nicht außer Acht lassen

Regina Klakow-Franck vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) brachte das Thema der „Bedarfsplanung“ ins Spiel: Bei einer erheblichen Diskrepanz zwischen Bedarf und ausgebildeten Fachärzten müsse rechtzeitig gegengesteuert werden können. Hierzu wurde die Notwendigkeit einer Abstimmung zwischen den Trägern mit einer fachübergreifenden Lösung betont. Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) befürwortete Rucksackmodell, bei dem die Ärzte in Weiterbildung Geld erhalten, das sie frei für die verschiedenen Stationen auf dem Weg zum Facharzt nutzen können, berge die Gefahr, dass notwendige Weiterbildungsinhalte auf der Strecke bleiben, die das Budget nicht mehr zulässt. Daher hielt Klakow-Franck eine Einpreisung der Kosten der WB-Assistenten in das DRG-System für angemessen. Als eine Möglichkeit wurde gesehen, ausbildende Kliniken der Maximalversorgung gesondert im DRG-System darzustellen, um ihnen gegenüber nicht ausbildenden Kliniken Rechnung zu tragen. Die Förderung müsse in diesem Falle qualitätsgebunden sein.

VUD: Mischkalkulation nicht praktikabel

Ralf Heyder vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) hält eine Mischkalkulation für nicht praktikabel, da eine differenzierte Darstellung der WB-Inhalte im DRG-System kaum möglich sei, und schlägt eine eigene Fondslösung vor, wie sie in Form von Weiterbildungsfonds bereits in zahlreichen Ländern üblich ist. Der Vorschlag, die Weiterbildung aus Mitteln des Gesundheitsfonds zu finanzieren, steht aufgrund



Heinz Stüwe, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, leitete den Workshop.

FAZIT DER ZUKUNFTSWERKSTATT

- Die Weiterbildung erfolgt derzeit vorwiegend in Kliniken. Diese aber stehen unter einem erheblichen ökonomischen Druck. Weiterbildung ist für diese daher meistens nur mehr ein „Kostenfaktor“.
- Weiterbildung im ambulanten Bereich findet kaum statt. Bei einer zunehmenden Verlagerung ärztlicher Leistungen in den ambulanten Sektor muss das Weiterbildungsergebnis daher lückenhaft bleiben.
- Die Qualität der Weiterbildung und damit der berufstätigen Ärzte aber garantiert erst die Qualität des Gesundheitssystems.
- Es bedarf daher einer konzertierten Aktion unter den Akteuren im Versorgungssystem, um die Weiterbildung vom Kostendruck zu befreien.
- Für die Durchsetzung einer sektorenübergreifenden Weiterbildung sollte von allen beteiligten Institutionen ein abgestimmter Lösungsvorschlag an die Politik ergehen.
- Die Finanzierung der Weiterbildung kann nicht losgelöst vom zukünftigen Bedarf an Haus-/Fachärzten betrachtet werden.
- Eine Finanzierung über eine Fondslösung erscheint sinnvoll.
- Dazu ist ein Weiterbildungsregister erforderlich, ebenso eine Überprüfung (Zertifizierung) der Weiterbildungsstätten.

der Abhängigkeit von politischen und finanziellen Schwankungen bei allen Teilnehmern der Zukunftswerkstatt jedoch nicht zur Diskussion.

AOK: Mehrkosten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung müssen erfasst werden

Jürgen Malzahn vom Bundesverband der AOK unterstrich das Interesse der Kostenträger an einer effizienten Weiterbildung; denn diese werde ja aus den Kosten der GKV finanziert. Laut einer Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) nach der Einführung der DRGs gibt es wohl leicht steigende Zahlen an Facharztanerkennungen im Bereich O&U. Es existieren allerdings keine konkreten Daten über die Mehrkosten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Diese müssten zunächst erfasst werden. Malzahn befürwortet ebenfalls die Einrichtung eines Weiterbildungsfonds, wie er in Deutschland bereits im Bereich Krankenpflege existiert.

Wieviele WB-Assistenten und -stätten gibt es eigentlich?

Marion Haubitz fordert als Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Erfassung von Weiterbildungsstätten. Eine Ansicht, die von den Teilnehmern des Workshops mehrheitlich geteilt wird. Darüber hinaus sollten Daten zu den WB-Assistenten (WB-Jahr und -stätte, Fach etc.) zentral dokumentiert werden, aus denen dann eine Problemanalyse, zum Beispiel zu regionalen Unterschieden betreffend Krankenhaus-, Abteilungsgröße oder Kinderfreundlichkeit

generiert werden könnte. Haubitz hält eine Bezahlung der Weiterbildung im Sinne eines Zuschlags für das jeweilige Krankenhaus – ausgerichtet an der Zahl der weitergebildeten Kollegen und der Weiterbildungsjahre – für möglich. In dem Zusammenhang wären wiederum die Fragen nach Kontrollen der WB-Stätten sowie gegebenenfalls einer Änderung der Facharztprüfungen zu klären.

Modellversuch in Münster

Theodor Windhorst, Ärztekammer Westfalen-Lippe, berichtete von einem Modellversuch der Münsteraner Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe, das Lerneinheiten in Form von Simulationstrainings abseits des klinischen Alltags vorsieht. Dafür werden die WB-Assistenten im 1. und 2. Weiterbildungsjahr acht bzw. vier Tage von den Versorgungsaufgaben im Krankenhaus freigestellt. Die Gesamtkosten des Modellversuchs werden auf 7.000 Euro pro Weiterzubildenden pro Jahr geschätzt. Das Bundesministerium für Gesundheit wies eine finanzielle Förderung dieses Modells mit dem Verweis ab, dafür seien die Länder zuständig.

Beispiel Helios-Gruppe

Die Weiterbildungsregeln der Helios-Gruppe werden gelegentlich als beispielhaft bezeichnet. Nach Waltraud Georg von der Helios Akademie sind jährlich 0,4 Prozent des Umsatzes für die Fort- und Weiterbildung aller Helios-Mitarbeiter vorgesehen. Eine 2011 ins Leben gerufene Qualifizierungsinitiative beinhaltet unter vielem anderen die Schwerpunkte

Nachwuchssicherung, Seminardatenbank, Belohnungen für besonderes Engagement im Bereich Fort- und Weiterbildung sowie Interprofessionalität und Vernetzung. Die ärztliche Weiterbildung setzt sich aus drei Stufen zusammen: dem Berufsanfängertraining, der Rotationsphase mit Kursen und Workshops und strukturierten Weiterbildungscurricula und der Facharztvorbereitung.

Weiterbildung in der Schweiz und den Niederlanden

Reto Babst, Kantonsspital Luzern, und Klaus Wendt, University Medical Center Groningen, stellten schließlich die Systeme in der Schweiz und in den Niederlanden dar. Nach dem Finanzierungskonzept „PEP 2012“ (Pragmatisch, Einfach, Pauschal) wird die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz durch kantonale Fonds finanziert, die sich aus Beiträgen der Bewohner bilden. Die Schweiz hat zwar das deutsche DRG-System übernommen, ist aber im Gegensatz zu Deutschland der Meinung, dass die Weiterbildungskosten darin nicht verpackt sind. In Deutschland nämlich erfolgt die Kostenkalkulation für die DRGs zu Zeiten der nicht dokumentierten und unbezahlten Überstunden der Ärzte. Die Kosten für die ärztliche Leistung könne also nicht realistisch abgebildet sein. Die Verteilung der Mittel erfolgt ausschließlich durch das Schweizer Institut für Fort- und Weiterbildung an zertifizierte Weiterbildungsstätten, die in einer Spitalliste verzeichnet sind und sich dazu verpflichten, die ihrem Potenzial entsprechende Anzahl an Assistenzärzten/-innen weiterzubilden. Die WB-Assistenten sind angehalten, ein E-log-Buch zu führen sowie den Besuch von Kursen und Kongressen nachzuweisen. Gemäß dem Arbeitszeitgesetz sind acht von 50 Wochenarbeitsstunden für die Weiterbildung vorgesehen. Der Prozess wird sehr intensiv von der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) begleitet.

Die Niederlande sind ein Musterbeispiel für die Bedarfsplanung. Die Assistenzärztinnen und -ärzte besitzen entweder den Status „in Weiterbildung“ oder „nicht in Weiterbildung“. Das Gesundheitsministerium legt die Anzahl der WB-Assistenten fest. In der Registerstelle RGS sind die Ausbildungsstätten sowie die Ausbilder verzeichnet, diese unterliegen einer Qualitätskontrolle im Fünf-Jahres-Rhythmus

(bzw. bei Ausbilder-Wechsel). Für jeden WB-Assistenten erhalten die WB-Stätten 115.000 Euro pro Jahr. Dieser Ausgleich wird aus einem Ausbildungsfonds finanziert, in den jeder Versicherte einen Teil seines Krankenversicherungsbeitrages einzahlte.

DKG: Weiterbildungspauschale als Add-on auf DRG

Peer Köpf von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vertrat die Position, dass die Finanzierung der Weiterbildung nicht aus den DRGs herausgetrennt, sondern Add-ons auf die Fallpauschale an die Kliniken gezahlt werden sollten, die eine nachweislich qualitativ hochwertige Weiterbildung anbieten (Fondlösung).

Marburger Bund will WB-Tarif

Der Marburger Bund (MB), vertreten durch Andreas Botzlar, steht für eine

Weiterbildungsvergütung auf Basis eines Tarifvertrags – egal, wo die Weiterbildung erfolgt. Einen gesonderten Finanzstrom, wie etwa durch das Rucksackmodell, lehnt der MB ab. Definiere man Weiterbildung als gesellschaftliche Aufgabe, berge das die Gefahr, dass die Gesellschaft dann auch beim Bedarf mitbestimmen wolle. „Noch haben wir in Deutschland einen freien Zugang zur Weiterbildung“, sagte Botzlar. „Die jungen Ärzte entscheiden selbst, wer was werden will.“

Natürlich mussten Fragen offen bleiben: Wie kann man dafür die gesetzlichen Grundlagen schaffen? Wer speist den Fonds? Wie wird das Geld verteilt? Wie erfolgt die Umsetzung? „Wir sind am Anfang einer Bewusstseins-schaffung“, meinte DGOU-Präsident Hoffmann abschließend. Die DGOU bleibt dran!

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



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
Generalsekretär der DGU



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



Foto: Fotolia

Im Bereich der Knorpeltherapie gibt es viele hochwertige Studien, diese vergleichen jedoch meist zellbasierte Therapieverfahren mit der arthroskopischen Mikrofrakturierung. Bezüglich anderer Therapieformen gibt es wenig handfeste Aussagen. Das Erfassen von Patientendaten in einem Register ist deshalb ein wichtiger Baustein zur Versorgungsforschung.

KNORPELCHIRURGIE

Knorpelregister DGOU: Wichtiger Beitrag zur Versorgungsforschung

Als ergänzenden Baustein zur Beurteilung der Wertigkeit von Knorpeloperationen und zur Erfassung von Komplikationen hat die AG Klinische Geweberegeneration der DGOU das KnorpelRegister DGOU initiiert. Es steht bislang den Mitgliedern der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU zur Verfügung, eine allgemeine Öffnung wird für Mitte des Jahres angestrebt.

Knorpelregenerative Therapien haben in den vergangenen Jahren zunehmend an Stellenwert gewonnen. Neben der Reduktion der Beschwerden des Patienten stellt eines der Ziele dieser Therapieansätze das Vermeiden einer Arthrose, welche sich auf Grund eines isolierten Knorpelschaden entwickeln kann, dar. Wengleich letzteres noch nicht mit abschließender wissenschaftlicher Sicherheit nachgewiesen werden konnte, begründen diese Überlegungen die hohe medizinische, aber auch sozio-ökonomische Relevanz dieser Pathologien. Auch wenn sich zwischenzeitlich gute und weitestgehend einheitliche Therapieempfehlungen für die Behandlung von Knorpelschäden, insbesondere am

Kniegelenk, etabliert haben und sich die Empfehlungen in unterschiedlichen Ländern hier überwiegend entsprechen, hat sich die Studienlage in den vergangenen Jahren im Bereich der knorpelregenerativen Therapien doch erheblich verändert. Die AG Klinische Geweberegeneration der DGOU und DGOOC gehörte hier im Jahr 2004 zu den ersten Fachgesellschaften, die bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt Empfehlungen zur größenabhängigen Behandlung von Knorpelschäden veröffentlicht haben [1]. Diese haben sich während der zurückliegenden Jahre bestätigt und wurden im Jahr 2013 unter Berücksichtigung neuerer Studien aktualisiert und erneut publiziert [2].

Deutlich bessere Evidenzlage – aber nur limitierte Aussagen möglich

Die im Jahr 2013 ausgesprochenen Empfehlungen basieren hierbei auf einer deutlich verbesserten Evidenzlage, da auch durch die Zuordnung der zellbasierten Therapien wie der autologen Knorpelzelltransplantation (ACT) zum Arzneimittelgesetz und die damit verbundene Notwendigkeit der Hersteller, Zulassungsstudien analog denen des Zulassungsprozesses von Pharmaka durchzuführen, mittlerweile viele hochwertige Studien im Bereich der Knorpeltherapie vorliegen. Das Design und die Kontrollgruppen müssen hierbei in der Regel stets mit den Zulassungsbehörden

abgestimmt werden. Dies hat aus wissenschaftlicher Sicht dazu geführt, dass mittlerweile zwar eine große Anzahl von prospektiv-randomisierten Studien (RCT) vorliegt, die unterschiedliche Produkte zellbasierter Therapieverfahren in erster Linie gegen die arthroskopische Mikrofrakturierung vergleichen [3–7], jedoch ergibt sich durch die fehlende Berücksichtigung anderer Therapieformen in diesen Studien ein Publikations-Bias. Zudem liegt die in den meisten Studien untersuchte Indikation bei eher kleineren Knorpeldefekten und somit nicht in dem Indikationsspektrum, welches eigentlich von den Fachgesellschaften für die zellbasierten Therapien empfohlen wird. Des Weiteren sind die Ein- und Ausschlusskriterien in den Zulassungsstudien so eng vorgegeben, dass hier nur ein Bruchteil der Patienten repräsentiert wird, die mit solchen Verfahren in der Realität behandelt werden. Durch die überschaubaren Fallzahlen ist es den RCTs kaum möglich, zuverlässige Aussagen über mögliche Komplikationen und somit letztendlich auch über die Sicherheit der Verfahren zu machen [8]. Durch die Wahl des primären Studienendpunktes – in der Regel nach 24 oder 36 Monaten – sind zudem keine wirklichen Aussagen über Langzeitverläufe möglich. Nicht nur vor diesem Hintergrund gewinnt das Erfassen von Patientendaten im Rahmen der Routineversorgung als ein wichtiger Baustein der Versorgungsforschung zunehmend an Bedeutung. Dies ist eines der formulierten Ziele des KnorpelRegisters DGOU.

Versorgungszahlen zur Bewertung einzelner Verfahren

Während in Deutschland bisher nur wenige Register zur Erfassung von Behandlungsdaten etabliert werden konnten, bilden nicht nur die bekannten Register für endoprothetische Operationen in den skandinavischen Ländern einen essenziellen Baustein der Versorgungsforschung; vielmehr konnten auch weniger bekannte Register wie zum Beispiel ein Register zur Erfassung von Operationsergebnissen und Komplikationen nach vorderer Kreuzbandruptur etabliert werden, aus denen hochwertige Daten mit großer klinischer Relevanz publiziert werden. Aus diesen lassen sich zwar nicht so eindeutig wie in einer vergleichenden Studie direkte Rückschlüsse auf die unter-



Abb. 1 Isolierter Knorpelschaden der medialen Femurkondyle Stadium III nach ICRS Klassifikation. Die Erfassung des Behandlungsergebnisses nach operativer Versorgung erfolgt im KnorpelRegister DGOU unabhängig von der Art der stattgehabten Operation.

schiedliche Wirksamkeit von Therapien ziehen, dennoch wird von vielen Autoren gerade in den vergangenen Jahren die Bedeutung solcher Versorgungszahlen als wichtiger Baustein für die Bewertung von Verfahren und Optimierung der Indikationsstellung angesehen [9, 10]. Ein separates Register zur Erfassung von Ergebnissen von Operationen am Gelenkknorpel existiert zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht.

Webbasiertes Eingabe- und Dokumentationssystem

Auf Basis der Erfahrungen mit anderen erfolgreichen Registern, wie dem TraumaRegister DGU oder dem Beckenregister der AG Becken der DGU, wurden für das Projekt KnorpelRegister DGOU zunächst die Anforderungen definiert. Im Gegensatz zu den oben erwähnten Registern bestand eines der Hauptziele des Projektes darin, auch das Behandlungsergebnis über mehrere Jahre zu erfassen und im Verlauf zu verfolgen. Zudem sollte der Dokumentationsaufwand für die beteiligten Ärzte in den teilnehmenden Zentren möglichst gering gehalten werden, um eine gute Mitarbeit und breite Nutzung zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der spezifischen Charakteristika von Patienten mit isolierten Knorpelschäden, die ein durchschnittliches Behandlungsalter im Bereich der vierten Lebensdekade aufweisen, wurde der Entschluss gefasst, ein web-basiertes Eingabe- und Dokumentationssystem unter Verwendung eines automatisierten Follow-Up durch „Patient-reported Outcome – PRO“ zu verwenden. Die entsprechenden subjektiven Score-Systeme waren diesbezüglich schon lange im Bereich der



Abb. 2 Auch Patienten mit Begleiteingriffen, wie zum Beispiel Patienten mit begleitender Osteotomie, werden im KnorpelRegister DGOU – anders als in der überwiegenden Zahl kontrollierter Studien – abgebildet.

Knorpelregenerativen Therapie etabliert und auch für diese Krankheitsbilder validiert [11–15].

Die technische Umsetzung der Datenbank und Datenerfassung erfolgte durch das Studienzentrum des Universitätsklinikums Freiburg. Aufbauend auf dem System „RDE light“, welches für die webbasierte Erfassung von Daten im Rahmen multizentrischer Studien entwickelt wurde, konnte durch eine Drittmittelförderung der Deutschen Arthroscopie e.V. durch das Studienzentrum das System weiterentwickelt und den Anforderungen für die Nutzung als Registerdatenbank angepasst werden. Den Aspekten „Datenschutz“ und „Datensicherheit“ wurde hier ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt. Die Akzeptanz der Struktur durch mittlerweile 20 verschiedene Ethikkommissionen in elf verschiedenen Bundesländern spiegelt aus Sicht der Initiatoren diesen Aspekt wider.

Das Register wurde im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 freigeschaltet, aktuell beteiligen sich 25 Kliniken am

Aus unserem Fach

FRAGEN?



Interessierte Kollegen können sich unter der E-Mail-Adresse info@knorpel-register.info sowie auf der Internetseite www.knorpelregister-DGOU.de über die Aktivitäten und Nutzungsvoraussetzungen des KnorpelRegisters DGOU informieren.

KnorpelRegister DGOU. Bis Mitte 2014 steht es nur den Mitgliedern der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU zur Verfügung, eine Öffnung an sämtliche Operateure, die Patienten mit Knorpelschäden behandeln, wird für Mitte 2014 angestrebt.

In der ersten Ausbaustufe des Registers werden seit Oktober 2013 operative Eingriffe am Kniegelenk erfasst, eine Ausdehnung auf andere Gelenke ist geplant und wird voraussichtlich ab Herbst 2014 mit einer separaten Erfassung von knorpelregenerativen Eingriffen am oberen Sprunggelenk und am Hüftgelenk ergänzt. Diesbezüglich wurden bereits Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit den Inhalten der Datenerfassung beschäftigen.

Philipp Niemeyer
Universitätsklinikum Freiburg

Birgit Grotejohann

Katrin Schweigler

Julia Maurer

Studienzentrum Freiburg, Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Jürgen Fritz
Orthopädisch Chirurgisches Centrum
Tübingen

Dirk Albrecht
Klinik im Kronprinzenbau Reutlingen



Korrespondierender Autor: Prof. Dr. Philipp Niemeyer, **Kontakt:** philipp.niemeyer@uniklinik-freiburg.de



Besuchen Sie uns auf Facebook:
Knorpelregister DGOU

LITERATUR

- Behrens P, et al. (2004) Indikations- und Durchführungsempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Geweberegeneration und Gewebeersatz“ zur Autologen Chondrozyten-Transplantation (ACT). *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 142(5):529-539.
- Niemeyer P, et al. (2013) Stellenwert der autologen Chondrozytentransplantation (ACT) in der Behandlung von Knorpelschäden des Kniegelenks – Empfehlungen der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 151(1):38-47.
- Knutsen G, et al. (2007) A randomized trial comparing autologous chondrocyte implantation with microfracture. Findings at five years. *J Bone Joint Surg Am* 89(10):2105-2112.
- Knutsen G, et al. (2004) Autologous chondrocyte implantation compared with microfracture in the knee. A randomized trial. *J Bone Joint Surg Am* 86-A(3):455-464.
- Saris DB, et al. (2009) Treatment of symptomatic cartilage defects of the knee: characterized chondrocyte implantation results in better clinical outcome at 36 months in a randomized trial compared to microfracture. *Am J Sports Med* 37 Suppl 1:105-195.
- Saris DB, et al. (2008) Characterized chondrocyte implantation results in better structural repair when treating symptomatic cartilage defects of the knee in a randomized controlled trial versus microfracture. *Am J Sports Med* 36(2):235-246.
- Vanlauwe J, et al. (2011) Five-year outcome of characterized chondrocyte implantation versus microfracture for symptomatic cartilage defects of the knee: early treatment matters. *Am J Sports Med* 39(12):2566-2574.
- Engen CN, Engebretsen L, Arøen A (2010) Knee Cartilage Defect Patients Enrolled in Randomized Controlled Trials Are Not Representative of Patients in Orthopedic Practice. *Cartilage* 1(4):312-319.
- Sanson-Fisher RW, Bonevski B, Green LW, & D'Este C (2007) Limitations of the randomized controlled trial in evaluating population-based health interventions. *American journal of preventive medicine* 33(2):155-161.
- Yang W, et al. (2010) Observational studies: going beyond the boundaries of randomized controlled trials. *Diabetes research and clinical practice* 88 Suppl 1:S3-9.
- Mithoefer K, et al. (2011) Guidelines for the Design and Conduct of Clinical Studies in Knee Articular Cartilage Repair: International Cartilage Repair Society Recommendations Based on Current Scientific Evidence and Standards of Clinical Care. *Cartilage* 2:100-121.
- Roos EM, Bremander AB, Englund M, & Lohmander LS (2008) Change in self-reported outcomes and objective physical function over 7 years in middle-aged subjects with or at high risk of knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 67(4):505-510.
- Roos EM, Davis A, & Beynon BD (2009) IKDC or KOOS? Which measures symptoms and disabilities most important to post-operative articular cartilage repair patients? *Am J Sports Med* 37(5):1042-1043; author reply 1043.
- Roos EM, et al. (2011) ICRS Recommendation Document: Patient-Reported Outcome Instruments for Use in Patients with Articular Cartilage Defects. *Cartilage* 2:122-136.
- Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, & Beynon BD (1998) Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 28(2): 88-96

INTERESSENGEMEINSCHAFT

Der konservativen O&U verpflichtet

Unbestritten sind die nicht-operativen Verfahren im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ein wichtiger und nicht wegzudenkender Bestandteil. In der DGOOC wurden daher Prof. Stefan Rehart und Dr. Matthias Psczolla im Jahr 2012 mit der Gründung und Leitung einer Interessengemeinschaft konservative Verfahren beauftragt.

Die Interessengemeinschaft pflegte einen interdisziplinären Austausch mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) und dem BVOU. Die Ergebnisse der Treffen in den Jahren 2012 und 2013 fanden Eingang in die Entwürfe für die neue Musterweiterbildungsordnung. Es zeigte sich, dass in unseren Fachgesellschaften die Einbindung von Vertretern der konservativen Verfahren in Entscheidungsprozesse der Leitungsgremien nicht routinemäßig implementiert ist. Die nachhaltige und konsequente Vertretung dieses Teils des Faches sollte aufgrund seiner Bedeutung nicht von der zufälligen temporären Zusammensetzung der Gremien nach Wahlen abhängig sein. Die Gefahr des Verlustes der nicht-operativen Inhalte an andere Fächer und Gebiete ist unverändert nicht gebannt

und bedarf nachhaltiger Anstrengungen im eigenen Fach.

Im Rahmen der Ökonomisierung der Medizin besteht bekanntermaßen die große Gefahr des Abbaus nicht-operativer Behandlungskapazität gerade an Weiterbildungsstätten und eines zunehmenden Verlustes von Wissen und Können in diesem Bereich. In unseren Gruppierungen der Sektionen, Arbeitsgemeinschaft und Arbeitsgruppen dürfen wir auf umfangreiches Wissen und Können bauen, das den Bereich der nicht-operativen Verfahren abdeckt. Allerdings scheint die Vernetzung und Kommunikation auch im Sinne der Außendarstellung durchaus verbesserungsfähig.

Diese Problematik wurde den Fachgesellschaften DGOU, DGOOC und DGU darge-

stellt und die Notwendigkeit betont, dass innerhalb der Fachgesellschaften eine bessere Vernetzung, Strukturierung und Kommunikation der Gruppierungen, die konservative Inhalte vertreten, anzustreben ist. Durch diese Maßnahme soll eine legitimierte Struktur zur Vertretung der nicht-operativen Inhalte im Fach geschaffen werden, die an die Leitungsgremien entsprechend angebunden werden sollte. An Prof. Stefan Rehart und Prof. Bernd Kladny wurde ein Arbeitsauftrag erteilt, diesbezüglich ein Konzept zu entwerfen und vorzulegen.

Prof. Dr. Bernd Kladny
Prof. Dr. Stefan Rehart



Prof. Dr. Bernd Kladny,
Herzogenaurach



Prof. Dr. Stefan Rehart,
Frankfurt/Main



WEITERBILDUNGSORDNUNG

Konventionelles Röntgen für Unfallchirurgen/Orthopäden

Die Röntgendiagnostik ist in den Weiterbildungsordnungen der meisten Landesärztekammern nicht Inhalt der Weiterbildung für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wie es bei dem „alten“ Facharzt für Orthopädie bzw. bei dem „alten“ Unfallchirurgen war.

Die Röntgendiagnostik wurde nicht mehr in den Inhalt der Weiterbildung für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aufgenommen, weil einige orthopädisch/unfallchirurgische Kliniken mit zentralen Röntgenabteilungen diese Weiterbildung selber nicht (mehr) vermitteln können. In der Regel fordern die Weiterbildungsordnungen der verschiedenen Landesärztekammern nur noch den Nachweis des Weiterbildungsinhalts:

Intraoperative radiologische Befundkontrolle

7.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Weiterbildungsinhalt

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle un-

ter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

Um nun eine Weiterbildung in der Röntgendiagnostik nachzuweisen, wurde in der Weiterbildungsordnung die Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik Skelett eingeführt.

Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik Skelett

Die Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik Skelett führt zu der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett. Um diese Zusatzbezeichnung zu erwerben, muss neben dem Erlernen der Weiterbildungsinhalte (siehe Weiterbildungsordnung) eine Weiterbildungszeit in der Röntgendiagnostik nachgewiesen werden. Diese Weiterbildungszeit wurde von zuvor 18 Monaten auf jetzt 12 Monate reduziert. Diese 12 Monate Weiterbildung können

während der Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen abgeleistet werden („versenkt werden“).

Siehe: (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

Weiterbildungszeit

12 Monate Röntgendiagnostik Skelett bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 oder bei einem Weiterbildungsbefugten für Röntgendiagnostik – fachgebunden – gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2, davon können bis zu

- 12 Monate während einer Facharztweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten für Röntgendiagnostik – fachgebunden – gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 abgeleistet werden

Die Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett kann der Interessent absolvieren bei

Aus unserem Fach

- einem **Facharzt für diagnostische Radiologie** mit einer Weiterbildungsbefugnis für die diagnostische Radiologie, der auch die Inhalte der Weiterbildung vermitteln kann. Aus praktischen Gründen kann es so sein, dass dann die 18 bzw. 12 Monate Weiterbildung nach einer Facharztweiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden. Außerdem erscheint diese Variante unrealistisch, da Radiologen – sei es aus organisatorischen oder anderen Gründen – einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in ihrer Abteilung nicht aufnehmen werden.
- einem **Orthopäden/Unfallchirurgen** mit der Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik. Hier können die gesamten 18 bzw. 12 Monate während einer Facharztweiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden.
- oder nach **§ 10 Anrechnung gleichwertiger Weiterbildung (WBO)**.

Eine von dieser Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung oder ärztliche Tätigkeit unter Anleitung kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie gleichwertig ist. Die Gleichwertigkeit ist gegeben, wenn die inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung an den Erwerb der vorgeschriebenen ärztlichen Kompetenz erfüllt sind. Das bedeutet zum Beispiel eine Weiterbildung bei einem Weiterbilder, der nicht die Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett hat, aber eine eigene Röntgenabteilung hat und die Inhalte der Weiterbildung vermitteln kann. Es findet aber immer eine Prüfung des Einzelfalles statt.

Die gleichwertige Weiterbildung stellt die Ausnahme dar und steht nicht „gleichberechtigt“ neben dem Weiterbildungsgang, wie er in Abschnitt C (WBO) vorgeschrieben ist.

Anträge nach **§ 20 Allgemeine Übergangsbestimmungen (WBO)** können nicht mehr gestellt werden, da diese Anträge innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung zu stellen gewesen wären.

Von wenigen Landesärztekammern wurde nun die Röntgendiagnostik wieder

in den Weiterbildungsinhalt bzw. in die zu vermittelnden definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aufgenommen.

Siehe: Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Berlin

(Am 18. Februar und am 16. Juni 2004 beschlossen, zuletzt geändert durch den 9. Nachtrag vom 17. November 2010 (in Kraft getreten am 17. März 2012))

7.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg/Orthopädin und Unfallchirurgin)

Weiterbildungsinhalt

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der diagnostischen Radiologie des Faches sowie der intraoperativen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

oder: Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen

(vom 14. Juli 2011, geändert durch Erste Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 19. April 2012)

7.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg / Orthopädin und Unfallchirurgin)

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- gebietsbezogene Projektionsradiografie des Skeletts und der Notfalldiagnostik sowie der Erhebung intraoperativer Befundkontrollen unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes und der Gerätekunde

Dass die Röntgendiagnostik wieder in die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aufgenommen wurde, bietet den Vorteil, dass die Weiterbilder für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und auch der Weiterzubildende gezwungen werden, sich um eine Weiterbildung in der Röntgendiagnostik zu bemühen. Sei es, dass der Weiterzubildende an eine Weiterbildungsstätte gehen muss, an der die

Weiterbildungsinhalte der Röntgendiagnostik vermittelt werden. Sei es, dass der Weiterbilder die Möglichkeit der Weiterbildung in der Röntgendiagnostik an seiner Einrichtung organisiert (zum Beispiel durch einen Weiterbildungsverbund).

Es besteht aber auch ein Nachteil. In Weiterbildungsstätten, in denen die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik nicht vermittelt werden kann, kann der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nicht erworben werden. Ohne Röntgen kein Facharzt.

Prüfung bei den Landesärztekammern für die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik

Die Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Nur zum Beispiel im Bereich der Landesärztekammern Hessen und Berlin konnte diese Zusatzbezeichnung im Rahmen der Übergangsbestimmungen ohne Prüfung erhalten werden.

In bisherigen Prüfungen war es in der Regel so, dass nur Radiologen als Prüfer auftraten. Sinnvoll ist natürlich, dass die Prüfer wie auch die Fachberater ausschließlich Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik sind. Dieses wurde in der letzten Zeit zunehmend umgesetzt. Prüfer müssen selber eine Weiterbildung in der Röntgendiagnostik nachweisen. Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie müssen diesen Nachweis mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik erbringen. Radiologen dagegen benötigen keinen zusätzlichen Nachweis.

Siehe: (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

Röntgendiagnostik – fachgebunden –

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik – fachgebunden – sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie.

Übrigens müssen auch „alte“ Unfallchirurgen bzw. „alte Orthopäden“, die ja eine Weiterbildung in der Röntgendiagnostik nachgewiesen und mit einer Prüfung abgeschlossen haben, als Prüfer über die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik verfügen (siehe § 13 Absatz 2 WBO-By).

Weiterbildungsbefugnis

Der Antrag auf eine Weiterbildungsbefugnis in der Röntgendiagnostik Skelett wird bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer gestellt. Eine Befugnis zur Weiterbildung zum Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung darf nur dem Arzt erteilt werden, der diese Bezeichnung führt. Ein Weiterbilder kann eine Weiterbildungsbefugnis in der Regel **nur für eine Zusatzbezeichnung** erhalten.

Siehe: (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

§ 5 Befugnis

(2) Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt die Bezeichnung führt, fachlich und persönlich geeignet ist und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen kann. Die Befugnis kann befristet und mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen werden. Weitere Nebenbestimmungen sind zulässig. Die Befugnis kann grundsätzlich nur für eine Facharztweiterbildung und/oder einen zugehörigen Schwerpunkt und/oder für eine Zusatz-Weiterbildung erteilt werden.

Ein nach der alten Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung im alten Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie Befugter behält seine Befugnis zur Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett nicht.

Anträge auf eine Weiterbildungsbefugnis werden zwei Fachberatern vorgelegt. Fachberater arbeiten ehrenamtlich für die Landesärztekammern und nicht in der Landesärztekammer. Diese Fachberater sind Radiologen und zunehmend Orthopäden/Unfallchirurgen.

Bei den Anträgen auf eine Weiterbildungsbefugnis wird unter anderem folgendes geprüft:

Personelle Voraussetzungen des Weiterbilders

- Besitz der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik
- Besitz der Fachkunde im Strahlenschutz und Aktualisierung nach § 18a Absatz 2 der Röntgenverordnung (RöV)

- Eine „mehrjährige“ Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung in verantwortlicher Stellung
- Eine weisungsfreie Gestaltung der Weiterbildung

Struktur der Weiterbildung

- Klinische Röntgen-Konferenzen und/oder Röntgen-Besprechungen
- Die Vorlage eines strukturierten Curriculums der Weiterbildung
- Radiologische und/oder orthopädische Fachliteratur (auch als elektronische Medien)

Apparative Voraussetzungen

- Eigene Röntgen-Abteilung oder Verfügung über eine Röntgen-Abteilung (Geräte und Personal)
- Betrieb der Röntgenanlage entsprechend der RöV

Darüber hinaus sollen die Untersuchungszahlen pro Jahr „ausreichend“ sein. Die Weiterbildung muss arbeitsmäßig erfolgen. An die technische Ausstattung einer Röntgen-Einrichtung einer Weiterbildungsstätte können dagegen keine Anforderungen gestellt werden, die über die Anforderungen der RöV hinausgehen, wie zum Beispiel mehrere Röntgenplätze, Digitalisierung, PACS etc.

Die Zahl der Unfallchirurgen/Orthopäden, die zur Weiterbildung in der Röntgendiagnostik Skelett befugt sind, ist immer noch sehr klein und schwankt je nach Landesärztekammer (zum Beispiel in ganz Bayern 12 Weiterbildungsbefugte, in Nordrhein nur 4 Weiterbildungsbefugte und in Brandenburg keiner).

Weitere Informationen über Weiterbildungs-Befugnisse finden Sie im Paragrafenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung unter § 5 Befugnis und § 6 Zulassung als Weiterbildungsstätte.

KV-Genehmigung für die Röntgendiagnostik

Um eine KV-Genehmigung für die Röntgendiagnostik zu erhalten, ist der Nachweis (Weiterbildungszeugnis) über die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik erforderlich (siehe Antrag für die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie nach § 5 der Vereinbarung

über die Qualifikations-Voraussetzungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie – Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie).

Nachweis (Weiterbildungszeugnis) über die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik

Diesen Nachweis erhält man mit:

- dem **alten Facharzt für Orthopädie**. Hier ist die Röntgendiagnostik noch Inhalt der Weiterbildung. Diese Option wird aber enden und gilt allerdings ausschließlich für diejenigen, die ihre Weiterbildung in Orthopädie vor dem Inkrafttreten der „neuen“ Weiterbildungsordnung begonnen haben. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens variiert je nach Landesärztekammer.
- der **Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik** (siehe oben)
- dem/der Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie der Landesärztekammern **Berlin und Thüringen**

Schließlich gibt es als weiteren Weg zur Genehmigung die Regelung des § 5 Absatz 3 der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie“ mit der Möglichkeit des Kolloquiums bei der KV. Dies stellt bei einer Weiterbildung „ohne Röntgen“ oft den einzig möglichen Weg dar.

Fazit

Erwerben Sie die **Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik Skelett**.

Erwerben Sie die **Weiterbildungsbefugnis** für die Zusatzweiterbildung **Röntgendiagnostik Skelett**.

Falls Sie keine eigene Röntgen-Abteilung oder Verfügung über Röntgen-Abteilung haben und keine weisungsfreie Gestaltung der Weiterbildung gewährleisten können, bilden Sie einen Weiterbildungsverbund mit einem Weiterbildungsbefugten. Dieses kann mit der **Radiologie in Ihrer Klinik** oder einem **externen Radiologen** oder auch mit einem **externen Orthopäden/Unfallchirurgen** mit einer Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung **Röntgendiagnostik Skelett** erfolgen.

Aus unserem Fach

Sorgen Sie dafür, dass die Ärzte an Ihrer Einrichtung (ob Klinik oder Praxis) einen Nachweis über der Weiterbildung in der Röntgendiagnostik erwerben (durch: Zusatzbezeichnung *Röntgendiagnostik Skelett* oder alter Facharzt Orthopädie bzw. Unfallchirurgie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin und Thüringen).

Die neue Weiterbildungsordnung wird nun gerade neu formuliert, und die Röntgendiagnostik soll wieder Inhalt der Weiterbildung zum Orthopäden/Unfallchirurgen werden. In orthopädisch/unfallchirurgischen Abteilungen ohne eigene Röntgenabteilung wird dieser Weiterbil-

dungsinhalt dann nicht vermittelt werden können. Um einen dadurch entstehenden Engpass in der Weiterbildung zu vermeiden, erscheint es deshalb erforderlich, dass in dieser Phase der Neuformulierung der Weiterbildungsordnung Lösungen für dieses Problem gefunden werden.

Es sollte erreicht werden, dass zumindest Teile des Weiterbildungsinhaltes der fachgebundenen Röntgendiagnostik durch einen orthopädisch/unfallchirurgischen Weiterbilder ohne eigene Röntgenabteilung vermittelt werden dürfen. Der andere Teil des geforderten Weiterbildungsinhaltes könnte dann zum Beispiel im Rahmen eines Weiterbildungs-

verbundes mit einem externen Weiterbilder oder auch im Rahmen von Kursen vermittelt werden.

Dr. Axel Goldmann



Dr. Axel Goldmann,
Orthopädie Centrum
Erlangen, leitet die
Sektion Bildgebende
Verfahren der DGOU.



NORMIERUNG VON GESUNDHEITSBERUFEN

Europa auf dem Vormarsch

Es klang zunächst wie eine Mär: In Brüssel wolle man die plastische Chirurgie standardisieren ... Dann jedoch wurden gleichartige Bestrebungen zur Osteopathie bekannt, die ja nicht ohne Überschneidungen mit den konservativen Inhalten des Faches O&U ist, und so kristallisierte sich langsam ein Sachverhalt heraus, der neues Denken und Handeln für die DGOU erforderlich macht.

Eine Anfrage der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) an die Bundesärztekammer überschnitt sich mit einer Einladung zu einer Informationsveranstaltung in Brüssel, bei der Deutschland als größte Delegation mit Vertretern aus dem Bundesgesundheitsministerium, der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, dem DIN-Institut und der DGOU vertreten war.

Die Informationsveranstaltung fand im Gebäude des Comité Européen de Normalisation/European Committee for Standardization/Europäischen Komitees für elektrotechnische Normung (CEN/CENELEC) statt. CEN/CENELEC sind praktisch den DIN-Normenausschüssen Deutschlands vergleichbar. Sie sind auf europäischer Ebene „private, nicht gewinnorientierte

Institute, deren Mission es ist, die europäische Wirtschaft im globalen Handel zu fördern, das Wohlbefinden der Bürger zu gewährleisten und den Umweltschutz voranzutreiben. Dies soll mithilfe einer effizienten Infrastruktur zur Entwicklung, Verwaltung und Verteilung von europaweit kohärenten Normen und Spezifikationen geschehen, die allen interessierten Kreisen zugänglich sind. CEN ist eine der drei großen Normungsorganisationen in Europa“ (Wikipedia). Nach der Normierung von Strukturen widmen sie sich nun vermehrt dem erfolversprechenden Projekt der Standardisierung von Prozessen und nun auch von Gesundheitsberufen. Begründungen für die jetzigen Initiativen sind:

- die Migrationsmöglichkeiten der Patienten entsprechend einer EU-Direktive aus dem Jahr 2011 zu unterstützen
- die Qualität von Gesundheitsberufen und die Patientensicherheit europaweit zu verbessern

- die Effizienz von Gesundheits- und Versorgungssystemen unter dem Aspekt des demografischen Wandels und des Kostendrucks in Europa zu verbessern

Jede Institution in Europa kann alles normieren lassen

CEN/CENELEC können als private Institute von jedweder Organisation in Europa angesprochen und für eine Normierungsbestrebung gewonnen werden. Wenn sich fünf Vertreter aus insgesamt 33 Mitgliedsländern des CEN/CENELEC für ein Projekt einsetzen und dann 60 Prozent der Mitglieder zustimmen, wird ein Normierungsbestreben auf den Weg gebracht. Vorausgesetzt, die Normierung wird von den Antragstellern finanziert, was mit circa einer Million Euro veranschlagt wird. So zum Beispiel ist es zu verstehen, dass ein Institut (ANEC, www.anec.eu), das sich bisher vor allem für Sonnenbanken und Schönheitssalons

Aus unserem Fach

stark gemacht hat, ein Projekt „ästhetische Chirurgie“ angestoßen hat.

Die von CEN und CENELEC entwickelten Standards werden im Konsensusverfahren verabschiedet. Dazu werden Fachleute von CEN und CENELEC geladen. Sofern man von den Initiativen erfahren hat, können sich verschiedene Institutionen selbst einbringen. Die Vermittlung der Aktivitäten und die Transparenz stoßen derzeit aber wohl auf Schwierigkeiten. So hat zum Beispiel die Bundesärztekammer in Brüssel ein eigenes Büro, war aber über die neuen Aktivitäten bisher nicht informiert und daher bei der Sitzung umso stärker vertreten.

Die von CEN und CENELEC verabschiedeten Standards werden automatisch zum nationalen Standard in den beteiligten 33 Ländern (damit auch in Deutschland). Sie sind allerdings zunächst nicht verpflichtend und haben keine Gesetzeskraft. Die Gefahr besteht allerdings darin, dass sich die EU-Kommission dieser Standards annimmt und zur Pflicht für Europa erhebt. So kann es dazu kommen, dass die Gurkenkrümmung normiert wird, wenn die Verpackungsindustrie ein besonderes Interesse daran hat.

CEN / CENELEC Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung

Die Aktivitäten von CEN/CENELEC im Bereich der Gesundheitsversorgung sind vielfältig. Schon veröffentlicht wurden Standards zu:

- Hörhilfen
- Versorgungsstrukturen zur manuellen Medizin (Chiropractors)
- Qualität von Gesundheitschecks
- Qualitätssicherungssysteme

Die Gefahr besteht darin, dass sich die EU-Kommission der Standards, die CEN und CENELEC vorgeben, annimmt und zur Pflicht für Europa erhebt. So kann es dazu kommen, dass die Gurkenkrümmung normiert wird, wenn die Verpackungsindustrie ein besonderes Interesse daran hat.

In der Entwicklung sind Normierungen zu:

- Ästhetische Chirurgie
- Nichtchirurgische Maßnahmen im Bereich der Ästhetischen Chirurgie
- Osteopathie
- Versorgung Lippen/Kiefer/Gaumenspalten
- Homöopathie

In der Diskussion sind Normierungsbestrebungen zur Notfallmedizin (Emergency Care).

Die Frage nach dem Sinn stellt sich nicht, solange die Kasse stimmt

Die Diskussion mit Vertretern von CEN/CENELEC hat ergeben, dass sich für diese die Frage der Sinnhaftigkeit der Normierung von Gesundheitsberufen in Europa nicht stellt; denn sofern eine Anfrage vorliegt und das Projekt finanziell ausgestattet ist, wird CEN/CENELEC tätig werden. Die Rückfragen vor allem von Seiten der deutschen Vertreter zeigten, dass durch die europäischen Normierungsbestrebungen ein weiteres Instrument neben den von den medizinischen Fachgesellschaften entwickelten Leitlinien aufgebaut wird. CEN/CENELEC legen Wert darauf, dass sich Leitlinien und Normierung von Strukturen und Prozessen nicht überschneiden, sondern gegebenenfalls sogar ergänzen.

Ob dies aber der Fall ist, bleibt zu bezweifeln. Immerhin können derartige Normierungen nur von finanzkräftigen Institutionen oder Wirtschaftsunternehmen angestoßen werden und stehen damit außerhalb der von den Fachgesellschaften initiierten, rein der Wissenschaft verpflichteten Leitlinien. Insofern ist Vorsicht geboten, zumal sich einige Aktivitäten von CEN/CENELEC mit den Interessen der Orthopädie und Unfallchirurgie überschneiden. Die DGOU wird daher eine Kooperation mit der Bundesärztekammer, dem Bundesgesundheitsministerium, aber auch dem DIN-Normenausschuss eingehen. Letzterer ist das deutsche Pendant zu CEN/CENELEC und derzeit mit dem Thema Osteopathie beschäftigt. Die DGOU wird weiter informieren.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



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



ROADSHOW O&U

Hands-on für die Youngsters



Am 26. September 2013 fand am Universitätsklinikum Münster die erste Roadshow O&U statt. Das neue Kursformat des Jungen Forums O&U soll Studierenden das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie näher bringen.

Das Junge Forum der DGOU hat einige Konzepte ins Leben gerufen, um aktiv den studentischen Nachwuchs zu fördern und für die muskuloskeletale Chirurgie zu begeistern. Um Medizinstudierende dauerhaft für die Orthopädie und Unfallchirurgie zu gewinnen, muss man sie rechtzeitig auf die Attraktivität dieses Faches aufmerksam machen. Das Junge Forum der DGOU will deshalb den Nachwuchsmedizinern speziell während des Studiums mehr Einblicke in das breite Spektrum von O&U geben.

Seit 2009 findet deshalb im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie der Tag der Studierenden statt. Dort diskutiert der potenzielle Nachwuchs mit Chefärzten und Ordinarien über Berufsalltag, Karriere- und Familienplanung und kann im Rahmen von Hands-on-Kursen praktische Einblicke in unser Fach gewinnen. Eine weitere Nachwuchsveranstaltung für Studierende ist die Summer School der DGOU, die einmal jährlich für 30 Stipendiaten an

zwei Tagen einen umfassenden Überblick über das Fach gibt und neben theoretischen Einblicken und Diskussionsforen in begleitenden Workshops Einblicke in die praktische Tätigkeit bietet. Der Erfolg der beiden Veranstaltungen zeigt die Attraktivität des Faches, ist jedoch auf spezielle Veranstaltungsorte und eine limitierte Teilnehmerzahl begrenzt.

Und jetzt: die Roadshow O&U

Um Medizinstudierende auch lokal auf die Attraktivität des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie aufmerksam zu machen und noch mehr möglicherweise Interessierte flächendeckend zu erreichen, wurde eine eintägige Veranstaltung vom Jungen Forum entwickelt: die Roadshow O&U. Jeweils 40 Studierende soll damit die Möglichkeit gegeben werden, Einblicke in die zahlreichen unterschiedlichen Aspekte unseres gemeinsamen Faches zu erlangen, verschiedene Untersuchungs- und Behandlungstechniken kennenzulernen und mit Orthopäden und Unfall-

chirurgen ins Gespräch zu kommen. Ziel ist es, ein standardisiertes, evaluiertes, eintägiges Kursformat zu entwickeln, das mit überschaubarem personellen und finanziellen Aufwand an jedem universitären Standort von den jeweiligen Kliniken vor Ort mit Hilfe der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt werden kann, um an beliebigen Orten den Nachwuchs für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie zu begeistern.

Das Format soll zunächst an universitären Kliniken in Münster, Ludwigshafen/Heidelberg, Regensburg und Homburg in Zusammenarbeit mit den Orthopädischen und Unfallchirurgischen Kliniken vor Ort erprobt, evaluiert und optimiert werden.

Am 26. September 2013 fand nun die erste dieser Veranstaltungen am Universitätsklinikum Münster (UKM) statt. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Aus unserem Fach

WAS SPRICHT FÜR DIE CHIRURGIE?

Eine Studie der Ruhr-Universität Bochum über die Zukunftspläne der Nachwuchsmediziner zeigt, dass unter annähernd 3.800 befragten Medizinstudenten während ihres Studiums im ersten Semester noch 34,4 Prozent in ein chirurgisches Fach gehen wollen. Nach der PJ-Zeit streben jedoch nur noch 16,5 Prozent ein chirurgisches Fach an. Doch wann genau fällt die Entscheidung für eine chirurgische Laufbahn? Eine Umfrage des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) aus dem Jahr 2008 zeigt, dass etwa 18 Prozent der Ärzte die Entscheidung zur Wahl des Faches Chirurgie bereits in der Schule, 50 Prozent während des Studiums und 32 Prozent erst nach dem Studium getroffen hatten. Die Umfrage zeigte auch, dass 20 Prozent der Entscheidungen für das Fach Chirurgie zufällig getroffen und 25 Prozent durch Vorbildwirkung beeinflusst wurden.

rurgie und der Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie des UKM wurde erstmalig 40 Teilnehmern während eines ganztägigen Kurses die Möglichkeit gegeben, Einblicke in die zahlreichen unterschiedlichen Aspekte unseres gemeinsamen Faches zu erlangen und aktiv verschiedene Untersuchungs- und Behandlungstechniken kennenzulernen. Im Vorfeld wurde dazu ein Programm entwickelt, das sich an die erfolgreiche Summer School der DGOU anlehnt und versucht, in der Kürze der Zeit einen möglichst breiten Einblick in unser gemeinsames Fach zu vermitteln.

Inhalte des Kurses

Instruktoren und Referenten waren Kollegen aus Orthopädie und Unfallchirurgie vor Ort, die in den praktischen Übungen mit Hands-on in Kleingruppen Einblicke in Untersuchungs-, Operations- und Behandlungstechniken gaben. Dabei waren Kolleginnen und Kollegen verschiedener Altersstufen und Vertreter aus Reha- und Akutkliniken sowie der Niederlassung vertreten, die in den Diskussionen mit den Studierenden über verschiedene mögliche Tätigkeitsfelder Arbeitsbedingungen und Zukunftsaussichten diskutierten und Fragen zu Vorstellungsgespräch, Karriereplanung, Familie und Beruf in der Orthopädie und Unfallchirurgie beantworteten. Nach einer kurzen Begrüßung durch den Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Prof. Dr. Michael Raschke, und den Lehrbeauftragten, Dr. Helmut Ahrens aus der Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie des UKM, gab Dr. Matthias Münzberg, Leiter des Jungen Forums O&U, einen Überblick über das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Anschließend erfolgte schon die erste von fünf praktischen Stationen, durch die

die Teilnehmer rotierten und die jeweils eine Stunde dauerten. Um die sehr unterschiedlichen Aspekte und die Bandbreite des Faches darzustellen, wurden hier sowohl operative Techniken am Kunstknochen und Originalimplantaten als auch spezielle Untersuchungstechniken und manuelle Therapien aus dem Bereich der konservativen Orthopädie durchgeführt. Neben der Implantation von Hüft- und Kniegelenksendoprothesen konnten an Arthroskopietrainern die Arthroskopie am Kniegelenk unter realistischen Bedingungen geübt und am Kunstknochen die osteosynthetische Versorgung von Frakturen mittels Platten, Schrauben oder Fixateur externe durchgeführt werden. Die Ultraschalluntersuchung von Schultergelenk und Achillessehne sowie die Notfallsonografie des Abdomens übten die Studierenden an einer anderen Station. Ebenfalls wurden manuelle Untersuchungstechniken demonstriert und gegenseitig angewendet.

Besonderes Interesse an Arbeitsbedingungen, Weiterbildungsmöglichkeiten, Beruf und Familie

In den Diskussionen mit den Studierenden zeigte sich das besondere Interesse des Nachwuchses an aktuellen Themen unseres Faches wie den Arbeitsbedingungen und den Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Das lokale Kursformat ermöglichte zudem, im Gegensatz zu anderen nationalen Formaten, spezielle lokale Schwerpunkte unseres Faches darzustellen und zu diskutieren und lokale Nachwuchsgewinnung zu betreiben.

Begleitend fand eine Evaluation der Veranstaltung und der einzelnen Stationen statt, um in der Pilotphase dieses Kursformates das Programm zu optimieren und ein besonders ansprechendes For-

mat zu entwickeln. Dabei zeigte sich eine durchgehend sehr positive Bewertung sowohl aller Stationen als auch der Inhalte und Darstellung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie. Einzelne Aspekte, die ein besonderes Interesse der Studierenden fanden, sollten auf Wunsch der Studierenden noch mehr abgebildet werden, wie die Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Ziel des Jungen Forums O&U ist es, bis Anfang/Mitte 2014 ein Kursformat zu entwickeln, das lokal umsetzbar ist und die Medizinstudierenden frühzeitig zum Fach Orthopädie und Unfallchirurgie hinführt.

*Dr. Richard Stange
Dr. Helmut Ahrens
Dr. Matthias Münzberg*



Dr. Richard Stange leitet die Sektion Wissenschaft des Jungen Forums.



Dr. Helmut Ahrens, Lehrbeauftragter der Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie, Universitätsklinikum Münster



Dr. Matthias Münzberg leitet das Junge Forum.

WEITER GEHT'S

Die zweite Roadshow fand am 23. November 2013 an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen in Zusammenarbeit mit dem Department Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie des Universitätsklinikums Heidelberg statt.

INTERNATIONALES

Sondierungsgespräch mit Kollegen aus Afghanistan

Beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2013 fand in inoffiziellen Rahmen ein erstes Gespräch zwischen dem DGOU-Generalsekretär Prof. Hartmut Siebert und zwei Unfallchirurgen aus Afghanistan statt, um die Möglichkeiten einer zukünftigen Kooperation und Unterstützung zu sondieren.



Foto: Ehrhardt-Joswig

Prof. Hartmut Siebert (2. v. li.) und Prof. Volker Echtermeyer (hinten Mitte) im Gespräch mit den afghanischen Kollegen

Die Kollegen aus Afghanistan waren auf Initiative des Mindener Unfallchirurgen Prof. Volker Echtermeyer, der sich seit vielen Jahren für eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsstrukturen in Afghanistan engagiert, zum Kongress eingeladen worden. Als eines der grundlegenden aktuellen Probleme im Land schilderte Dr. Hamid Rahmullah den Mangel an Medikamenten, Implantaten und diagnostischen Geräten, um die Akut-Versorgung zu gewährleisten. Daneben seien die Erfahrungen der afghanischen Kollegen mit modernen, in Deutschland selbstverständlichen Behandlungsmethoden oft sehr limitiert. Regelmäßige Strukturen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung konnten insbesondere in ländlichen Regionen bislang nur sehr beschränkt eingerichtet werden.

Rahmullah schilderte, dass mangelnde Fremdsprachenkenntnisse seiner Lands-

leute einer Fortbildung im Rahmen internationaler Förderungen bislang häufig im Wege stünden. Allerdings biete die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) seit ein paar Jahren Sprachkurse an, die in Mazar-i-Scharif seit drei Jahren angeboten und von vielen genutzt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde gemeinsam im Gespräch ermittelt, welche Möglichkeiten für die DGOU bestehen, schrittweise mit Unterstützung der GIZ die Fortbildung in Afghanistan zu unterstützen. Angedacht wurde eine zwei- bis dreiwöchige Hospitation von ausgewählten afghanischen Kollegen an Kliniken in Deutschland als ein Angebot der DGOU gemeinsam mit der GIZ und örtlichen ärztlichen Vereinigungen in Mazar-i-Scharif. Eine wichtige Voraussetzung für konkrete weitere Planungen sah man auf beiden Seiten darin, zunächst bestehende

Strukturen in Afghanistan zu ermitteln, an die die DGOU als Fachgesellschaft anknüpfen kann.

In einem anschließenden, eher persönlichen Austausch schilderten die afghanischen Kollegen sehr eindrucksvoll die teilweise unvorstellbare, vor allem wirtschaftliche Not. Ebenso wurde deutlich, dass eine „gerechte Teilhabe“ an den in ihrer Region vor allem auch von Deutschland umgesetzten humanitären Projekten und Maßnahmen nicht gegeben ist.

Im Anschluss an das Gespräch haben die DGOU und die GIZ bereits eine erste Kooperationsvereinbarung auf dem Gebiet der Fort- und Weiterbildung getroffen. „Die DGOU sieht sich in der Verantwortung, das Kooperationsangebot der GIZ anzunehmen und gangbare Wege einer sinnvollen kollegialen Unterstützung zu suchen. Wir sind sicher, als Fachgesellschaft über unsere Mitglieder einen wenn auch bescheidenen Beitrag leisten zu können“, sagt DGOU-Generalsekretär Hartmut Siebert. Das Know-how der GIZ und landeserfahrener Kollegen soll genutzt werden, um Inhalte zu vermitteln, die an die Bedürfnisse in Afghanistan angepasst sind. Im beschränkten regionalen Umfeld von Mazar-i-Scharif könnte dies ein Anstoß für Fortbildungsmaßnahmen vor Ort sein.

Miriam Buchmann-Alisch



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGOU.

DKVF

„Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“

Der 12. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) fand vom 23. bis 25. Oktober erstmals gemeinsam und auch parallel zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) im ICC in Berlin statt. Das DKOU-Motto 2013 „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ wurde vom DKVF aufgenommen mit dem Leitthema „Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“.

Ausrichter waren die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) zusammen mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF).

Seitens des DNVF wurde das Ziel verfolgt, einerseits die bisherigen Erfolge der beiden Berufsgruppen in diesem aktuellen Forschungsgebiet sichtbar zu machen und andererseits möglichst viele Unfallchirurgen und Orthopäden für aktuelle Fragestellungen der Versorgungsforschung zu sensibilisieren. Die Orthopädie und Unfallchirurgie ihrerseits hat damit ein klares Signal für die Unterstützung und die aktive Teilnahme an der Versorgungsforschung gesetzt.

Der Kongress bot unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (Charité und Medical

Park Berlin Humboldtmühle), PD Dr. Dirk Stengel, MSc (Epi) (Unfallkrankenhaus Berlin) und Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (Universität Witten/Herdecke) eine hervorragende Diskussionsplattform für den Austausch zukunftsreicher Fragen zwischen den knapp 600 Teilnehmenden, Vortragenden und ausstellende Unternehmen. Hochkarätige Referenten und Diskutanten aus Medizin und Politik, von Kostenträgern und Patientenorganisationen verstanden es, das enorm breite Spektrum der Versorgungsforschung aufleuchten zu lassen. Ein Busshuttle-Service ermöglichte den Teilnehmern den Transfer zwischen der Messe Süd, in der der DKOU stattfand und dem ICC, dem Tagungsort des DKVF.

Noch vor der offiziellen Eröffnung des Kongresses wurden in Methodenseminaren die Grundlagen der Versorgungsforschung vermittelt. Die patientenorientierte Evaluation sowie die Umsetzung der Versorgungsforschungsergebnisse

in eine patientenorientierte Versorgung war ein wichtiges Anliegen der Veranstalter. Der Kongress griff das Thema zum Beispiel in Sitzungen auf, bei denen Methoden der Outcome-Messung insbesondere aus Sicht des Patienten (Patient Reported Outcomes) oder auch am Outcome orientierte Vergütungssysteme („Pay for Performance“) diskutiert wurden. In Podiumsdiskussion wurde das Kongressmotto „Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“ entsprechend von verschiedenen Seiten beleuchtet, zudem die Kontaktbereiche zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik besprochen.

Ein Track stellte die Versorgungsforschung in der Orthopädie und Unfallchirurgie in den Mittelpunkt. Dabei wurden beispielsweise das Unfall- und Verletzungsgeschehen in Deutschland und Europa und die erfolgreiche Registerforschung bei zum Beispiel Polytrauma und in der Endoprothetik reflektiert. Weitere Sitzungen beschäftigten sich mit Themen der Versorgungsforschung in der Rehabilitation sowie der Versorgung von Patienten mit Osteoporose und hüftgelenksnahen Frakturen.

Ein weiteres Hauptthema beschäftigte sich mit Nutzen- und Risikobewertung von Medizinprodukten und Arzneimitteln. Über methodische wie über systemimmanente Probleme und Erfolge, zum Beispiel bei der Überwindung von Sektorengrenzen zwischen hausärztlicher, ambulanter, klinischer und rehabilitativer Versorgung diskutierten die Forscher und Praktiker gemeinsam.

Eine umfangreiche Posterausstellung mit fast 200 Postern war ein zentraler Bereich des Kongresses und erlaubt, eine eingehende Diskussion einzelner Punkte



Fotos: Starface

Die Kongresspräsidenten:
Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF), Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (BVOU und DGOOC), PD Dr. Dirk Stengel, MSc (Epi) (DGU)



Prof. Dr. Thomas Kohlmann (Greifswald), Katharina Dobrick (Hamburg), Sandra Osburg (Köln) zusammen mit PD Dr. Stengel und Prof. Dr. Neugebauer



Aktive Diskussion bei der Posterbegehung

im kleinen Kreis. Die drei besten Poster wurden prämiert. Ausgezeichnet wurden Arbeiten zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten mit Vorhofflimmern (Kohlmann et al.), zur Arbeitssituation und -zufriedenheit des nicht-ärztlichen Personals in der ambulanten onkologischen Versorgung (Osburg et al.) und die Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland – Erste Einblicke (Dobrick et al.).

Insgesamt war dieser Kongress für alle Seiten ein großer Erfolg: Die Versorgungs-

forscher haben die Möglichkeit gehabt, sich untereinander, aber nun einmal auch gezielt mit Orthopäden und Unfallchirurgen zu beschäftigen, und für die Kollegen aus O&U war dies eine einmalige Chance, Techniken, Tricks und Bedeutung der Versorgungsforschung kennenzulernen.

Auf der Webseite des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung sind die Vorträge der Referierenden sowie die Abstracts eingestellt: www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=dkvf-2013

Der 13. Kongress für Versorgungsforschung wird vom 24.-27. Juni 2014 zusammen mit dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Düsseldorf stattfinden. Weitere Informationen finden Sie auf www.dgp-dkvf2014.de.

DKVF

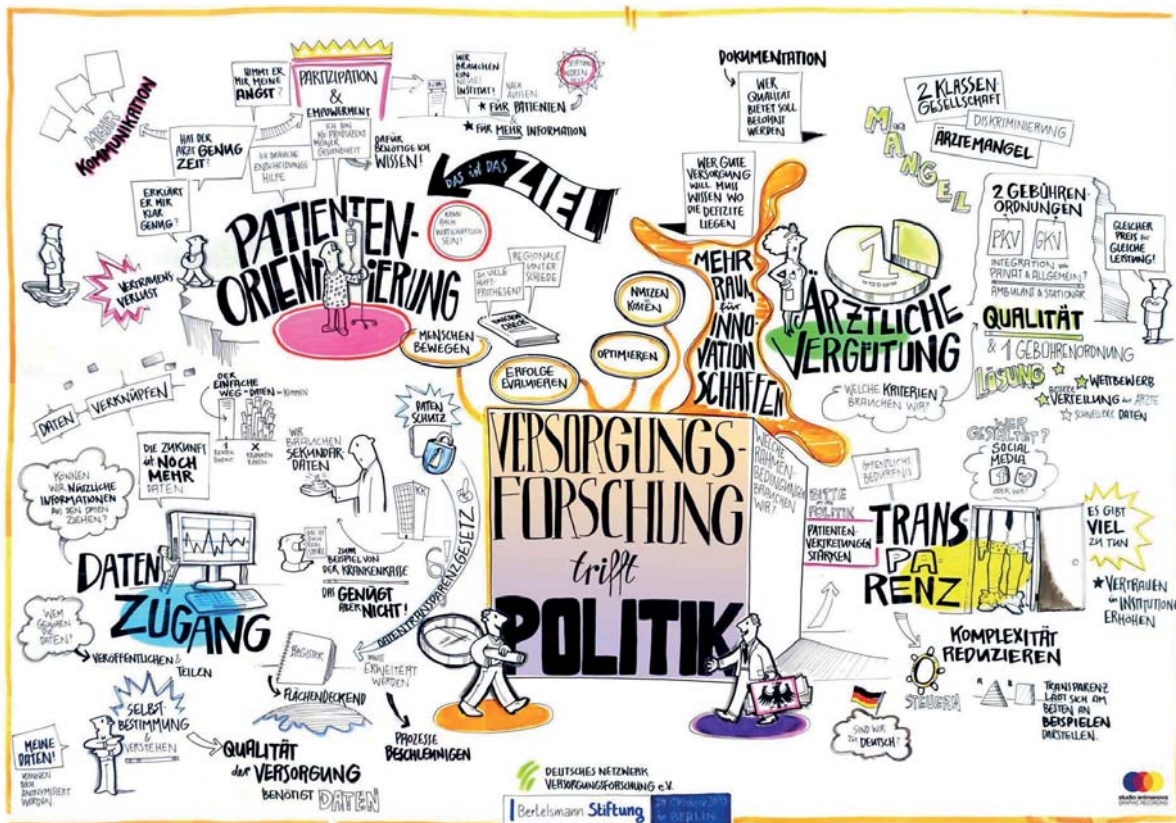
Patientenorientierung sichern – Versorgungsforschung stärken

„Versorgungsforschung trifft Politik“ lautete der Titel eines Diskussionsabends in der Bertelsmann Repräsentanz im Rahmen des 12. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung zur Vorstellung des Eckpunktepapiers „Nationaler Aktionsplan für Versorgungsforschung“. Die Versorgungsforschung, die die Belange der Patienten ins Zentrum rückt, muss in drei Punkten gestärkt werden: Themenpriorisierung, verbesserte Versorgungsdaten und Ausbau in Forschung und Lehre.

In der Versorgungsforschung gilt, dass Daten zwar nicht alles sind, aber ohne Daten alles nichts ist. Was dieses „alles“ in der Versorgungsforschung ist, machte der Diskussionsabend, den das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) zusammen mit der Bertelsmann Stiftung organisiert hat, deutlich: Versorgungsfor-

schung ist kein Selbstzweck, sondern zielt auf eine gestärkte Patientenorientierung. Denn „neben der Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung stellen gute Information, Transparenz und die Mitentscheidung der Patienten eigene Versorgungsziele dar“, heißt es in der Präambel des Eckpunktepapiers. Von

Interesse sei daher die Betrachtung des Zugangs zu Gesundheitschancen. Hinsichtlich der Chancenverteilung stellte Prof. Dreinhöfer, Charité und Medical Park Berlin, fest: „Versorgungsforschung ist die ‚Untersuchung der letzten Meile‘, das heißt der Blick auf den Innovations-transfer medizinischer Forschung unter



Zusammenfassung der Diskussionsbeiträge des Politischen Abends in der Bertelsmann-Repräsentanz durch Graphic Recording, Christoph J. Kellner.

dem Aspekt des Patienten-Arzt-Verhältnisses.“ Den Patienten darin zu stärken, ist eines der wichtigsten Ziele der Versorgungsforschung.

„Patientenorientierung ist der zentrale Prüfstein für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems“, sagte Prof. Dr. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, denn „eine Verbesserung der Patienteninformation und -kommunikation durch Einbeziehung der Patientenperspektive führt nachweislich zur Verbesserung von Behandlungsergebnissen, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit.“ Prof. Neugebauer ist Lehrstuhlinhaber für Chirurgie an der Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, und 1. Vorsitzender des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung.

Appell an die Politik

Die Initiative zur Priorisierung müsse von den Bundesministerien für Bildung/ Forschung und Gesundheit unter Beteiligung der Akteure der Versorgungsforschung ausgehen. BVOU-Vizepräsident Prof. Dreinhöfer, der auch Mitglied des DNVF-Vorstandes ist, fasste die relevanten Themen zusammen:

- Evidenzbasierte Information und Beteiligung von Patienten im Behandlungsgeschehen

- Qualitäts- und patientenorientierte Vergütungsanreize für Gesundheitsberufe
- Angemessenheit von Leistung und Indikationsstellung (Über-, Unter-, Fehlversorgung)
- Indikatoren zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Effekte von Transparenz auf die Qualität der Versorgung
- Innovative Versorgungskonzepte, Schnittstellen- und Vernetzungsforschung
- Kompetenz, Kooperation und Verantwortung der Gesundheitsberufe
- Zugang zu Leistungen und Informationen (vulnerabler Gruppen)
- Soziale und regionale Unterschiede in der Versorgung und regionale Bedarfsplanung
- Politikfolgenforschung und Evaluation von Innovationen

Daten sind alles – ohne Daten ist alles nichts

An diesem Abend besonders diskutiert wurde unter Moderation von Prof. Glaeske, Bremen, und Dr. Etgeton, Berlin, die Datenlage. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Mitglied des DNVF-Vorstandes, brachte die Kritik an der gegenwärtigen Datenlage in der Versorgungsforschung auf den Punkt: „Ohne qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten kann keine wissenschaft-

liche solide Versorgungsforschung betrieben werden und keine fundierte Politikberatung erfolgen.“ Schlussendlich leide darunter ihr Beitrag zu einer stärkeren Patientenorientierung. In Zukunft müsse die Versorgungsforschung deshalb mit personenbezogenen Daten entlang der Bundes- und Landesdatenschutzgesetze sowie europäischer Datenschutzgrundnormen sichergestellt werden. Zwar seien die Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) verfügbar, es fehlten aber, so Prof. Hoffmann von der Universitätsmedizin Greifswald, Daten wie Versicherungszeiten, Todeszeitpunkt, Prozeduren im Krankenhaus, Ambulante Leistungen etc. Zudem müsse es gesetzlich möglich gemacht werden, so Prof. Hoffmann mit Bezug auf das Eckpunktepapier weiter, die Sekundärdaten mit anderen Daten verknüpfen zu können, wie etwa Abrechnungsdaten der Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

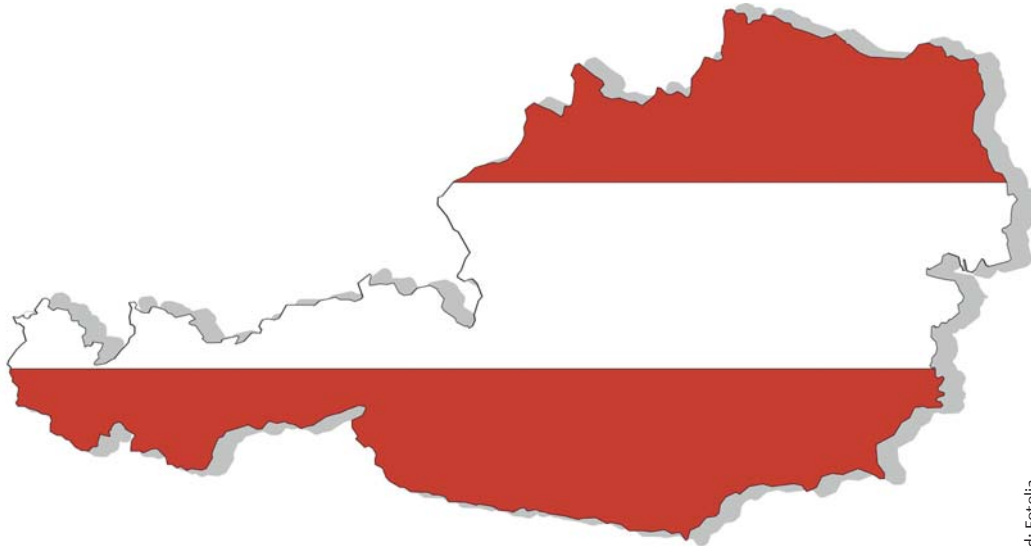


Bild: Fotolia

Blick zu unseren Nachbarn: Die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie hat einen neuen Präsidenten für 2014/2015 – Prim. Dr. Peter Zenz. Was während seiner Amtszeit auf der Agenda steht, beschreibt er hier.

ÖGO

2014 / 2015: Neuer Vorstand – Arbeitsschwerpunkte



Für die Jahre 2014 und 2015 wurde ich im Rahmen der Generalversammlung im letzten Jahr mit der Präsidentschaft unserer Fachgesellschaft betraut. Arbeitsschwerpunkte für die nächsten beiden Jahre werden einerseits die Organisation der ÖGO-Fortbildungsveranstaltungen wie ÖGO-Symposien und die 32. Jahrestagung 2015 sein. Andererseits sind wir durch die Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Mitarbeit an der Entwicklung eines neuen Sonderfaches „Orthopädie und Traumatologie“ gefordert, ein neues Ausbildungscurriculum zu entwickeln.

Ein im Vorjahr gegründeter Arbeitskreis, den ich leiten darf, hat bereits Ausbildungsinhalte für dieses neue Fach erarbeitet. Über dieses Curriculum konnte auch mit der Fachgesellschaft für Unfallchirurgie bereits Konsens hergestellt werden. Es gliedert sich in einen verbindlichen Teil „Basisausbildung“ und in sechs vertiefende Module.

Für die Traumatologie soll es ein vertiefendes Modul „Osteosynthese und Frakturenbehandlung“ und eines für sonstige „traumatologische Inhalte“ geben; für die Orthopädie ein vertiefendes Modul „Endoprothetik und gelenkerhaltende Verfahren“ und eines für sonstige „orthopädische Krankheitsbilder“. Ein weiteres vertiefendes Modul hat „orthopädische Diagnostik, konservative Therapie, Schmerztherapie und Wundmanage-

ment“ zum Inhalt. Das sechste Modul soll sich vertiefend der „Prävention und Rehabilitation“ widmen.

Mit diesen Ausbildungsinhalten soll eine erstklassige Ausbildungsqualität sichergestellt werden, die wiederum die zukünftige Versorgung durch kompetente Fachärzte für den stationären und extramuralen Bereich, aber auch für Einrichtungen der Rehabilitation ermöglicht. Doch Ausbildungsinhalte allein können nicht die Ausbildungsqualität und damit die Versorgungsqualität der Patienten in der Zukunft sicherstellen. Es wird notwendig sein, für dieses neue Fach strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem herbeizuführen. Dazu sind wir im Gespräch mit dem Ministerium, und hier gilt es noch, wichtige Fragen zu klären. Übergangsbestimmungen

für in Ausbildung Stehende, aber auch für leitende Funktionen sind weitere Punkte, die noch zu klären sind.

In Zusammenhang mit der Einführung des neuen Curriculums werden wir über das ÖGO-Web eine Plattform für Ausbildungsverantwortliche einrichten, die einerseits der Information dienen soll, aber gleichzeitig ein Instrument des Feedbacks und ein Forum für Diskussion sein soll.

ÖGO-Symposien

Den wissenschaftlichen Aspekt unserer Fachgesellschaft möchte ich durch die Weiterführung der von Stefan Nehrner initiierten ÖGO-Symposien erhalten. Am 16. und 17. Mai dieses Jahres werden wir ein Symposium zum Thema „Neue

Aus unserem Fach

Entwicklungen in der Endoprothetik“ in Linz abhalten. Wir werden im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz bei Prof. Nikolaus Böhrer zu Gast sein, dem ich auch herzlich für die Unterstützung im Programm durch die Einladung von Keynote-Lectures danken möchte. Wie schon bisher üblich, wird das Symposium am Freitag um 17 Uhr mit Keynote-Lecture-Vorträgen beginnen und am Samstag die Schwerpunkt-Themenbereiche „Endoprothetik Hüfte“ und „Endoprothetik Knie“ behandeln. Zu diesen Themen haben wir im Januar alle Mitglieder ersucht, Abstracts einzureichen. Ein Vorprogramm wird im ÖGO-Web downloadbar sein.

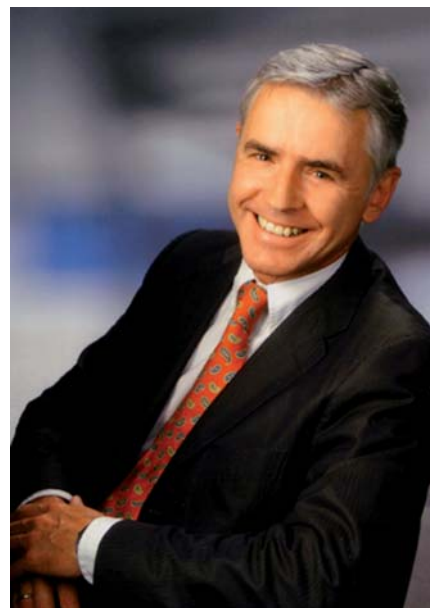
Am 12. und 13. September 2014 werden wir ein ÖGO-Symposium in Salzburg abhalten, das den inhaltlichen Aspekt „Sport und Endoprothetik“ abdeckt und gleichzeitig das Jubiläum „50 Jahre Orthopädie in Salzburg“ feiern soll. Das Jahr 2014 möchte ich dann mit einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Berufsverband am 29. November in Wien abschließen.

Mit der Vorbereitung auf die 32. Jahrestagung im Jahre 2015 habe ich bereits begonnen. Unter dem Titel „Orthopädie in Bewegung“ sollen einerseits die Breite

des Faches, aber auch die Aufgaben in der Zukunft thematisiert werden. Der Kongress wird in Wien Ende Oktober/Anfang November 2015 stattfinden.

Personelle Änderungen im ÖGO-Vorstand

Neben dieser „Programmorschau“ möchte ich Sie noch mit den personellen Änderungen im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie vertraut machen. Bernd Stöckl, bisher einer der drei Primärärztevertreter im Vorstand, wurde zum zweiten Vizepräsidenten gewählt und wird damit die Präsidentschaft für unsere Fachgesellschaft in den Jahren 2016 und 2017 übernehmen. Im Bereich der Primärärztevertreter werden Robert Siorpaes und Klemens Trieb uns in dieser Funktion gemeinsam mit dem wiedergewählten Manfred Weissinger unterstützen, die erwähnte „Plattform für Ausbildungsverantwortliche“ voranzutreiben. Als Vertreter der Fachgruppen sind Heimo Clar und Wolfgang Pawelka neu und ersetzen hier Erich Durnig und Bernhard Frischhut. Die in Ausbildung Stehenden werden im Vorstand von Patrick Sadoghi vertreten. Als neues kooptiertes Mitglied darf ich Matthias Brenner begrüßen, der uns vor al-



Prim. Dr. Peter Zenz, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie

lem in „Honorarfragen“ Hilfestellungen bieten wird.

Die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sieht herausfordernden Jahren entgegen.

Prim. Dr. Peter Zenz



2012 zog die OTWorld (vormals ORTHOPÄDIE + REHA-TECHNIK) 19.500 Besucher aus 93 Ländern sowie 537 Aussteller aus 39 Nationen an.

OTWORLD

Interdisziplinär, innovativ, informativ



Vom 13. bis 16. Mai 2014 steht der interdisziplinäre Dialog zwischen Ärzten, Technikern und Therapeuten im Mittelpunkt der OTWorld in Leipzig. Rund 300 Referenten aus 30 Ländern und mehr als 500 Aussteller aus etwa 40 Ländern stellen zum Weltkongress und zur Weltleitmesse wegweisende Neuheiten und Trends aus den Bereichen Prothetik, Orthetik, Orthopädieschuhtechnik, Kompressionstherapie und Technische Rehabilitation zur Diskussion.

Im Zeichen des Wissenstransfers

Zentrum für den wissenschaftlichen Austausch und die Weiterbildung mit vielen Highlights ist der Weltkongress im Congress Center Leipzig (CCL) unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Rostock. Zu den 14 Mitgliedern des Programm-Komitees gehören zudem Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland, RehaKlinikum Bad Rothenfelde, und Dr. Franz Landauer, 1. Oberarzt an der Landesklinik für Orthopädie in Salzburg und Vorstandsmitglied der International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) Österreich.

In zahlreichen Symposien beleuchten Experten der verschiedenen Disziplinen

neueste Entwicklungen aus Technik, Wissenschaft, Forschung und der Praxis. Jedes Symposium steht unter der Führung zweier Vorsitzender. So leitet beispielsweise Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), das internationale Symposium „Zukunft der Aus- und Weiterbildung in der Technischen Orthopädie“ gemeinsam mit dem Vizepräsidenten des Bundesinventionsverbandes für Orthopädie-Technik, Olaf Kelz (15. Mai 2014, 15 bis 16.15 Uhr).

Fachübergreifenden Konzepten zur Rheumabehandlung widmet sich zum Beispiel das Symposium „Problemfeld Rheumaversorgung: Rheuma – Ursachen und Be-

handlungsansätze“ (15. Mai, 11 bis 12.15 Uhr), das ein aktuelles Update dieser Systemerkrankung gibt. Häufige Sportverletzungen nimmt das Symposium „Behandlung von Sportverletzungen aus medizinischer und orthopädie-technischer Sicht“ in den Fokus (14. Mai, 11 bis 12.15 Uhr). Die interdisziplinäre Veranstaltung wird in Kooperation mit der Deutsch-Österreichischen-Schweizer Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) durchgeführt, dem weltweit zweitgrößten Zusammenschluss von Sportorthopäden und Sporttraumatologen.

In Zusammenarbeit mit der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST) findet das Symposium „Phantomschmerz/Chroni-

Aus unserem Fach

„Ich bin stolz darauf, dass wir mit dem Weltkongress im Mai einen wichtigen Beitrag zum interdisziplinären, internationalen Wissenstransfer leisten können. (...) Der interdisziplinäre Austausch ist für die Bewältigung der bevorstehenden Herausforderungen weltweit unerlässlich.“

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier

„schmerz“ (14. Mai, 15 bis 16.15 Uhr) statt. Ebenso setzen sich die Kongressteilnehmer mit Themen wie fortschrittliche Materialien, Allergien und Hygiene auseinander – unter anderem in den Symposien „Problemfeld Hygiene in der Orthopädie-Technik“ (13. Mai, 15 bis 16.15 Uhr) sowie „Kontaktallergien bei der Verwendung von Hilfsmitteln“ (14. Mai, 11 bis 12.15 Uhr).

Zum umfassenden Kongressprogramm gehören genauso Themen wie „Gefäßkrankungen – operativ und konservativ“ (13. Mai, 16.45 bis 18 Uhr), „Arthrose“ in Kooperation mit der Interdisziplinären Vereinigung für Arthrosemanagement e.V. IVfAM (16. Mai, 15 bis 16.15 Uhr), „Rückenschmerz: Chronifizierung vermeiden im Berufsleben“ (15. Mai, 16.45 bis 18 Uhr) – unter anderem zur multimodalen Therapie beim chronischen Rückenschmerz – sowie „Exoskelette“ (15. Mai, 11 bis 12.15 Uhr). Auf der Agenda stehen ferner die „Versorgung Amputierter aus Perspektive des US-Militärs und im System des US-Veteranenministeriums“ (16. Mai, 11 bis 12.15 Uhr) und „Orthopädie-Technik – Bedarf und Stellenwert in Lateinamerika“ in Kooperation mit ABOTEC – Associação Brasileira de Ortopedia Técnica (13. Mai, 15 bis 16.15 Uhr).

Namhafte Keynote-Speaker

Renommiertere internationale Experten konnten für die sieben, jeweils 30-minütigen Keynote-Vorträge gewonnen werden. Dazu gehört unter anderem Prof. Stefano F. Cappa, Department of Clinical Neurosciences, Cognitive Neurorehabilitation der italienischen Vita-Salute San Raffaele University, der über „Neuro-

degenerative Erkrankungen und demografischer Wandel“ spricht (14. Mai, 10 bis 10.30 Uhr). Dr. Hugh Herr, Associate Professor of Media Arts and Sciences, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, USA, informiert in seinem Vortrag über die „Entwicklung bionischer Beine: die Wissenschaft extremer Interfaces“ (14. Mai, 14 bis 14.30 Uhr).

Nach „Placebo und Wirksamkeit“ fragt Prof. Dr. Martin Krismer, Direktor der Universitätsklinik für Orthopädie, Innsbruck, Österreich (16. Mai, 14 bis 14.30 Uhr). Dr. Domenico Menager, Leitender Arzt, Institut Robert Merle d'Aubigné Valenton, Frankreich, erläutert, welche Rehabilitation ein Patient mit Amputation der unteren Extremitäten benötigt (16. Mai, 10 bis 10.30 Uhr). Prof. Dr. Gesine Grande, Dekanin der Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur HTWK Leipzig, befasst sich mit „Qualität und Compliance in der Patientenversorgung“ (15. Mai, 10 bis 10.30 Uhr). Und Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard gibt in seiner Keynote Antworten auf die Fragen „Orthopädie-Technik aus dem Kaufhaus? Wer hat die Kompetenz?“ (15. Mai, 14 bis 14.30 Uhr).

Die Mediziner unter den mehr als 300 Referenten der OTWorld sind in zahlreichen Fachgesellschaften wie der DGOOC, DGORh, DGOU, DGPMR, IGOST sowie der VTO organisiert.

Who's who der Branche zeigt neueste Entwicklungen

In zwei ausgebuchten Messehallen bietet die parallel zum Weltkongress stattfindende, international führende Fachmes-



Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Rostock, ist Kongresspräsident der OTWorld.

se einen Überblick über die aktuellsten Entwicklungen im globalen Hilfsmittelmarkt. Auch 2014 ist wieder mit einem Wachstum der Ausstellungsfläche zu rechnen. Voraussichtlich über 500 Unternehmen präsentieren ihre Innovationen. So haben sich wiederum alle Marktführer zur OTWorld angekündigt. Zum wichtigsten Treffpunkt der Branche werden im Mai 2014 rund 20.000 Fachbesucher aus 100 Ländern auf dem Leipziger Messegelände erwartet.

OTWORLD ONLINE

Das Kongressprogramm der OTWorld ist online erreichbar unter:

http://ot-world.com/kongress/kongress_und_messeprogram

Fortbildungspunkte für die teilnehmenden Mediziner aus Deutschland vergibt die zuständige Sächsische Ärztekammer.

15. EFORT KONGRESS

Schwerpunkt Patientensicherheit



Patientensicherheit steht im Mittelpunkt des 15. Kongresses der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT), der vom 4. bis 6. Juni 2014 in London stattfindet.

Patientensicherheit, das Motto des EFORT Kongresses 2014 in London, wurde von der WHO bereits 2002 als ein zentrales globales Gesundheitsproblem identifiziert. Einer Studie zufolge erleidet jeder zehnte Patient während eines Krankenhausaufenthalts ein unerwünschtes Ereignis. Die Orthopädie könne heute viel komplexere und wirksamere Leistungen erbringen als in der Vergangenheit, betont EFORT-Präsident Manuel Cassiano-Neves; damit seien auch die potenziellen Risiken größer geworden. Aktuelle Erfahrungen mit Metall-auf-Metall Hüftprothesen seien ein gutes Beispiel dafür: „Großkopf-Endoprothesen mit einer Metall-auf-Metall Gleitfläche haben zunächst zu besseren Ergebnissen geführt, was eine frühere und raschere Rehabilitation, die Propriozeption oder die Beweglichkeit betrifft.“ Inzwischen würden aber Single-Centre-Studien und nationale Hüft-Endoprothesenregister zunehmend Hinweise auf eine überdurchschnittlich hohe Revisionsrate bei diesen Implantaten liefern. „Das zeigt, dass wir in der orthopädischen Ausbildung im Hinblick auf neue Methoden und Implantate einen deutlicheren Schwerpunkt auf die Patientensicherheit legen müssen“, so Dr. Cassiano-Neves. Zahlreiche Symposien und Instructional Lectures werden daher auf dem 15. EFORT Kongress in London dem Thema Sicherheit gewidmet sein.

Modellprogramm für orthopädische Fortbildung

Das Thema Sicherheit betrifft die zunehmende Mobilität von Medizinern in Europa, sagt Prof. Stephen Cannon, EFORT Vizepräsident und Vorsitzender des Local Organising Committee des Kongresses. „Der Fokus auf Patientensicherheit hat auch ganz wesentlich mit der Freizügigkeit auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu tun. Mediziner haben sehr

unterschiedliche Ausbildungen und Erfahrungen und nicht notwendigerweise eine einheitliche Abschlussqualifikation.“ Dass der EFORT Kongress in London gemeinsam mit der British Orthopaedic Association (BOA) ausgerichtet wird, ist ein wichtiges Signal. „Das ist eine großartige Möglichkeit, die Orthopädie in Europa zu konsolidieren“, betont BOA-Präsident Prof. Timothy Briggs. „Die BOA hat ein umfassendes Fünf-Jahresprogramm entwickelt, das Fachärzte auf den letzten Stand des Wissens bringt und sie bei der Revalidierung unterstützt.“

Der Schwerpunkt Patientensicherheit spiegelt sich auch in den Sitzungen zur Evidenz-basierten Medizin wider, die sich im Zuge der letzten Kongresse als sehr erfolgreich erwiesen haben. Der Vorsitzende des Local Organising Com-

mittee, Prof. Cannon, betont: „Patienten werden oft mit Methoden behandelt, die noch nicht in randomisierten Studien geprüft wurden, und es gibt zunehmend Druck seitens der nationalen Regierungen und der Europäischen Kommission in Richtung Evidenz-basierter Medizin.“ Der EFORT-Kongress 2014 bietet in dieser Hinsicht eine umfassende Reihe interaktiver Expertengespräche, die sich, so Prof. Cannon, „als sehr hilfreich erwiesen haben, um innovative Therapien und Eingriffsmethoden einzuführen.“ Auf dem Programm stehen auch Vorträge und Präsentationen komplexer Fallbeispiele zu spezifischen klinischen Szenarien durch sehr erfahrene Orthopädie-Spezialisten.

MEHR INFOS
www.efort.org/london2014/



Die Flucht der Versicherer stoppen

Die Situation in der Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern und Ärzten hat sich seit dem Jahr 2012 dramatisch verändert. Insbesondere Krankenhäuser mussten massive Prämien erhöhungen hinnehmen, in der Spitze bis zu 100 Prozent Steigerung, in Einzelfällen noch darüber hinaus. Aber auch bei der Berufshaftpflichtversicherung von niedergelassenen Ärzten macht sich die geänderte Geschäftspolitik der Versicherer durch höhere Prämien, teilweise auch durch Rückzug aus dem Kundensegment, bemerkbar. Was sind die Ursachen?



Foto: Gordon Grant/Fotolia

Die Geburtshilfe ist das teuerste Risiko für einen Krankenhaus-Versicherer. Doch auch in den anderen Disziplinen kommen Patientenschäden der Haftpflichtversicherung teuer zu stehen. Viele Versicherungen ziehen sich deshalb aus dem Geschäftsfeld der Medizin zurück.

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) hat eine Studie über die Entwicklung der Personenschäden im Arzthaftungsbereich initiiert, an der sich die zehn größten Heilwesensversicherer in Deutschland beteiligten. Im Ergebnis hat man festgestellt, dass die Kostensteigerungen bei der Schadenregulierung bislang völlig unterschätzt worden sind. So ist der mittlere Schadenaufwand aller Disziplinen um 6 Prozent p.a. von 1,33 Millionen Euro auf 1,76 Millionen Euro gestiegen, der mittlere Aufwand in der Geburtshilfe sogar um 9 Prozent p.a. von 1,4 Millionen Euro auf 2,2 Millionen Euro. Als Kostentreiber wurden zum einen die sogenannten „vermehrten Bedürfnisse“ (Pflegekosten, Umbauten etc.) identifiziert, die um 9 Prozent p.a. über alle Disziplinen und um 14 Prozent p.a. in der Geburtshilfe

gestiegen sind. Zum anderen wurde der Erwerbsschaden mit Steigerungen von 11 Prozent p.a. über alle Disziplinen und von 18 Prozent p.a. in der Geburtshilfe als ursächlich für die Ausgabensteigerung identifiziert.

Diese besondere Problematik der Schadensituation in der Krankenhaushaftpflicht-Versicherung ergibt sich fast ausschließlich durch die schweren Personenschäden. Sie machen einen sehr kleinen Anteil an den Stückzahlen, aber einen erheblichen Anteil am Schadenaufwand aus. Eine interne Untersuchung der Ecclesia Gruppe für die Schadenjahre 1987 bis 2004 kommt zu dem Ergebnis, dass die Schäden mit einem Schadenaufwand bis 150.000 Euro zwar 97,44 Prozent der Schadenstückzahlen, aber nur 30,03 Prozent des Schadenaufwan-

des ausmachen. Dagegen machen die Schäden mit einem Schadenaufwand ab 150.000 Euro lediglich 2,56 Prozent der Schadenstückzahlen, aber 69,97 Prozent des Schadenaufwandes aus. Anders ausgedrückt: Es kommt zwar nur selten dazu, dass Patienten gravierende Schädigungen davontragen – aber diese kommen den Verursacher bzw. seine Versicherung sehr teuer zu stehen.

Darüber hinaus nimmt der Abwicklungszeitraum dieser Schäden ständig zu. Der Schadenaufwand bei schweren Personenschäden wird dabei vor allem geprägt durch das Alter des Geschädigten und seine Lebenserwartung. Durch die ungeheuren Fortschritte in der Medizin haben heute selbst schwerst geistig und/oder körperlich geschädigte Menschen eine fast normale Lebenserwartung. Diese an sich erfreuliche Entwicklung führt aber dazu, dass die Aufwandssteigerungen für Pflege und Erwerbsschaden deutlich über den allgemeinen Inflationsraten liegen und diese Großschäden deshalb allein über den Schadenverlauf eines Jahres bestimmen.

In der Geburtshilfe entstehen die teuersten Schäden

Während der langen, unter Umständen jahrzehntelangen Abwicklungszeit wirken sich die sich ändernde Rechtsprechung, der medizinische Fortschritt, sich ändernde Betreuungsmethoden und -erfordernisse, die Inflation sowie die Änderung von Zinsfaktoren zur Kapitalisierung schadenerhöhend aus. Die Folge davon ist, dass heute Schäden mit einem Schadenumfang von drei bis fünf Millionen Euro keine Seltenheit mehr sind. In der Spitze sehen wir heute Schäden mit einem Schadenvolumen bis zu 15 Millionen Euro. Dabei spielt das Fachgebiet

Geburtshilfe eine besondere Rolle. Von den 100 teuersten Schäden, die der Ecclesia Gruppe im Zeitraum 1987 bis 2004 gemeldet wurden, kommen 65 aus der Geburtshilfe; aber immerhin auch 14 aus der Chirurgie bzw. Orthopädie.

Diese Entwicklung wurde im Jahr 2012 noch dadurch verschärft, dass sich mehrere Versicherer, darunter insbesondere die Zurich Gruppe als einer der bis dahin größten Haftpflichtversicherer von Krankenhäusern, aus dem Segment Betriebshaftpflichtversicherung von Krankenhäusern zurückgezogen haben. Dies führte zu massiven Kapazitätsengpässen, die nur durch eine gemeinschaftliche Aktion der verbliebenen Haftpflichtversicherer ausgeglichen werden konnte, allerdings um den Preis von massiven Prämien erhöhungen.

Diese Situation wird sich nicht mehr grundsätzlich ändern. Auch für die Zukunft ist mit einem weiter steigenden Schadenbedarf und damit mit weiter steigenden Prämien für die Haftpflichtversicherung im Bereich Heilwesen zu rechnen.

Konsequente Einführung von klinischem Risikomanagement

Die Situation in der Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern und Ärzten erfordert es zwingend, dass die Aktivitäten im klinischen Risikomanagement weiter verstärkt werden. Zum einen, um die Risikosituation des Krankenhauses oder der Praxis zu verbessern, zum anderen aber auch, um zukünftig überhaupt einen Versicherer zu finden, der bereit ist, dieses Risiko zu versichern.

Risikomanagement führt im Idealfall zu einer Verbesserung der Behandlungsprozesse, zu einer Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema Prävention, zu einer besseren rechtlichen Stellung im Haftungsprozess durch eine geordnete Organisation und Dokumentation, zu einem ständigen Prozess einer prospektiven Identifikation von Risiken mit der Möglichkeit ihrer Bearbeitung sowie zu einer Reduzierung der Schadenfrequenz – und damit zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Großschäden.

Neben dem vorrangigen Ziel, die Patientensicherheit möglichst weitgehend zu gewährleisten, ist Risikomanagement

vor allem dringend erforderlich, um mittel- und langfristig die Versicherbarkeit sicherzustellen. Mehrere Versicherer machen inzwischen ihre Zeichnungsbereitschaft davon abhängig, ob in der Einrichtung ein funktionierendes klinisches Risikomanagement vorhanden ist. So macht zum Beispiel ein Versicherer die Angebotsabgabe von der Durchführung eines „Risiko-Screenings“ abhängig und schreibt in Abhängigkeit von den Ergebnissen die Durchführung von Maßnahmen des Risikomanagements als Voraussetzung für die Zeichnung des Risikos vor. Deshalb müssen die Aktivitäten für ein Konzept im Sinne eines integrierten Risiko- und Chancenmanagements deutlich erhöht werden, um die zunehmenden Forderungen der Versicherungswirtschaft zu erfüllen und versicherbar zu bleiben.

Politische Aktivitäten

Da alle Maßnahmen der Schadenprävention an der Situation der ständig steigenden Schadenaufwendungen aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung nichts grundlegend ändern werden, wird sich auch nichts daran ändern, dass die Prämien tendenziell weiter ansteigen werden. Dies ist sogar notwendig, damit sich nicht weitere Versicherer aus diesem Segment verabschieden. Dies würde zum Zusammenbruch des Marktes für die Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern und Ärzten führen. Eine Situation, die heute schon zum Beispiel in Italien Realität ist.

Ist aber mit weiteren Prämiensteigerungen zu rechnen, muss entweder durch den Gesetzgeber eine angemessene Refinanzierung dieser Mehrprämien sichergestellt werden, oder man muss sich auf Maßnahmen der Reduzierung des Schadenaufwandes verständigen.

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Hochrisikobranche. Vor diesem Hintergrund muss klar sein, dass mehr Patientenrechte einen höheren Schadenaufwand und noch höhere Versicherungsprämien bedeuten. Krankenhäuser und Ärzte haben aber nicht – wie andere Risikobranchen wie beispielsweise die Chemie – die Möglichkeit, ihre Risikokosten auf ihren Preis umzulegen. Folge davon ist, dass höhere Versicherungskosten über Einsparungen – in der Regel beim Personal – refinanziert werden müssen. – Kein Beitrag zur Patientensicherheit!

Eine angemessene Refinanzierung findet bisher nicht statt. So sollen zwar bei Krankenhäusern im Rahmen des sogenannten Kostenorientierungswertes entsprechende Steigerungen berücksichtigt werden. Heute wird in diesem Rahmen aber nur die Steigerung in der privaten Haftpflichtversicherung von einem Prozent berücksichtigt. Es ist offensichtlich, dass dies nicht ausreichend ist und man zu einer besseren Refinanzierung kommen muss.

Denkbar wäre zum Beispiel die Möglichkeit, für die Risikokosten des zweifels- ohne teuersten Risikos Geburtshilfe eine alternative Finanzierung zu installieren. Nach unseren Untersuchungen betragen die Risikokosten einer Geburt etwa 350 Euro, ein Betrag, den sich unser reiches Land eigentlich leisten könnte. Eine Alternative hierzu bestünde nur darin, den Schadenaufwand zu begrenzen. Dies wäre zum Beispiel dadurch erreichbar, dass man – wie etwa in Schweden – die Regresse von Sozialversicherungsträgern, insbesondere der Kranken- und Pflegekassen, ausschließt. Allein diese Maßnahme würde nach Untersuchungen der Ecclesia Gruppe, aber auch nach Erkenntnissen des GDV zu einer Reduzierung des Schadenaufwandes um 25 Prozent führen. Denkbar wäre auch, für den Bereich der Gesundheitsversorgung die Versicherungssteuer von derzeit 19 Prozent abzuschaffen oder wenigstens zu reduzieren.

Es ist an der Zeit, dass Ärzte und Krankenhäuser mit ihren Verbänden gemeinsam mit der Versicherungswirtschaft die Politik auf das Problem hinweisen und Maßnahmen zur Abhilfe einfordern. Geschieht dies nicht, werden sich entweder weitere Versicherer aus diesem Marktsegment zurückziehen oder Krankenhäuser, Ärzte und auch Hebammen besonders betroffene Tätigkeitsfelder aufgeben. Es ist an der Zeit, dagegen etwas zu unternehmen.

Franz Michael Petry



Franz Michael Petry ist Geschäftsführer der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH. **Kontakt:** fpetry@ecclesia.de



Der Rahmen einer Mediation vor dem Güterichter ist ungezwungener als in einem Gerichtssaal; die Parteien sitzen stattdessen im Gespräch an einem runden Tisch zusammen.

Bild: Yves Damin/Fotolia

MEDIATION

Die Rolle des medizinischen Sachverständigen

Über „Die Rolle des medizinischen Sachverständigen in der Mediation beim Güterichter“ referierte vor der Arbeitsgemeinschaft 2 der DGOU Sozialmedizin und Begutachtungsfragen Dr. Katrin Meins, Vorsitzende Richterin am Landgericht und Referentin für Sachverständigenangelegenheiten am Landgericht Kiel am 22. Oktober 2013 während des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin.

„Die Mediation beim Güterichter (gerichtliche bzw. gerichtsinterne Mediation) ist ein bewährtes Modell der alternativen Streitbeilegung im Zivilprozess.“ (siehe Kasten) Dieses Modell und die Frage, wie medizinische Sachverständige dort eingebunden werden können, war das Thema von Dr. Katrin Meins beim DKOU.

Dabei erörterte sie zunächst die Unterschiede zwischen dem (klassischen) Gerichtsverfahren und der Mediation beim Güterichter: Im Zivilprozess hat der Richter die Verfahrensleitung und -kontrolle. Dabei hat er unparteiisch zu sein und sich die zur Entscheidung notwendigen Informationen mit Hilfe der im Gesetz vorgesehenen Beweismittel zu beschaffen. Die

ihm vorgetragene Sachverhalte muss er auf Gesetze beziehen und durch logische Ableitung zu einer Entscheidung kommen. So sinnvoll dies zur Klärung rechtlicher Streitigkeiten sein kann, so viele Nachteile bringt dieses Verfahren aber beim näheren Hinsehen für die Parteien eines Rechtsstreits mit sich: Für diese ist die „Juristensprache“, in der Richter und

FÖRDERUNG DER MEDIATION

Die Mediation beim Güterichter ist durch das Gesetz zur Förderung der Mediation und anderer Verfahren zur außergerichtlichen Konfliktbeilegung vom 21. Juli 2012 (BGBl. 2012 I, 1577) in das Gesetz eingebunden worden. In der neuen Fassung der Zivilprozessordnung besagt § 278 Abs. 5, dass der Rechtsstreit für die Güteverhandlung und weitere Güteversuche vor einen hierfür bestimmten und nicht entscheidungsbefugten Richter (Güterichter) verwiesen werden kann, der alle Methoden der Konfliktbeilegung einschließlich der Mediation einsetzen kann. Für die Dauer des Güteverfahrens wird das streitige Verfahren ruhend gestellt. Nach der (nichtöffentlichen) Mediation wird der Vergleich in der unmittelbar anschließenden Güteverhandlung vor dem Güterichter protokolliert und ist als gerichtlicher Vergleich Vollstreckungstitel. Gemäß § 278a ZPO n.F. kann das Gericht auch eine außergerichtliche Mediation vorschlagen. In Schleswig-Holstein wird die Mediation beim Güterichter seit 2005 durchgeführt. Die Zahl der Verfahren ist dabei stetig gestiegen. Allein beim Landgericht Kiel gelangen jährlich über 500 Akten in die Mediation, von denen circa zwei Drittel mit einer Einigung beendet werden.

Anwälte kommunizieren, fremd. Aus diesem Grund können sie den juristischen Argumentationen auch nur begrenzt folgen. Die Auslegung von Gesetzen und deren Relevanz für ihren Fall ist für die Parteien oft nicht nachvollziehbar. Schlimmstenfalls finden sich die Parteien als Zaungäste ihres eigenen Konflikts wieder, weil die professionell Beteiligten sich für den zugrundeliegenden Konflikt eigentlich gar nicht interessieren und es diesen nur um die Klärung von rechtlichen Fragestellungen geht. So vielfältig aber die Motive von Parteien sein mögen, einen Rechtsstreit anzustrengen: Eine auch noch so interessante Rechtsfrage zu klären, wird wohl kaum das Motiv für die Klage gewesen sein.

Fünf Prinzipien der Mediation

Die Mediation vor dem Güterichter unterscheidet sich von dem klassischen Zivilverfahren ganz wesentlich und bietet Möglichkeiten, die die wirklichen Anliegen der Parteien besser erfassen und klären können. Dies spiegelt sich wieder in den fünf Prinzipien der Mediation: Die Mediation vor dem Güterichter ist freiwillig, und zwar sowohl hinsichtlich der Entscheidung, ob ein Mediationsverfahren durchgeführt werden soll, als auch hinsichtlich der Inhalte und der Beendigung. Die Parteien nehmen ihre Anliegen eigenverantwortlich selbst in die Hand, während der Güterichter, der die Mediation begleitet, weder entscheidet noch über Inhalte oder Lösungsmöglichkeiten verfügt. Der Güterichter ist dabei nicht neutral im Sinne von unparteiisch, sondern allparteilich. Dies bedeutet, dass er gleichsam auf der Seite beider Parteien steht, dabei aber nicht jeder Partei das Gleiche gibt, sondern jeder Partei genau das, was sie an Unterstützung benötigt.

Während das Gerichtsverfahren oft nur „Alles-oder-nichts“-Lösungen bietet oder gerichtliche Vergleiche einen bestimmten Prozentsatz der Klagforderung zum Inhalt haben, ist die Mediation vor dem Güterichter ergebnisoffen, das heißt was immer die Parteien in die Konfliktlösung einbringen wollen, kann Inhalt des Vergleichs werden, der dann vor dem Güterichter geschlossen wird. Schließlich ist die Mediation vor dem Güterichter im Unterschied zum öffentlichen gerichtlichen Verfahren vertraulich, so dass die Parteien offen alle für die Konfliktbeilegung notwendigen, oft sehr persönlichen Details erörtern können, ohne befürchten zu müssen, dass diese an die Öffentlichkeit geraten oder Dritten zugänglich gemacht werden.

Zudem unterscheidet sich die Mediation vor dem Güterichter durch zahlreiche weitere Details vom gerichtlichen Verfahren. Der äußere Rahmen ist unge-

rüber entscheiden, was besprochen werden soll oder ob die Verhandlungen in einem weiteren Termin fortgesetzt werden sollen. Auch wenn im streitigen Verfahren zahlreiche Vergleiche geschlossen werden, kommen diese auf andere Art zustande als in der Mediation vor dem Güterichter: Im streitigen Verfahren ist der Ablauf durch die Zivilprozessordnung vorgeschrieben, der neutrale Richter wird seinen Vergleichsvorschlag an den juristischen Erfolgsaussichten orientieren und nicht an den Bedürfnissen der Parteien, deren Anwälte entsprechend taktisch vortragen und verhandeln, was vor dem Güterichter, der nie personenidentisch mit dem streitentscheidenden Richter ist, überflüssig ist.

Ablauf einer Mediation

Der Ablauf einer Mediation beim Güterichter folgt grundsätzlich folgenden fünf Phasen: Zunächst werden in der Einleitung die Prinzipien der Mediation erläutert und die Regeln, unter anderem die Vertraulichkeit, vereinbart. Sodann wird in der Themensammlung geklärt, welche Punkte die Parteien miteinander besprechen wollen. Es folgt sodann die Klärung der Interessen, das eigentliche Herzstück der Mediation, bei welchem es darum geht, von den Positionen der Parteien zum Kern der Sache, nämlich den dahinterstehenden Interessen, zu gelangen. Dies ist erforderlich, um zu den Lösungsoptionen zu kommen, die zunächst offen und gegebenenfalls im Sinne eines Brainstorming gesammelt und sodann von den Parteien bewertet werden. Die letzte Phase ist so-

Mediation ist ein hochgeeignetes Mittel zur Deeskalation von Konflikten, das selbst auf der höchsten Eskalationsstufe – vor Gericht – wirksam ist.

zwungener als im Gerichtssaal: Die Parteien, ihre Anwälte und der Güterichter sitzen nicht in einem Gerichtssaal, der oft konfrontativ angeordnet ist mit einer erhöhten Richterbank, sondern an einem runden Tisch in angenehmer Atmosphäre zusammen, es werden Getränke und Gebäck angeboten. Teilnehmen darf – wenn alle einverstanden sind – jeder, der zu einer Lösung des Konflikts beitragen kann: der Partner, Eltern oder sonstige Berater. Verhandlungsinhalte, Verfahrensablauf und Dauer sind nicht zwingend, sondern liegen in der Hand der Parteien, die da-

dann die Einigung auf eine Lösungsmöglichkeit, die im Rahmen eines gerichtlichen Vergleichs festgeschrieben wird.

Mediative Gesprächstechniken

Während der Mediation wendet der Mediator bzw. Güterichter mediative Gesprächstechniken an, so das aktive Zuhören, das heißt das Umschreibende, zusammenfassende, strukturierende Wiederholen der Äußerung einer Partei mit dem Ziel, die Bedürfnisse der einen Seite für die andere Seite nachvollziehbar und

annehmbar zu machen, aber auch den Konflikt und die Positionen der Parteien korrekt zu erfassen. Weitere Techniken sind der Perspektivwechsel, bei welchem die eine Partei veranlasst wird, sich in die andere Partei hineinzuversetzen oder aber sich selbst in den Augen der anderen Partei zu sehen, oder das sogenannte Yes-Set, bei welchem eingangs, um eine von allseitiger Zustimmung getragene Atmosphäre zu erzeugen, der Mediator Fragen stellt, die üblicherweise positiv beantwortet werden.

Wie können medizinische Sachverständige in die Mediation vor dem Güterichter einbezogen werden?

Sachverständige können auf Wunsch der Parteien in der Mediation hinzugezogen werden, um tatsächliche Fragen zu klären bzw. die Parteien in tatsächlicher Hinsicht zu beraten. Sie können in jeder Phase des Verfahrens anwesend sein und mitwirken. Erforderlich ist dabei, dass die Parteien sich darüber einigen, wer die Kosten für den Sachverständigen trägt und ob und gegebenenfalls wie die von ihm getroffenen Feststellungen im streitigen Verfahren verwendet werden dürfen, sollte dieses fortgesetzt werden müssen, denn alle Inhalte der Mediationsverhandlung sind grundsätzlich vertraulich.

Vieles spricht dafür, dass die (nur außergerichtliche!) Mediation ein neues Betätigungsfeld für den medizinischen Sachverständigen werden könnte: Wie kaum ein anderer ist der Sachverständige mit den fachlichen Fragen, die ein Konflikt aufwirft, vertraut und kann aus dieser Sicht konstruktive Vorschläge zur Lösung machen. Dadurch trägt er zugleich zur Versachlichung des Konflikts bei, denn er führt den Konflikt durch das Einbringen seiner fachlichen Sichtweise auf die Sachebene zurück. Allein die beratende Anwesenheit eines Sachverständigen kann auch aufgrund des hohen Ansehens gerade eines medizinischen Sachverständigen und aufgrund des großen Vertrauens, das er genießt, zu zügigen und dauerhaften Lösungen beitragen.

Der Sachverständige kann zur Deeskalation beitragen

Systemwidrig ist es jedoch, wenn der vom Gericht bestellte Sachverständige im streitigen Gerichtsverfahren selbst

Vieles spricht dafür, dass die außergerichtliche Mediation ein neues Betätigungsfeld für den medizinischen Sachverständigen werden könnte.

als Mediator tätig wird bzw. sich wie ein solcher geriert: Der gerichtliche Sachverständige ist neutral und Gehilfe des streitentscheidenden Richters. Er hat vom Gericht einen klaren Auftrag erhalten, bestimmte tatsächliche und fachliche Fragen zu klären, um dem Gericht die Tatsachengrundlage für dessen Entscheidung zur Verfügung zu stellen. In dieser Position ist die Klärung der Bedürfnisse der Parteien nicht seine Aufgabe. Verlässt der gerichtliche Sachverständige seine Rolle und versucht, die wahren Interessen der Parteien zu erforschen und eine einvernehmliche Lösung zu befördern, begibt er sich in Gefahr, wegen der Besorgnis der Befangenheit von einer Partei abgelehnt zu werden. Hilfreich und deshalb erwünscht ist es jedoch, wenn der gerichtliche Sachverständige im Rahmen seiner Tätigkeit zu mediativen Techniken greift, wenn zum Beispiel im Rahmen der Begutachtung Konflikte entstehen, etwa darüber, welche Umstände berücksichtigt werden dürfen oder wer bei einer Untersuchung dabei sein darf. Ein Sachverständiger, der behutsam bei Konflikten auf solchen Nebenkriegsschauplätzen vermittelt, kann dadurch entscheidend zur Deeskalation beitragen und wird vielfach zum Beispiel den Untersuchungstermin retten können. Nützlich sind mediative Techniken wie das aktive Zuhören auch in Situationen wie der mündlichen Erläuterung des Gutachtens im Gerichtstermin oder bei der Bearbeitung von Anwaltsschriftsätzen mit Einwendungen gegen das Gutachten, die nicht nur sachliche Kritik enthalten: Dabei kann beispielsweise das strukturierte Umformulieren angewandt werden: „Ich verstehe die Einwendung des Klägers dahin, dass...“. Damit wird ein gegebenenfalls noch so unsachlicher Einwand auf die Sachebene zurückgeführt.

Ist der Sachverständige als Privatgutachter von einer oder mehreren Parteien beauftragt worden, kann er grundsätzlich als Mediator tätig werden. Dabei ist aber Vorsicht geboten: Eine Betätigung als Mediator kann nur im Einverständnis beider Parteien erfolgen! Ist nur eine Partei Auftraggeber und die andere Seite nicht einbezogen, sollte deren Beteiligung daher

angeregt werden, wenn eine Mediation in Betracht gezogen wird. Maßgebend ist immer der Inhalt des jeweiligen Auftrags. Im Erfolgsfalle ist eine rasche und nachhaltige Konfliktlösung möglich oder jedenfalls das Erzielen einer Einigung der Parteien darüber, was in dem erstellten Privatgutachten zugrunde gelegt oder dokumentiert werden soll. Dies ermöglicht große Transparenz und eine bessere Verwendbarkeit des Privatgutachtens, sollte der Konflikt – gegebenenfalls vor Gericht – fortgeführt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Mediation ein hochgeeignetes Mittel zur Deeskalation von Konflikten ist, das selbst auf der höchsten Eskalationsstufe – vor Gericht – wirksam ist. Dabei bieten Sachverständige im Rahmen der Mediation beim Güterichter wertvolle Unterstützung, sie sollten sich aber, wenn sie als gerichtliche Sachverständige im Streitverfahren eingeschaltet werden, auf diese Rolle beschränken. Im Rahmen von Privatgutachten im außergerichtlichen Bereich können sich Sachverständige als Mediatoren betätigen, maßgebend ist dabei ihr Auftrag, das Einverständnis beider Parteien und – wie stets – die Dokumentation der Grundlagen des gegebenenfalls trotz Mediation erstellten Privatgutachtens, damit die spätere Verwendbarkeit gewährleistet ist.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Leo Montada und Elisabeth Kals: Mediation: Psychologische Grundlagen und Perspektiven, 2013;

Manfred Prior: MiniMax-Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung, 2013

Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf



Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Heidelberg, leitet die AG Sozialmedizin und Begutachtungsfragen der DGOU.

Foto: Fotolia



Im Visier der Gerichte: Wer auf der Website mit Kinesio-Taping wirbt, sollte darauf hinweisen, dass die Wirksamkeit nicht zweifelsfrei wissenschaftlich belegt ist.

KINESIO-TAPING



Werbung auf der Praxis-Homepage unlauter?

Das Landgericht Ulm entschied mit Urteil vom 8. Mai 2013 – 10 O 35/13 KfH –, dass die Werbung für das Therapieverfahren „Kinesio-Taping“ irreführende Werbung sei, da die Wirkung der Kinesio-Tapes als akut oder vorbeugende Therapie gegen Verspannungen wissenschaftlich nicht erwiesen sei. Maßgeblich für die Beurteilung des Gerichts war eine Metastudie (Williams, S. et al. 2012), in der 97 Veröffentlichungen nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien

untersucht wurden. Hierbei erfüllten nur zehn die Mindestkriterien, von denen sich jedoch lediglich zwei mit Sportverletzungen auseinandersetzten und nur eine Daten von verletzten Sportlern angab. Die Studien, welche die vorbeugende Wirkung untersuchten, konnten die relevante Wirksamkeit ebenfalls nicht belegen.

Ärzte müssen ihr Werbeverhalten einer Prüfung sowohl nach dem Berufsrecht als auch dem Heilmittelwerberecht (HWG) und nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) unterziehen. Berufsrechtlich ist die irreführende Werbung dem Arzt nach § 27 Abs. 3 MBO-Ä verboten. § 3 Satz 1 HWG verbietet werberechtlich die irreführende Werbung, welche nach Satz 2 Ziffer 1 insbesondere vorliegt, wenn Arzneimitteln, Medizinprodukten, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung beigelegt werden, die sie nicht haben. Zudem ist eine Irreführung anzunehmen gemäß Satz 2 Ziffer 2a, wenn der

fälschliche Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann.

Es kommt maßgeblich auf die subjektiv erzeugte Wirkung an

Daneben liegt wettbewerbsrechtlich eine irreführende Handlung gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 UWG vor, wenn sie unwahre Angaben über wesentliche Merkmale der beworbenen Sache enthält. Irreführend sind diese Angaben nach der Rechtsprechung dann, wenn sie die Wirkung einer unzutreffenden Angabe erzeugen, das heißt den von ihr angesprochenen Verkehrskreisen einen unrichtigen Eindruck

vermitteln (vgl. Landgericht Frankfurt, Urteil vom 8. Juli 2010 – 2-03 O 48/10). Es kommt somit maßgeblich auf die erzeugte subjektive Wirkung an, welche den irreführenden Eindruck der therapeutischen Wirksamkeit oder Wirkung der Therapiemethode, die sie nicht hat, erweckt (vgl. Landgericht Hildesheim, Urteil vom 4. November 2009 – 11 O 19/09). Hier muss stets auf die Gesamtwirkung der Werbung abgestellt werden.

Gesundheitsbezogene Werbeaussagen müssen richtig, klar und eindeutig sein

Eine irreführende Werbung über Therapieverfahren liegt nach ständiger Recht-

sprechung dann vor, wenn ein Heilmittel oder eine Behandlungsmethode die ihr beigelegte therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung nicht hat. Dies ist schon dann der Fall, wenn die Wirksamkeit oder Wirkung tatsächlich umstritten oder nicht hinreichend nachgewiesen bzw. abgesichert ist (vgl. Landgericht Bayreuth, Urteil vom 24. Juni 2009 – 13 KH O 55/07). An die Richtigkeit, Klarheit und Eindeutigkeit gesundheitsbezogener Werbeaussagen müssen jedoch strenge Anforderungen gestellt werden. Grund hierfür ist die der menschlichen Gesundheit zukommende besondere Bedeutung und die hierdurch zu erwartende besondere Wertschätzung einer Werbung, welche an die Gesundheit anknüpft (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 12. August 2010 – 4 U 93/10). Mit einer gesundheitsfördernden Wirkung darf nach ständiger Rechtsprechung nicht werben, wer die wissenschaftliche Absicherung seiner Werbung nicht dartun kann (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, a.a.O.). Zum Zeitpunkt der Werbung muss somit die wissenschaftliche Absicherung gegeben sein (vgl. Landgericht Hildesheim, a.a.O.). Fraglich wird jedoch in jedem Einzelfall sein, wann von einem ausreichenden wissenschaftlichen Beleg einer Therapiemöglichkeit ausgegangen werden kann.

Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung wird für die wissenschaftliche Absicherung als wissenschaftlich fundierter Wirksamkeitsnachweis gefordert, wenn Studienergebnisse als Beleg einer gesundheitsbezogenen Aussage angeführt werden, dass grundsätzlich für die Studie eine ausreichende Anzahl von Probanden herangezogen wurde und randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudien mit einer adäquaten statistischen Auswertung bestehen, die durch die Veröffentlichung in den Diskussionsprozess der Fachwelt einbezogen wurden (vgl. BGH, Urteil vom 6. Februar 2013 – I ZR 62/11, derselbe Beschluss vom 1. Juni 2011 – I ZR 199/09; LG Ulm, Urteil vom 8. Mai 2013 – 10 O 35/13 KfH). Die Studien müssen somit die Werbeaussage uneingeschränkt tragen können. Sofern eine einzelne Arbeit auf überzeugenden Methoden und Feststellungen beruht, kann sich auch hieraus schon eine hinreichende wissenschaftliche Absicherung ergeben (vgl. BGH, Urteil vom 21. Januar 2010 – I ZR 23/07; LG Ulm, a.a.O.). In diesem Fall

wäre zwar nicht erforderlich, dass die Wirkung Gegenstand einer allgemeinen wissenschaftlichen Diskussion geworden ist. Allerdings muss die Studie dann nach den oben dargestellten anerkannten Regeln und Grundsätzen wissenschaftlicher Forschung durchgeführt und ausgewertet worden sein (vgl. LG Ulm, a.a.O.).

Bei der Verwendung fachlich umstrittener Meinungen besteht nach Ansicht der Rechtsprechung gegenüber einem nicht unbeachtlichen Teil der angesprochenen Verkehrskreise eine Irreführungsgefahr, außer es erfolgt ein deutlicher Hinweis auf den Meinungsstreit (vgl. Landgericht Frankfurt, a.a.O.). Ansonsten muss die gesundheitsfördernde Wirkung einer Behandlung wissenschaftlich unumstritten sein (vgl. Landgericht Bayreuth, a.a.O.).

Hinweis auf Meinungsverschiedenheiten zwischen Experten ist notwendig

Sofern eine die Wirkungsangabe unterstützende (ernsthafte) Mindermeinung existiert, kann es aus Sicht der Rechtsprechung für die wettbewerbsrechtliche Unbedenklichkeit ausreichen, wenn im Rahmen der Werbung auf den Umstand hingewiesen wird, dass keine allgemein wissenschaftliche Anerkennung der behaupteten Wirkung besteht, sondern diese nur von einer Mindermeinung vertreten wird (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, a.a.O.). In diesem Zusammenhang hat jedoch beispielsweise das Landgericht Hildesheim den einschränkenden Zusatz, dass „die Therapie und Methoden schulmedizinisch nicht gesichert seien“, als nicht ausreichend für das Entfallen der Irreführungsgefahr angesehen. Dies erwecke nach Auffassung des Gerichts nämlich den unrichtigen Eindruck, dass lediglich der wissenschaftliche Nachweis insoweit fehlen würde (vgl. Landgericht Hildesheim, a.a.O.). Zumindest wird durch die Gerichte bei wissenschaftlich umstrittenen Wirkungsangaben eine Glaubhaftmachung gefordert (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, a.a.O.).

Den mit Kinesio-Taping werbenden Ärzten ist deshalb aus juristischer Sicht dringend anzuraten, da sie nach ständiger Rechtsprechung mit der Werbung die in Anspruch genommene therapeutische Wirkung des Kinesio-Tapings behaupten, vor dem Bereitstellen von Informationen über diese Behandlungsmethode auf der

Homepage oder auch in anderen Medien die wissenschaftliche Absicherung der Werbeangaben zu überprüfen. Denn diese muss im Falle eines Rechtsstreits vom werbenden Arzt bewiesen bzw. glaubhaft gemacht werden, sofern die Gegenseite das Fehlen der wissenschaftlichen Grundlage einer gesundheitsbezogenen Werbeaussage hinreichend substantiiert vorträgt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass mit Erfolgsgarantien und Heilversprechen ebenfalls nicht geworben werden darf.

Sofern ein Therapieverfahren, hier konkret das Kinesio-Taping, bzw. dessen Wirkung fachlich umstritten ist, muss nach ständiger Rechtsprechung ein deutlicher Hinweis auf den Meinungsstreit im Rahmen der Werbung erfolgen. Sofern eine die Wirkungsangabe unterstützende (ernsthafte) Mindermeinung existiert, sollte in jedem Fall auf den Umstand hingewiesen werden, dass keine allgemein wissenschaftliche Anerkennung der behaupteten Wirkung besteht, sondern diese nur von einer Mindermeinung vertreten wird. Lediglich wenn die gesundheitsfördernde Wirkung einer Behandlung wissenschaftlich unumstritten ist, wird wohl eine Irreführungsgefahr allein unter diesem Aspekt vermutlich nicht gesehen werden können. Allerdings kommt es auch hier immer auf den konkreten Einzelfall an.

Dr. Jörg Heberer



Dr. Jörg Heberer,
Rechtsanwalt und
Fachanwalt für
Medizinrecht, München,
ist Justiziar des BVOU
e.V.

AUF NUMMER SICHER GEHEN

Kollegen, die in ihrer Praxis Kinesio-Taping anbieten und dies auf ihrer Website angeben, sei empfohlen, folgenden Hinweis hinzuzufügen: „Einige Experten sind von dieser Behandlungsmethode überzeugt, wobei diese jedoch nur eine Mindermeinung darstellen. Ein zweifelsfreier wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit besteht nicht.“



Fotos: Erich Feltes

Das Kibogora-Hospital (blaues Dach) am malerischen Kivu-See in Ruanda ist eine Einrichtung der Freien Methodistischen Kirche Ruandas und im Umkreis von drei Stunden Autofahrt die einzige Möglichkeit für die dort lebenden Menschen, medizinisch versorgt zu werden.

EINSATZ IN AFRIKA

Das Kibogora-Hospital in Ruanda

Im Sommer 2011 besuchte Prof. Peter Griss[†] das Kibogora-Hospital in Ruanda. „Ein fantastisches Team“, schwärmte er damals; das Haus allerdings sei katastrophal ausgestattet (siehe OUMN 5/2011: „Afrika-infiziert“, Seite 72 ff.). Das wollte er ändern. Doch im Sommer 2012 riss ihn ein viel zu früher Tod jäh aus dem Leben. Dr. Erich Feltes und Dr. Michael Weber setzen die Arbeit von Peter Griss in Ruanda fort.



Für 250.000 Menschen ist das Kibogora-Hospital im Südwesten Ruandas, am Ufer des Kivu-Sees, an der Grenze zum Kongo gelegen, die einzige Möglichkeit, im Umkreis von circa drei Stunden Autofahrt eine mehr oder weniger qualifizierte medizinische Hilfe zu erhalten. Das ländliche Krankenhaus ist eine Einrichtung der Freien Methodistischen Kirche Ruandas und bietet mit seinen 270 Betten medizinische Hilfe in der Inneren Medizin, der Gynäkologie und Geburtshilfe mit Neonatologie und Familienplanung, der Ophthalmologie sowie in der Chirurgie mit Traumatologie/Orthopädie und Physiotherapie. Für zwölf medizinische Hilfscenter auf dem umgebenden Land stellt das Kibogora-Hospital das Referenzkrankenhaus dar.

In der Chirurgie mit Traumatologie/Orthopädie arbeiten drei Ärzte als Practitioner – junge Ärzte ohne Facharztabschluss. Es steht also kein Facharzt zur Verfügung. Das hat zur Folge, dass traumatologisch-orthopädische Patienten in der Regel konservativ behandelt werden, oder dass – im Extremfall – eine Behandlung gar nicht erfolgen kann.

Zusammen mit Prof. Dr. Peter Griss†, dem ehemaligen Ordinarius für Orthopädie an der Philipps-Universität Marburg, reiste ich im August 2011 im Auftrag der Förderstiftung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes (DGD) e.V. und der Doctors for Disabled International (DfD-I) e.V. zum ersten Mal zum Kibogora-Hospital an den Kivu-See. Das DGD-Netzwerk unterstützt Kibogora mit seinem Programm Nr. 11 „Medizinische Weiterbildung für einheimische Ärzte und klinisches Personal in Ruanda“ (www.dgd-foerderstiftung.org/de/projekte/details/100/). Der Aufbau und die Entwicklung der Orthopädie-Traumatologie in Kibogora war Prof. Dr. Griss eine Herzensangelegenheit, die er mit bewundernswertem Engagement und hohem persönlichen Einsatz vorantrieb. Gemeinsam mit dem Rotary-Club Marburg, der Firma Aesculap und der Firma Kaphingst, Marburg, konnte dringend benötigtes Material für die Arbeit im OP in Kibogora beschafft werden. Leider war Peter Griss nicht mehr in der Lage, die von ihm organisierte Hilfe persönlich nach Kibogora zu bringen. Eine kurz vor der geplanten Reise im Februar 2012 einsetzende, schwere Erkrankung führte am 27. Juli 2012 zu seinem viel zu frühen Tod.

Im Februar 2012 und 2013 reiste ich mit Dr. Michael Weber, Chefarzt der Unfallchirurgie am Marienhaus Klinikum in Saarlouis-Dillingen, nach Ruanda. Gemeinsam führen wir die von Peter Griss initiierte Aufbauhilfe in der Orthopädie/Traumatologie im Kibogora-Hospital in seinem Sinne fort. Kost und Logis fanden wir in einem der Gästehäuser der angegliederten, idyllisch über dem Kivu-See gelegenen Missionsstation. Die Arbeit begann täglich um 7.30 Uhr mit einer Andacht, bei der für uns der rhythmisch versiert und engagiert auftretende Kirchenchor den Höhepunkt bildete.

Der erste Vormittag war immer einer ausgedehnten Visite vorbehalten. Das OP-Programm war in den dafür zur Verfügung stehenden zwei Wochen kaum zu schaffen. Sowohl veraltete als auch akute Frakturen warteten auf eine operative Versorgung. Bei unseren ersten Einsätzen standen uns dafür lediglich alte Künstschnägel, Rushpins und Drähte zur Verfügung. Sogar mein Multitool kam in Ermangelung einer Zange zum Kürzen und Spannen von Cerclagen als Instrument zum Einsatz. Bevor wir 2012 ein Aesculap ELAN Bohr- und Sägesystem mitbringen

Unterwegs



Auf den Stationen sind an vielen Betten Konstruktionen montiert, bei denen über einen mit Sand oder Beton gefüllten Eimer versucht wird, durch eine Extension die verschobenen Brüche zu reponieren.



Die Hoffnung, die in vielen Bereichen das Einzige ist, was den Menschen in Ruanda, einem der ärmsten Länder Afrikas bleibt, kommt auf diesem Foto, das auf dem Weg nach Kibogora entstanden ist, zum Ausdruck.



Wir operierten viele Knochenbrüche – zum Teil ganz frisch, zum Teil schon wieder (schlecht) zusammengewachsen.

konnten, war eine alte, handgetriebene Bohrmaschine die einzige Möglichkeit, Bohrungen an Knochen durchzuführen.

Dank des von Michael Weber zur Verfügung gestellten Fixateur Externe waren wir bei unserem Einsatz im Februar 2013 wesentlich besser in der Lage, auch anspruchsvollere Versorgungen durchzuführen. Auch die sehr häufigen, oft ausgedehnten Osteomyelitiden konnten wir damit besser versorgen. Bei diesem Einsatz begleitete uns Frau PD Dr. Iris Schleicher, Oberärztin am Universitätsklinikum Gießen-Marburg, als Kinderorthopädin.

In Kibogora sind in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen chirurgische Teams der DGD als auch aus den USA im Einsatz, so dass die Nachsorge gewährleistet ist und der Nachhaltigkeit, soweit dies möglich ist, Rechnung getragen wird. Seit über einem Jahr verstärkt ein amerikanischer Allgemeinchirurg das chirurgische Team. Die Patienten von Kibogora setzen große Hoffnung in die Hilfe, die die Teams aus verschiedenen Ländern in Kibogora zu geben versuchen.



Dr. Erich Feltes
Oberarzt an der Klinik
für Orthopädie der
St.-Vincentius-Kliniken
Karlsruhe



Der neue Campus der Universität in Herat wurde mit Hilfe der Weltbank errichtet. 20.000 Studenten sind hier eingeschrieben.

AFGHANISTAN

Gott ist mit den Geduldigen

Prof. Dr. Ernst Hanisch engagiert sich in der Afghanistan-Hilfe. An dieser Stelle berichtet er über zwei Aufenthalte in Kabul und Herat, bei denen er unter anderem ein Laparoskopie-Programm initiierte bzw. fortführte. In Herat soll außerdem ein Definitive Surgical Trauma Care (DSTC)-Kurs etabliert werden.

Als ich Anfang November 2013 von einem fast zweiwöchigen Aufenthalt in Afghanistan zurückkam, blätterte ich in meinem Reisepass und zählte die Visastempel – zu meinem Erstaunen waren es zehn. Kein Wunder, dass ich im März 2013, als ich einen schwerkranken Freund in Michigan besuchen wollte, bei der Einreise in die USA beim Grenzbeamten ein gewisses Misstrauen hervorgerufen hatte. Ich glaube, dass es nur der Begleitung meiner Frau und meiner großen Tochter zu verdanken war, dass ich einreisen durfte.

2004 – die erste Reise nach Afghanistan

2004 war ich zum ersten Mal nach Afghanistan gereist. Freunde hatten mich gefragt, ob ich mir vorstellen könnte, dort zu helfen. Ich zitiere aus meinem damaligen Reisebericht: „Alle waren besorgt, als ich erzählte, zu einer humanitären Aktion nach Afghanistan gehen zu wollen. Manche meinten wohl auch, ich sei ziemlich verrückt – aber das geht afgha-

nischen Landsleuten, die in ihre Heimat zurückkehren, auch nicht anders, wie mir der afghanische Fußballpräsident, Hafizullah Wali Rahimi, der zwölf Jahre in Kanada gelebt hat, erzählt hat.

Nach über zehn Stunden Reisezeit mit Zwischenstopp in Istanbul und Baku die Landung in Kabul. Erster Eindruck noch vom Flugzeug aus – staubiges, trockenes Land. Als wir an einer Reihe von Apache-Kampfhubschraubern vorbeifliegen, wird mir tatsächlich bewusst, in welches Land ich gekommen bin. Ganz kurz denke ich in diesem Moment an meinen Kollegen, der mich eigentlich begleiten wollte, aber wegen der aktuellen Entführung von drei UN-Mitarbeitern kurzfristig abgesagt hat. Im Flughafengebäude dann ein unglaubliches Gedränge um das einzige Gepäckförderband. Leider sind meine beiden BVB-Kartons, die ich in Dortmund im Rahmen der vom ehemaligen Präsidenten Niebaum zugesagten Patenschaft für ein Waisenhaus in Kabul bekommen hatte, auf dem Weg von Frankfurt nach

Kabul verschollen gegangen. Afghanische Freunde holen mich ab. Gemeinsam geben wir eine Verlustmeldung auf. Durch die Passkontrolle geht es dann mit Beziehungen schnell.

Der Verkehr in der Stadt ist unglaublich chaotisch. Regeln gibt es offenbar nicht, vorbei an festungsartig abgeschirmten Botschaften. Es grenzt schon an ein Wunder, hier heil durchzukommen.

Samstagnachmittag besuchen wir ein Waisenhaus, das Tor wird von einem mit einer Kalaschnikow bewaffneten Mann geöffnet. Der Fußballplatz befindet sich gleich neben dem Waisenhaus. Das Spiel ist bereits in vollem Gang. Was für ein Platz – staubig und überall Steine, aber die Jungs sind voll dabei.

Mit Kam-Air fliege ich dann in Begleitung von Dr. Naim Assad nach Herat. In Herat in einem Sandsturm zu landen, ist eine Erfahrung der besonderen Art. Das kleine Flughafengelände liegt weit vor der Stadt,

Unterwegs



Bei seinem ersten Afghanistan-Aufenthalt lernte Prof. Hanisch Aziz Jami (li.) kennen und lud ihn nach Langen ein, um ihn in laparoskopischen Techniken zu trainieren. Seine Kenntnisse gibt Jami nun in Herat an Kollegen weiter – hier an zwei Gynäkologinnen.



Vor zwei Jahren stellte Prof. Hanisch die Aktion „Saubere Hände“ vor. Ein Kollege aus Herat hielt auf der 3. Jahrestagung dann einen Vortrag darüber. Als er seine Redezeit überzog, forderte der Moderator ihn auf, seinen Vortrag zu beenden. Er entgegnete: „Das ist viel zu wichtig!“ und demonstrierte zum Abschluss ganz begeistert, wie man die Hände richtig desinfiziert.

gesichert von Amerikanern. Wir werden von einer Abordnung der Universität abgeholt. Auf dem Weg zur Stadt überqueren wir tatsächlich einen Fluss, der diesen Namen verdient. Das Land sieht fruchtbar aus. In der Stadt gibt es relativ viele Bäume, insgesamt wirkt sie freundlicher als Kabul. Der Verkehr ist geringer, auffallend viele geschmückte Pferdroschken sind unterwegs. Zunächst Empfang beim Rektor der Universität, Prof. Mochles, einem Theologen, in Anwesenheit mehrerer Fakultätsmitglieder, unter anderem auch Prof. Ersad, ein Chirurg, der schon in Deutschland hospitiert hat. Danach Besichtigung der Medizinischen Fakultät Herat mit dem Dekan Prof. Dr. Aram, einem Pädiater. Dr. Aram zeigt mir das Lehrgebäude mit der Bibliothek. Der Unterricht findet in Klassen statt, teilweise sind die Geschlechter noch getrennt. Die Bibliothek ist karg ausgestattet.

Wieder in Kabul besuche ich die ISAF-Truppen in Camp Warehouse. Die Sicherheitsvorkehrungen sind ausgesprochen streng. Im ganzen Areal darf wegen der Staubentwicklung nur Schrittgeschwindigkeit gefahren werden. Oberfeldärztin Dr. Pulawska führt mich durchs Feldlazarett. Der Empfang bei den deutschen Landsleuten ist ausgesprochen freundlich. Es ist zweiter Advent, der auch fern der Heimat gefeiert wird mit frisch aus Deutschland eingetroffenem Gebäck.

Der Rückflug nach Hause verzögert sich um einen Tag, die afghanische Flugge-

sellschaft Ariana hat offenbar wieder ein Organisationsproblem. Wir haben Zeit, noch einmal das Marktviertel zu besuchen. Saboor begleitet mich. Das Marktviertel platzt aus allen Nähten, und das Leben pulsiert hier in einer unglaublichen Intensität. Abschließend fahren wir aus Kabul heraus in ein Dorf. Größtes Problem: Es gibt kein Wasser. Die Bewohner müssen sehr weit gehen, um Wasser zu holen.

Zwei Wochen gehen zurückblickend schnell vorbei. Als Gast des Vereins für Afghanistan-Förderung (VAF)/Union Aid for Afghan Refugees sehr gut betreut, habe ich viele Erkenntnisse gewinnen können, die anderenfalls nicht möglich gewesen wären. Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Naim Assad, der mich durch Afghanistan begleitete und mir zum väterlichen Freund wurde. Er wurde nicht müde, meine Fragen zu beantworten – Taschakor, Naim!

Zurück in Deutschland, diesmal ein Direktflug mit Air Luxor, erfahre ich vom Präsidenten des Fußballverbandes, dass meine beiden BVB-Kartons gefunden worden sind! Er hatte sich persönlich bei Ariana, der afghanischen Fluggesellschaft, dafür eingesetzt.“

2013 – Was ist in der Zwischenzeit passiert?

Ein Freund ist in Kabul tödlich verunglückt: Prof. Martin Wienbeck, den man

als Vater der modernen Endoskopie in Afghanistan bezeichnen kann, ist bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen. Seine Frau, Elisabeth Wienbeck, führt sein Werk mit der Wienbeck-Stiftung weiter.

Das Chaos am Flughafen Kabul ist einer strengen Ordnung gewichen, unterstützt durch die Errichtung eines neuen internationalen Terminals. Sicherheitskontrollen werden bereits weit vor dem Flughafen durchgeführt. Der Straßenverkehr in Kabul dagegen ist noch chaotischer geworden, niemand scheint sich an Regeln zu halten. In Herat sind die Pferdroschken verschwunden. Die Universität hat mit Hilfe der Weltbank einen neuen Campus bekommen, insgesamt sind 20.000 Studierende eingeschrieben. Über die Jahre hinweg hat sich eine Partnerschaft zwischen der Medizinischen Fakultät der Goethe-Universität und der Medizinischen Fakultät Herat entwickelt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere ein Austauschprogramm von Kollegen verschiedenster Disziplinen zu nennen, die von mir eingeladen wurden, in Deutschland zu hospitieren.

Einen Kollegen in Herat, Aziz Jami, hatte ich während meines ersten Afghanistanaufenthaltes kennengelernt und ihn nach Langen eingeladen, um ihn in laparoskopischen Techniken zu trainieren. Nun galt es, die Laparoskopie in Herat zu etablieren. Dazu sponserte die Firma Storz die notwendige Laparoskopie-Ausrüstung.



Vor zwei Jahren übergab Prof. Hanisch der Medizinischen Fakultät Herat ein Reanimationspaket der American Heart Association. Das Bild zeigt eine Studentengruppe, die bei der Jahrestagung der afghanischen Gesellschaft unter Leitung einer Studentin eine cardiopulmonale Reanimation demonstriert.



Bei der 3. Jahrestagung 2013 sprach Prof. Hanisch über „Brusterhaltende Therapie des Mammacarcinoms“. Dieses Thema hatte er gewählt, da die Situation von Frauen mit Brustkrebs sehr verbesserungswürdig ist. Den Vortrag verdankt er Herrn Dr. Krapfl, dem Leiter der Gynäkologie an der Asklepios Klinik Langen. Geplant ist ein Consortium, das sich dieses Themas in Herat annimmt.

Den Turm hatte ich unter Anleitung via E-Mail aufgebaut, da kein Techniker mit nach Afghanistan gereist war. Mittlerweile ist das Laparoskopie-Programm so weit gediehen, dass der erste Laparoskopie-Trainingskurs in Herat unter Leitung von Aziz Jami und mir durchgeführt werden konnte.

Gleichzeitig fand 2013 die 3. Jahrestagung der Afghanischen Gesellschaft für Chirurgie (für die westlichen Regionen) statt. Ihre Gründung fand im Jahre 2011 nach langdauernder Vorbereitung mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt. Bei der Gründungsveranstaltung konnte ich als Geschenk zwei Stipendien der DGCH überreichen. An dieser Stelle möchte ich mich nochmals sehr herzlich bei Herrn Prof. Bauer und der DGCH für ihre Unterstützung bedanken.

Im Rahmen des Austauschprogramms konnte der Kollege Haroon Firooz über ein Jahr am Institut für Pathologie am Markuskrankenhaus in Frankfurt bei PD Dr. Stephan Falk trainiert werden. Er hat über sein Netzwerk die Ausstattung von zwei Pathologie-Laboren in Herat ermöglicht. Aufgrund seiner Verdien-

te verlieh ihm die Universität Herat die Ehren-Professorenwürde.

Zwei weitere Projekte betreue ich in Kabul – eine Patenschaft zwischen dem BVB und einem Waisenhaus sowie das Internat/Waisenhaus Paiwand-e-Noor (www.afghanistanfoerderung.de).

Was ist weiterhin geplant?

In Herat soll ein Brustkrebs-Früherkennungs- und -Therapie-Programm aufgebaut werden. Darüber hinaus wird der Laparoskopie-Trainingskurs weiter geführt mit entsprechender klinischer Implementierung (Chirurgie, Gynäkologie, Urologie). Geplant ist weiterhin, dass der DTSC-Kurs (Definitive Surgical Trauma Care – ein Kurs, der Entscheidungsfindung, Trauma-Management und chirurgische Techniken der operativen Versorgung schwerverletzter Patienten lehrt) in Herat etabliert wird.

Fazit: Nachrichten aus Afghanistan sind im Wesentlichen negativ besetzt. Aktuell herrscht die große Sorge vor, dass nach Abzug der ausländischen Truppen (ISAF) die Taliban die Macht wieder an sich reißen und bürgerkriegsähnliche Zustände

überhandnehmen. Auf meine Fragen vor Ort bekomme ich differenzierte Antworten. Natürlich werden die vielfältigen Probleme Afghanistans gesehen. Dass aber die Taliban wieder ein Steinzeit-Regime errichten könnten, wird ausgeschlossen. Die Vorstellung, dass es schnelle Lösungen gibt, kann man dennoch ad acta legen. Wie mein väterlicher Freund Dr. Naim Assad, der mich in Afghanistan lange begleitet hat, zu sagen pflegt: „Gott ist mit den Geduldigen.“ Die Chancen stehen meines Erachtens gut, dass den jungen Generationen die Veränderungen gelingen werden, um eine Zivilgesellschaft zu erreichen, wie wir sie kennen. Das wird aber noch lange dauern.

Prof. Dr. Dr. Ernst Hanisch



Prof. Dr. Dr. Ernst Hanisch, Asklepios Klinik Langen, Oberfeldarzt der Reserve



EKA Fellows 2013: Dr. Jörn Bengt Seeger (Deutschland), Prof. Jean-Noël Argenson (Präsident der EKA), Dr. Francesco Traverso (Italien), Dr. Richard de Jong (Niederlande), Dr. Marcin Wasko (Polen)

EKA FELLOWSHIP 2013

Förderung junger Knie-Spezialisten



Vom 7. Oktober bis zum 1. November 2013 veranstalteten die European Knee Associates (EKA) das 1. EKA International Knee Arthroplasty Travelling Fellowship, welches von Prof. Jean Noël Argenson (Marseille) als Präsident der EKA initiiert wurde.

Ziel des Fellowships ist es, junge Orthopäden insbesondere auf dem Gebiet der degenerativen Kniepathologien und der Knieendoprothetik zu fördern. Das Fellowship wird von den European Knee Associates – EKA (einer Sektion der European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy – ESSKA) organisiert und ermöglicht den Stipendiaten, sich während einer vierwöchigen Reise an international anerkannten EKA-Zentren für Gelenkersatz und Kniechirurgie vorzustellen, Experten zu treffen und ihr Wissen über das arthrotische Kniegelenk zu vertiefen. Der Fokus liegt auf der Therapie von degenerativen Kniegelenkerkrankungen, Knieendoprothetik sowie Osteotomie, dem unikondylären Kniegelenkersatz, dem bikompartimentellen Ersatz, der septischen und aseptischen Revision sowie der rekonstruktiven Endoprothetik.

Während des Fellowships besuchten wir neun Standorte in Frankreich, Italien,

Schweiz, England, Belgien und den Niederlanden. Eine große Hilfestellung bei der Reiseorganisation leistete Marielle Cotinaut von der ESSKA, die die Veranstaltung geplant und jeden von uns mit Reservierungen für Transfers und Unterkünften versorgt hat.

Nach der Ankunft in Marseille wurden wir von Dr. Sebastien Parratte und Prof. Jean Noël Argenson (ESSKA-EKA Präsident) begrüßt. Am nächsten Tag waren wir bei zahlreichen orthopädischen Eingriffen im Hôpital Sainte-Marguerite (Centre Hospitalier Universitaire de Marseille). Nachmittags fand das erste von zahlreichen Scientific Meetings im orthopädischen Department statt. Unsere Reiseroute führte uns von Marseille weiter nach Florenz, Parma, Zürich, Southampton, Oxford, Gent, Antwerpen, Leuven, Nijmegen und Berlin. Das Ende des Fellowship stellte das EKA Closed Meeting in Berlin dar.

Vielen Dank!

Wir möchten uns bei der EKA für die Ausschreibung dieses Stipendiums bedanken, bei Marielle Cotinaut für die Planung und Aufstellung des interessanten Reiseplans, bei Dr. Ate Wymenga für die Betreuung, bei unseren Kollegen zu Hause, die uns vertreten haben, und insbesondere bei den europäischen Kollegen, die uns einen tiefen Einblick in ihre Arbeit gegeben und uns so außerordentlich freundschaftlich empfangen haben.

Dr. Jörn Bengt Seeger



Dr. Jörn Bengt Seeger, UKGM, Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Personalia



PD Dr. Sven Anders, Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Asklepios Klinikum Bad Abbach, hat sich habilitiert. Das Thema seiner Arbeit lautet: „Therapieoptionen zur Gelenkknorpelreparatur mittels autogen basierter Techniken“.



PD Dr. Markus Burkhardt, Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie am Evangelischen Stadt Krankenhaus Saarbrücken, hat sich habilitiert mit der Arbeit: „Abgleich TraumaRegister DGU® und Beckenregister DGU: Methodische Erstbeschreibung und neue Erkenntnisse über das Notfallmanagement von Schwerverletzten mit Beckenfrakturen unter besonderer Berücksichtigung der komplexen Beckentraumen“.



Dr. Matthias Blanke ist seit 1. April 2013 neuer Chefarzt der Orthopädie, Unfallchirurgie sowie Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt. Blanke war zuletzt fünf Jahre lang als leitender Oberarzt in der Unfallchirurgie der Universitätsklinik Erlangen tätig.



Dr. Christof Chan ist seit 1. Januar 2014 Chefarzt der Abteilung Endoprothetik und Unfallchirurgie am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Er kommt von der Klinik für Endoprothetik und Gelenkchirurgie der Sana-Klinik Bad Wildbad, wo er als langjähriger Oberarzt und Sektionsleiter für Schulterchirurgie unter Prof. Dr. Stefan Sell tätig war.

Dr. Holger Bode, bisher leitender Oberarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück, wurde am 1. Dezember 2013 zum Chefarzt ernannt. Gemeinsam mit dem Chefarzt Dr. Ben Hogt ist er dort für die Leitung der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie verantwortlich. Die Berufung von Bode trägt dem komplexen, stark gewachsenen Leistungsprofil der Abteilung Rechnung.



PD Dr. Christian Fraitzl, Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, erhielt am 14. Januar 2014 die Venia legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Der Titel seiner Habilitationsschrift lautet: „Quantifizierung des Hüftkopf-Schenkelhals-Überganges in gesunden und erkrankten Hüftgelenken: Beiträge zum Konzept des femoroacetabulären Impingements“.

EHRENMEISTER DER ORTHOPÄDIESCHUHTECHNIK



Im Rahmen des Kongresses der ORTHOPÄDIE SCHUH TECHNIK-Messe in Köln ist am 18. Oktober 2013 Prof. Dr. Bernhard Greitemann zum „Ehrenmeister des Gesundheitshandwerks Orthopädieschuhtechnik“ ernannt worden. Die Ehrung war vom Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS) durch seinen Präsidenten Werner Dierolf feierlich an einen überraschten Würdenträger überreicht worden. Prof. Greitemann ist Leiter der Klinik Münsterland der DRV Westfalen in Bad Rothenfelde und Vorsitzender des Beratungsausschusses der DGOOC für das Orthopädieschuhtechnikhandwerk. Zudem ist er Vorsitzender der Vereinigung Technische Orthopädie (VTO, Sektion 11 der DGOOC). Er ist Mitinitiator der Initiative '93 Technische Orthopädie, die seit 20 Jahren die technische Orthopädie vorantreibt. Ferner ist er Präsident des NRW-Verbandes Rehabilitationswissenschaften. Engagiert in der ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics), ist er auch tätig in der Entwicklung von ISO-Normen in einem weltweiten Netzwerk.

Prof. Greitemann begleitet seit rund 30 Jahren die Technische Orthopädie und dabei insbesondere die Orthopädieschuhtechnik. Großes Anliegen war und ist ihm – national wie international – die Bedeutung der interdisziplinären Versorgung in der Behandlung von Fußkrankungen, -verletzungen und -behinderungen. Ihm ist stets vor Augen, dass nur das gute Zusammenspiel von Medizin und Handwerk den idealen Behandlungserfolg für den Patienten bringt, so Dierolf in seiner Laudatio.

Den Ehrenmeistertitel in der Orthopädieschuhtechnik erhielten von dem seit 1917 bestehenden Verband bis dato nur fünf Persönlichkeiten: Prof. Dr. Georg Hohmann, Prof. Dr. Wilhelm Thomsen, Prof. Wolfgang Marquard, Prof. Dr. Karl-Otto Sperling und Prof. René Baumgartner.

Namen



Dr. Dr. Michael Gabel ist seit 1. Januar 2014 neuer Chefarzt der Abteilung „Fußzentrum Stuttgart mit technischer Orthopädie und Rheumaorthopädie“ am Agaplesion Bethesda Krankenhaus Stuttgart. Zuvor war er als Leitender Arzt der Sektion Fuß und Sprunggelenk / Rheumatologie in der Orthopädischen Klinik Paulinenhilfe im Diakonie-Klinikum Stuttgart tätig.



PD Dr. Thomas Kappe, Leitender Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, hat am 14. Januar 2014 seine Habilitationsschrift mit dem Titel „Einfluss der Position der Gelenklinie auf die Kinematik nach Knie totalendoprothesenimplantation: Eine biomechanische Untersuchung am Kniesimulator“ verteidigt und erhielt die Lehrbefähigung für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie.



PD Dr. Thomas Gausepohl ist seit 1. Januar 2014 neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie am Klinikum Wetzlar. Gausepohl kommt von der Paracelsus-Klinik Marl – Klinikum Vest. Er war dort seit 2005 als Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie tätig.



Prof. Dr. Hans-Michael Klinger, geschäftsführender Oberarzt der Abteilung Orthopädie an der Universitätsmedizin Göttingen, ist ab dem 1. April 2014 kommissarischer Chefarzt der Abteilung. Er folgt auf Prof. Dr. Wolfgang Schultz, der zum 31. März ausscheidet. Die Stelle wird neu ausgeschrieben.



Dr. Maximilian Haenle aus der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock hat sich an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zum Dezember 2013 erfolgreich habilitiert. Titel seiner Arbeit: „Zur Problematik der periprothetischen Infektion von Hüft- und Kniegelenksendoprothesen“.



PD Dr. Friederike Lattig, Oberärztin der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, hat am 3. Dezember 2013 die Venia legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten. Das Thema ihrer Habilitationsschrift lautet: „Biomechanische Analyse additiver lumbosacraler Fixationstypen in posterioren Pedikelschraubenkonstrukten“.



Prof. Dr. Guido Heers, Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Asklepios Klinikum Bad Abbach, wurde zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Seine Forschungsaktivitäten sind sowohl experimentell als auch klinisch ausgerichtet und umfassen wesentliche Anteile der spezialisierten Orthopädie, beispielsweise im Bereich der Hand- und Ellbogenchirurgie oder auch der Rheumaorthopädie.



Prof. Dr. Andreas Tiemann ist seit 1. Januar 2014 als neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im SRH-Zentralklinikum Suhl. Zuvor war er als Leitender Arzt der Abteilung für Septische und Rekonstruktive Chirurgie und zudem seit 2010 als geschäftsführender stellvertretender Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Bergmannstrost in Halle tätig.

STELLUNGSWECHSEL?

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

Wir gratulieren...



Zum 80. Geburtstag

- ... SR Dr. Irmgard Bärenz, Senftenberg
- ... Dr. Jürgen David, Brandenburg/Havel
- ... Dr. Christa Erfurth, Rostock
- ... Dr. Gerhard Jendrosch, Schwanewede
- ... Dr. Hans-Ludwig Klammer, Klotten/Mosel
- ... Dr. Friedrich Roehl, Bremerhaven
- ... Obermedizinalrat Dr. Klaus Welz, Cottbus
- ... Dr. Johannes Witthaut, Essen

Zum 85. Geburtstag

- ... Dr. Werner Hahn, Berlin
- ... Obermedizinalrat Dr. Harro Krüger, Dessau
- ... Prof. Dr. Dietrich Petersen, Braunschweig

Zum 90. Geburtstag

- ... Prof. Dr. Ernst Marquardt, Ebenau (Österreich)
- ... Dr. Dieter Oehlert, Hilden

Nachruf für Prof. Dr. Giselbert Fries

Am 26. November 2013 verstarb in Saarbrücken im Alter von 83 Jahren das Ehrenmitglied der DGOOC und des BVOU, Prof. Dr. Giselbert Fries.

Giselbert Fries wurde am 22. April 1930 in Dillingen/Saar geboren und blieb zeitlebens Saarländer. Er studierte 1951/52 an der Universität des Saarlandes Jura, studierte ab 1952 Medizin an der Medizinischen Fakultät der Saar-Universität in Homburg. Er studierte aber auch in Grenoble/Frankreich (1955) und Freiburg/Breisgau (1956). 1957 legte er in Homburg das medizinische Staatsexamen mit Auszeichnung durch den Specia-Preis ab, 1958 die Promotion.

Seine Weiterbildung absolvierte er als Medizinal-Assistent (1958/59) in der Chirurgie (Zweibrücken) sowie in der Inneren Medizin (Saarbrücken) und dann als Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Homburg (Prof. Heinrich Lüdeke) sowie letztlich an der Orthopädischen Universitätsklinik Homburg, zunächst unter Prof. Georg Chappchal. Nach seiner Facharzt-Anerkennung als Orthopäde 1964 setzte er unter der Leitung des Nachfolgers Heinz Mittelmeier (1964) seinen Weg an der Orthopädischen Universitätsklinik Homburg/Saar fort. 1965 wurde er zum Abteilungsoberarzt und 1966 zum leitenden Oberarzt der Klinik bestellt.

Er veröffentlichte damals über die derzeit relativ häufige Radio-Osteonekrose der Hüftgelenke nach Röntgenbestrahlung weiblicher Genitalkarzinome und deren Behandlung mit Gelenkendoprothesen.

Er leistete im 1965 gegründeten Biomechanik-Labor der Klinik erste tierexperimentelle sowie biomechanisch-histopathologische Untersuchungen über die Druckabhängigkeit der oberflächlichen Knochenresorption unter Osteosyntheseplatten durch Intravitalmessung mit Dehnungsmessstreifen. Diese Arbeit diente als Habilitationsschrift für die 1968 absolvierte Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten. 1971 erfolgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Orthopädie.

1969 übernahm er von Prof. Dr. Herbert Groh die orthopädische Belegabteilung



Giselbert Fries (re.) 1988 als Präsident der DGOT in Saarbrücken mit seinem Freund und akademischen Lehrer Heinz Mittelmeier

im inzwischen städtischen Hüttenkrankenhaus Saarbrücken-Burbach (18 Betten) und entwickelte daraus die neue Hauptabteilung und Klinik für Orthopädie (80 Betten) in der Landeshauptstadt Saarbrücken. Sie wurde 1985 in das neue städtische Klinikum Saarbrücken auf den Winterberg mit allen erforderlichen modernen Einrichtungen verlegt. Insbesondere erhielt die Klinik auch eine eigene fachgebundene Röntgenabteilung und Abteilung für physikalische Therapie.

Insgesamt hat Prof. Fries von 1969 bis zu seiner altersbedingten Entpflichtung im Jahre 1995 im Kerngebiet des Saarlandes die Entwicklung der Orthopädie geprägt, bis dann Prof. Harland seine Aufbauarbeit in Saarbrücken erfolgreich weiterführte.

Funktionen in wissenschaftlichen/beruflichen Verbänden

Er übernahm wichtige ehrenamtliche Führungsaufgaben im Vorstand der DGOT (heute DGOOC), zunächst als Beirat, und von 1980 bis 1988 als 2. Schriftführer. Wichtige Arbeit leistete er dabei vor allem als Vorsitzender der Röntgen-

Kommission und Verfasser des Röntgen-Memorandums der Gesellschaft mit der Forderung eigener orthopädischer fachgebundener Röntgendiagnostik.

Im Berufsverband war er von 1969 bis 1973 als Vorstandsmitglied tätig und als deutscher Vertreter im Europäischen Facharztverband UEMS mit der Aufgabe der „Harmonisierung“, das heißt der Angleichung der damals in der Orthopädie landesspezifisch sehr unterschiedlichen Facharztztätigkeit. Bei diesen Gremien trug Fries durch sein gründliches Fachwissen, Sprachkenntnisse, Sachlichkeit, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit maßgeblich zu Problemlösungen bei.

1980 war er Präsident der Süddeutschen Orthopädenvereinigung, 1988/89 Präsident der DGOT mit Leitung des Jahreskongresses in Saarbrücken 1988, der damals erstmalig unter Beteiligung des Berufsverbandes mit einem Fortbildungstag sowie mit einem eigenen Symposium der Sektion Kinderorthopädie veranstaltet wurde. Danach war Giselbert Fries noch 1993 bis 2001 als Senatsvertreter im geschäftsführenden Vorstand der DGOT tätig.

Besondere Ehrungen

1980 wurde Fries Ehrenmitglied der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden, 2001 des Berufsverbandes Deutscher Orthopäden und 2002 der gesamtdeutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. 1992 wurde ihm vom Berufsverband für seine berufspolitischen Verdienste die Hubert-Waldmann-Plakette verliehen.

Familiäres

Giselbert Fries heiratete 1958 die Ärztin Dr. Dorothea Fries, langjährige Personalärztin am Universitätsklinikum

Homburg. Der ältere Sohn, Dr. Wolfhard Fries, ist heute als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Trier tätig, und der zweite Sohn, Prof. Dr. Roland Fries, ist nach Habilitation an der Medizinischen Fakultät Homburg Chefarzt einer kardiologischen Fach- und Rehaklinik. Giselbert Fries verblieb auch im Ruhestand in seinem Wohnhaus am Südhang des Saarbrücker Winterberges, widmete sich seinem geliebten Klavierspiel und seiner Familie.

Persönliche Würdigung

Über seine ärztlich-berufliche Tätigkeit hinaus war Giselbert Fries eine außerge-

wöhnliche, vorbildlich-verbindliche und verantwortungsvolle Persönlichkeit. Für alle, die Giselbert Fries näher kannten, ist sein Tod ein unersetzlicher, schmerzlicher Verlust. Insbesondere wir Orthopäden sowie Orthopäden und Unfallchirurgen sind ihm für seine Verdienste für unser Fachgebiet zu fortwährendem Dank verpflichtet. Seiner Familie gilt unser herzliches Beileid.

*Prof. Dr. med. Dr. h. c. Heinz Mittelmeier
als sein akademischer Lehrer & Freund*

*Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier
als Mitglied des Vorstandes DGOOC/
ehem. Präsident DGOOC/DGOU*

Nachruf für Dr. Dietrich Muthmann

Dr. Dietrich Muthmann ist nach einem erfüllten Leben im Alter von 85 Jahren gestorben.

Geboren am 23. August 1928 in Wuppertal, konnte er das Abitur bereits 1946 ablegen und ließ sich zunächst zum Masseur und Bademeister ausbilden, bevor er sein Studium der Medizin in Köln aufnahm. Hier erhielt er schon bedeutende Impulse für seine spätere Tätigkeit bei Prof. Wilhelm Tönnis, dem bedeutenden Pionier auf dem Gebiet der Hirnchirurgie und Hirnforschung.

1957 begann er an der Orthopädischen Klinik Volmarstein seine Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie unter Chefarzt Dr. Bohne. Die heute als „Evangelische Stiftung Volmarstein“ benannten Anstalten in Wetter an der Ruhr hießen damals „Orthopädische Heil-, Lehr- und Pflegeanstalten für Körperbehinderte, Johanna-Helene-Heim“, womit auch das Motto „heilen, lehren, pflegen“ beschrieben war. Bereits 1955 waren dort mit Dr. Pürschel als Leiter der beruflichen Rehabilitation aus den ursprünglichen Werkstätten der Krüppelheime die Werkstätten für Behinderte sowie ein Berufsbildungswerk entstanden. Unter dem neuen Chefarzt Dr. Katthagen wurde Dr. Muthmann ab 1960 Oberarzt in der Klinik und zugleich mit der medizinischen Betreuung der körperbehinderten Heimbewohner betraut.

Umfassende Rehabilitation Jugendlicher

Damit begann ein äußerst fruchtbares Engagement für eine im weitesten Sinne umfassende Rehabilitation Jugendlicher, die in ihrer Interdisziplinarität neben der Orthopädie nicht nur Neurologie und Psychologie umfasste, sondern auch die verschiedenen sozialen und schulischen Aspekte einschloss. So erhielt er bereits 1961 einen Lehrauftrag an der Universität Dortmund zur Ausbildung von Sonderpädagogen. 1963 wurde ein Forschungsbereich Volmarstein an der Fachhochschule Wuppertal eingerichtet, in dem unter Dr. Muthmanns maßgeblicher Beteiligung eine Fülle von wegweisenden Hilfsmitteln für Körperbehinderte entwickelt wurde. Genannt sei nur der über den Kopf gesteuerte Stirnstab, mit dem vielfältige „Manipulationen“ ausgeführt werden können. Auch ein Sitzkissen mit Druckmessplatten zur Vermeidung von Sitzschäden war für diese Zeit eine bemerkenswerte Entwicklung. Die systematische Erfassung von Daten der Hilfsmittel führte zu einer EDV-mäßigen Zusammenstellung als „Rehadat“ im DIMDI.

Seit 1963 war Dr. Muthmann Mitglied in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), seit 1973 in deren Vorstand bis zu seinem Ausscheiden aus dem Beruf im Jahre 1993. Hier wirkte er bereits seit 1962 zusammen mit Dr. Pür-



Dr. Dietrich Muthmann

* 23. August 1928 † 3. Oktober 2013

schel und nach dessen Tod ab 1980 als Leiter in den Ausschüssen für „Arbeits- und Berufsförderung“ sowie für „Wohnungsfragen und Hilfsmittel für das tägliche Leben“. Hieraus entstand die Loseblattsammlung „Praktische Hilfen für Körperbehinderte“, die er zwischen 1970 und 1988 herausgab.

Ein Meister im Knüpfen von Netzwerken

1976 wurde das neue Berufsbildungswerk in Volmarstein eingeweiht. Dr. Muthmann war weiter darauf bedacht, Leiter der Medizinischen Abteilung der schulischen und beruflichen Rehabilitation zu sein, wobei die intensiven Kontakte zu den begleitenden Disziplinen, vor allem auch der Krankengymnastik, zur Einrichtung von vielbeachteten Bobath-Kursen führte. Internationale Kon-

Namen

takte wurden mit einer rehabilitativen Einrichtung in Novokusnetz (Sibirien) aufgenommen, so wie er überhaupt ein Meister im Knüpfen von Verbindungen und Netzwerken war. Hierzu dienten entscheidend seine Aktivitäten in der „BBW-Leiter-Konferenz“ sowie in der „Konferenz der Ärzte in Berufsbildungswerken“ seit deren Gründung 1989, wobei seine jahrzehntelangen Erfahrungen wesentlich zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Rehabilitationsmedizin in Berufsbildungswerken beitragen konnten.

Somit war er vielfältig politisch tätig, auch als Berater der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg sowie der Bundesregierung beim Internationalen Jahr der Behinderten 1981. Aufgrund seiner umfangreichen Erfahrung waren ihm in zahlreichen Teilgebieten, unter anderem physikalischer Therapie und Arbeitsmedizin,

Weiterbildungsermächtigungen und Prüfungsbefugnisse erteilt worden. Angesichts dieser vielfältigen Aktivitäten ist es nicht verwunderlich, dass ihm auch das Bundesverdienstkreuz verliehen wurde.

Ein hartnäckiger Verfechter seiner Forderungen

Eine derart erfolgreiche Laufbahn war zweifellos begünstigt durch die Aufbruchsstimmung der Nachkriegszeit, auch durch das große öffentliche Interesse an dem Schicksal der Körperbehinderten, welches einen weiteren Schub durch das Unglück der Contergan-Geschädigten erhielt. Es darf aber betont werden, dass Dr. Muthmann durch ein besonderes Maß an Zähigkeit und Festhalten an einmal für notwendig erkannten Forderungen ausgezeichnet war. Viele seiner Erfolge sind hartnäckigem Insistieren geschuldet gewesen. Uns Orthopäden

hat er gezeigt, wie umfangreich unser Fach ist, wenn neben dem heute „klassischen Geschäft“ der Orthopädie auch die Krankheiten des Bewegungsapparates wirklich einbezogen werden. Dieser Aspekt kann auch denjenigen, die nicht unmittelbar mit den Fragen der schulischen und beruflichen Rehabilitation zu tun haben, Anstoß und Vorbild sein.

Es soll zum Schluss auch erwähnt werden, dass er nicht nur passiver, sondern bis an sein Lebensende auch sehr aktiver Förderer und Teilnehmer am kulturellen Leben seiner Heimatgemeinde Wetter gewesen ist. Am 3. Oktober 2013 ist Dr. Dietrich Muthmann bei rüstiger Gesundheit beim Hören geliebter Musik gestorben. Wir wollen ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

*Prof. Dr. Wolfgang Becker
Wetter-Volmarstein*

Nachruf für Prof. Dr. Ernst Teubner

Prof. Dr. Ernst Teubner, ein Mentor der Unfallchirurgie als Wissenschaft und als spezielle Versorgungsaufgabe, starb am 9. Dezember 2013 im Alter von 84 Jahren.

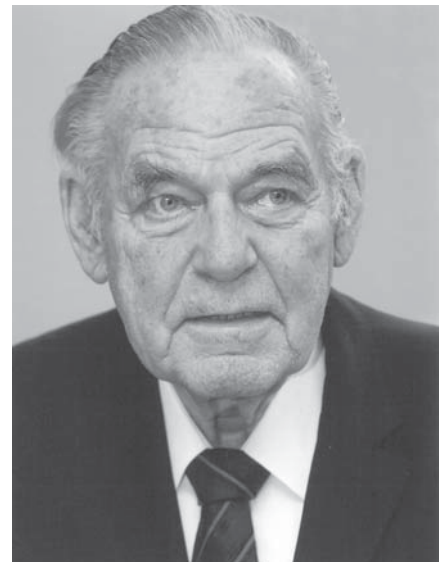
Als Ernst Teubner 1970 die neu eingerichtete selbstständige Unfallchirurgische Klinik am Kreiskrankenhaus Göppingen übernahm, hatte er einen Ausbildungsgang hinter sich, der die Unfallchirurgie für die nächsten 30 Jahre prägen sollte: eine chirurgische Grundausbildung, die seinem Verständnis nach am ehesten die Voraussetzung für eine souveräne Beherrschung aller unfallchirurgischen Probleme darstellte, und obendrauf die unfallchirurgische Spezialausbildung. Er war einer der ersten nicht universitären und nicht-BG-lichen Chefs einer regionalen unfallchirurgischen Klinik und zeigte zukunftsweisend das Potential einer fachspezifischen Versorgung für Unfallverletzte, als weder in der Weiterbildungsordnung noch an Hochschulen dafür Raum gegeben war.

Seine Leidenschaft: die Wissenschaft

Konzilient, aber mit „klarer Ansage“ setzte er seine Vorstellungen einer opti-

malen Strukturierung und Organisation der Versorgungsprozesse von Verletzten trotz der damals herrschenden „Hegemonie-Ansprüche“ um. Seine Empathie galt daneben aber auch zeitlebens der wissenschaftlichen Erforschung der Entwicklung der Funktionalität des menschlichen Skelettorgans und seiner Pathologie. Zur Bewältigung dieser Aufgabe forderte er von sich Fleiß und Disziplin als wichtigste Persönlichkeitsmerkmale, die auch seinen akademischen Werdegang bis zu diesem Zeitpunkt entscheidend prägten:

Geboren am 3. Juli 1929 in Cunewalde/Oberlausitz schaffte er trotz enormen politischen Gegenwinds in der damaligen DDR das Medizinstudium in Leipzig bis 1955, verließ die DDR rechtzeitig und wurde Assistent in Bonn, Lübeck, Nürnberg und Würzburg. Habilitation 1969 als Oberarzt in der Allgemeinen und Unfallchirurgischen medizinischen Akademie Lübeck zum Thema „Gewebe-reaktionen auf chirurgische Nahtmaterialien“. Die Arbeit wurde 1970 von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Von-Langenbeck-Preis ausgezeichnet.



Prof. Dr. Ernst Teubner
*3. Juli 1929 † 9. Dezember 2013

Während seiner unfallchirurgischen Tätigkeit in Göppingen entwarf er ein belastungsstabiles Implantat für die Versorgung pertrochantärer Frakturen (Doppel T-Platte) und bewies damit enormen Weitblick und besonderes ingenieurtechnisches Verständnis für die Seniorenfrak-

tur am proximalen Femur. Er war stolz darauf, dass er das Implantat weniger nach marktwirtschaftlichen als nach naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten entwickelt hatte.

Sein berufspolitisches Engagement fand seinen Ausdruck in seiner Mitgliedschaft in der Weiterbildungskommission der Ärztekammer und in der sehr engagierten Mitwirkung im 1987 gegründeten „Verband Leitender Unfallchirurgen Südwest“ – Keimzelle des heutigen VLOU.

Der Universalgelehrte

Will man eine Persönlichkeit wie Ernst Teubner charakterisieren, muss man einen Begriff wählen, der in einer Zeit, in der Buchstaben zunehmend durch Zahlen ersetzt werden, altmodisch klingt: Universalgelehrter. Denn neben den alltäglichen Herausforderungen des unfallchirurgischen Alltags schaffte er es mit einer bis dahin nicht gekannten Akribie, ein Lehrbuch als alleiniger Autor aufzulegen, das den wissbegierigen Leser von der Entwicklungsgeschichte der Vertebraten über die anatomischen Details

zum modernen Homo sapiens und der Anwendung für den unfallchirurgischen Alltag führte: „Das Becken, Form und Funktion, Biomechanik und Trauma“ (1990).

1992 wurde er in den Ruhestand verabschiedet und veröffentlichte aus eben diesem zehn Jahre später ein weiteres ähnlich umfassend und mit stupender Detailkenntnis geschriebenes Werk: „Der Schultergürtel – Form, Funktion, Entwicklung, Biomechanik und Trauma“. Passend zum Universalgelehrten stellte er jedem Kapitel ein Zitat bedeutender Wissenschaftler voran, die Ausdruck seiner enormen Allgemeinbildung waren. Die DGU, der er seit 1972 angehörte, verlieh ihm in Anerkennung seines wissenschaftlichen wie besonderen Wirkens für die Deutsche Unfallchirurgie 2003 die Ehrenmitgliedschaft und 2004 die Georg-Friedrich-Louis-Stromeyer-Medaille für seine publizistische Leistung.

Die Einbeziehung der Unfallchirurgie nach einer kurzen Blüte der Selbstständigkeit in das neue Fach Orthopädie und Unfallchirurgie kommentierte er: „Die

Wissenschaft, soweit sie überhaupt noch interessenfremd ist, wird davon nicht berührt.“

In den letzten zehn Jahren wagte er sich erneut an ein synoptisches Werk: „Die Gliedmaßensysteme der Vertebraten“. Dieses buchstäblich letzte Werk traf bei ihm zwei Tage nach seinem Tod am 11. Dezember 2013 ein.

Mit Ernst Teubner verliert die Deutsche Unfallchirurgie einen ihrer bedeutenden Exponenten, der ein Zitat von Marc Aurel besonders liebte:

„Versenke dich ganz in den Gedanken, wie alles werdende durch Umwandlung entsteht, und gewöhne dich an die Einsicht, dass die Allnatur nichts so sehr liebt als das, was da ist, zu verwandeln und Neues von ähnlicher Art zu schaffen“.

*Prof. Dr. Christoph Ulrich
Göppingen*

*Prof. Dr. Hartmut Siebert
Schwäbisch Hall*





Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband
der Fachärzte für
Orthopädie und
Unfallchirurgie e.V.



Deutsche
Gesellschaft
für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie
und Orthopädische
Chirurgie e.V.



Deutsche
Gesellschaft
für Unfallchirurgie

Liebe Mitglieder!

Auf den nachfolgenden Seiten berichten die Fachgesellschaften und der Berufsverband aus ihren Gremien und Geschäftsstellen. Hier erfahren Sie, welche Arbeit im zurückliegenden Jahr geleistet wurde, wie künftige Pläne aussehen, welchen Benefit Sie von Ihrer Mitgliedschaft bei uns haben.

Sie fragen – Ihr Vorstand antwortet.

Wenn Sie Fragen zur Arbeit Ihres Vorstandes haben, zögern Sie bitte nicht, sich damit via E-Mail an uns zu wenden. Wir werden Ihre Anfragen unverzüglich an den passenden Ansprechpartner weiterleiten und Frage und Antwort in der nachfolgenden Ausgabe der „OU Mitteilungen und Nachrichten“ veröffentlichen.

Je nachdem, von wem Sie es genauer wissen wollen, richten Sie Ihre Anfrage bitte an die Geschäftsstelle
des Berufsverbandes: bvou@bvou.net
der DGOOC: info@dgooc.de
der DGOU: office@dgou.de
der DGU: office@dgu-online.de

Brandenburger Orthopädentreffen am 8./9. November 2013

Dr. Petra Höfert



Monotonie ist wie ein Schuss ins Knie und weiter bringt sie einen nie...

So singt mein lieber Herbert Grönemeyer in „Fernweh“ (Album Schiffsverkehr 2011). Er gibt mir wieder einmal den Titel für meinen Bericht über das alljährliche Novembertreffen der Orthopäden und Unfallchirurgen Brandenburgs. Nein, monoton ist unser Arbeitsleben wahrhaftig nicht! Im Gegenteil – bei den sich unentwegt ändernden Bedingungen und Bestimmungen ist es sehr schwierig geworden, einen kühlen Kopf und ein heißes Herz zu behalten! Herbert: „Die Welt im Dauerlauf – wer hält’s am längsten aus...“

Wir kehren nach elf Jahren in den Spreewald zurück. Im Waldhotel Eiche im weitläufigen Spreewalddorf Burg direkt an einem der vielen Fließe haben wir uns 2002 schon einmal getroffen. Wikipedia sagt: „Der Spreewald (niedersorbisch Błota, „die Sümpfe“) ist ein ausgedehntes Niederungsgebiet und eine historische Kulturlandschaft im Südosten des Bundeslandes Brandenburg. Hauptmerkmal ist die natürliche Flusslaufverzweigung der Spree, die durch angelegte Kanäle deutlich erweitert wurde. Als Auen- und Moorlandschaft besitzt sie für den Na-

turschutz überregionale Bedeutung und ist als Biosphärenreservat geschützt. Der Spreewald als Kulturlandschaft wurde entscheidend durch die Sorben geprägt. Das Gebiet ist eines der bekanntesten und beliebtesten Reiseziele im Land Brandenburg.“

Die Sonne sorgt für ein mildes und warmes Licht bei unserer Anreise. Kein klebriger November! Das Hotel liegt scheinbar am Ende der Welt.

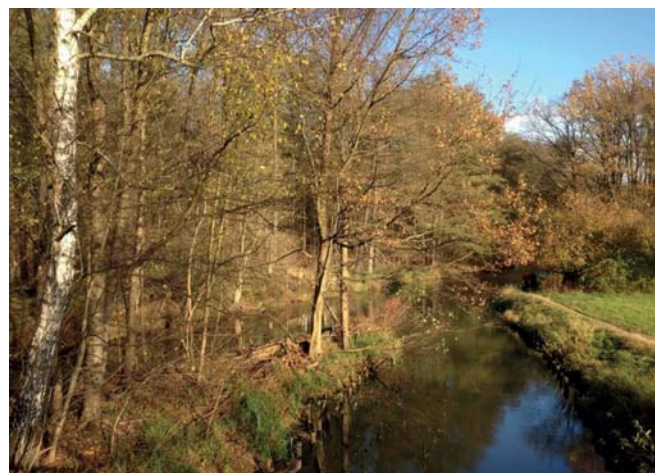
Die Veranstaltung beginnt pünktlich freitags um 16 Uhr mit dem Thema Schmerztherapie in der Orthopädie, interessant und interaktiv gestaltet von Dr. Michael Schenk aus dem Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin. Das nie endende und immer wieder neu beleuchtete Thema Osteoporose mit seinem Leitlinien-Update 2013 fordert danach unsere Aufmerksamkeit. Dr. Oliver Bock von der Charité erläutert den jetzigen Stand unseres Unwissens.

Eine supermoderne Saunalandschaft erwartet uns danach. Leider ist nur wenig Zeit zum Schwitzen und Entspannen. Sektempfang und Abendessen mit regionalen Köstlichkeiten stehen auf dem Plan

und werden genussvoll eingenommen. Dann ist Zeit bis weit nach Mitternacht, um Abstand vom Alltag zu gewinnen. Wir vergessen bei Bier und Wein den ganzen Kram für ein paar Stunden und schwingen auch mal das Tanzbein.

Der Samstagmorgen gehört der Osteopathie und Dr. Wolfram Linz aus Lübbenau, der uns in einem sehr engagierten Vortrag seine Liebe zu dieser Behandlungsmethode nahe bringt.

Danach wird es hochpolitisch! Dr. Michael Schierack aus Cottbus, Landesvorsitzender der CDU Brandenburg und als einziger Arzt in der Arbeitsgruppe Gesundheit bei den Koalitionsverhandlungen dabei, berichtet über den Stand der Dinge am Abend des 8. November 2013. Dass diese Stunde emotional kochend verläuft, kann sich wohl jeder vorstellen. Keine Monotonie, immer nur Schuss ins Knie! Die Frage eines Kollegen, was man tun könne, um zu verhindern, dass ein bestimmter Mensch Gesundheitsminister würde, wird mit großem Beifall bedacht. Leider kann man nichts tun! Ich hoffe nur, dass diese grausige Vorstellung nicht eingetroffen ist, wenn dieser Beitrag im nächsten Jahr erscheint!



Fotos: Privat

Aus den Verbänden



Ein großes Dankeschön an den BVOU-Landesvorsitzenden Dr. Leunert, der alljährlich mit seiner Frau das Brandenburger Orthopädentreffen organisiert

Nach dieser hitzigen politischen Debatte kehren wir noch einmal zur medikamentösen und operativen Rheumatherapie zurück. Dr. Carsten Petersen aus Potsdam tut dies mit uns. Die Versammlung des Berufsverbandes mit viel Frust und ohne Hoffnung auf Besserung unserer Situation als Orthopäden in der deut-

schen Gesundheitslandschaft und konkret in Brandenburg, wo die Einkommenskluft zwischen Haus- und Fachärzten am höchsten im ganzen Bundesgebiet ist, rundet den offiziellen Teil dieses ansonsten sehr gelungenen Wochenendes ab.

Herbert singt: „Mir tut's im Kern weh, will ganz weit weg, nur weg... bevor ich hier am Rad dreh' ohne Sinn und Zweck...“

Das samtene Spätherbstwetter lädt zum Verweilen in der ungewöhnlichen Landschaft ein. Man hat die Aquarelle von Karl Hagemeister vor Augen. Hat er vor etwa 100 Jahren auch ein Spreewaldbild gemalt?

Im Fährhafen kann man noch eine Kahnfahrt mit Glühwein genießen und in der dortigen Heimatstube unter Anleitung einen kleinen Fröbelstern basteln. Wenn man die Ruhe dazu hat. Auch das erwärmt das gestresste Herz.

Ein herzliches Dankeschön gilt wieder einmal dem Ehepaar Dr. Leunert für die unermüdliche Energie bei der Organisation dieser Veranstaltung über Jahre hinweg. Das ist schon hoch professionell! Die deutlich gestiegene Teilnehmerzahl ist eine Anerkennung für diese Arbeit. Ich freue mich auf das nächste Treffen am ersten Novemberwochenende 2014! Der Bericht wird dann voraussichtlich aus Rheinsberg kommen.



Dr. Petra Höfert,
Potsdam



Den Ruhestand genießen: Damit Sie das können, sollten Sie Ihren Versicherungsstatus einer gründlichen Überprüfung unterziehen, wenn Sie sich zur Ruhe setzen. Manche Versicherungen sind wahrscheinlich nicht mehr nötig, bei anderen können Sie mit günstigeren Prämien rechnen.

Versicherungsbedarf für Ärzte im Ruhestand

Ass. iur. Evelyn Weis, Ass. iur. Stefan Wilhelmi

Nach einem arbeitsreichen Leben rückt irgendwann der Ruhestand immer näher. Dieser Übergang vom aktiven Arbeitsleben zum „Rentnerdasein“ stellt einen erheblichen Einschnitt dar, wobei es gilt, zahlreiche Dinge auf die neue Lebensphase umzustellen. Eine detaillierte Prüfung sollte hier auch dem Thema „Versicherungen“ gewidmet werden, denn Deckungen, welche für niedergelassene oder auch angestellte Mediziner unverzichtbar sind, werden im Ruhestand nicht mehr oder nicht mehr in der gleichen Form benötigt. In dem nachfolgenden kurzen Streifzug durch die einzelnen Versicherungssparten soll beleuchtet werden, worauf dabei geachtet werden sollte, auch wenn die allgemeine Betrachtung letztlich eine individuelle Prüfung im Einzelfall nicht ersetzen kann.

1. Berufshaftpflichtversicherung

Die Berufshaftpflichtversicherung hat die Aufgabe, dem Arzt im Rahmen der Deckungssummen Versicherungsschutz

für berechnete Ansprüche des Patienten zu gewähren und unberechtigte Ansprüche von ihm abzuwehren. Klagt der Patient vor einem Zivilgericht auf Schadenersatz (einschließlich Schmerzensgeld), so übernimmt die Berufshaftpflichtversicherung im Rahmen der mit dem Arzt vereinbarten Deckungssummen auch die Anwalts- und Verfahrenskosten.

Nach der Musterberufsordnung ist der Arzt verpflichtet, „sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern“. Wer sich nicht ausreichend versichert, gefährdet seine wirtschaftliche Existenz nebst Approbation, und seine Patienten laufen Gefahr, für etwaige Schäden keinen Ersatz zu erhalten.

Eine Berufshaftpflichtversicherung sollte auch nach der aktiven Zeit aufrecht erhalten werden. Zwar wird dann nicht mehr die oftmals doch recht teure Deckung aus der aktiven Berufstätigkeit benötigt, aber in der Regel besteht noch ein

SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER



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

Kontakt:

Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
Tel.: (0 40) 35 91 4-285
s.wilhelmi@funk-gruppe.de
www.funk-gruppe.de

Restrisiko (zum Beispiel Erste-Hilfe-Leistungen und Gefälligkeitsbehandlungen im Freundes- oder Bekanntenkreis), wo-

Aus den Verbänden

Nachhaftungsfall:		
schadensursächliche Behandlung	Schadenseintritt beim Patienten	Kenntnis / Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen
Arzt: aktive Berufstätigkeit		Ruhestand
→ Nachhaftungsversicherung notwendig		

Kein Nachhaftungsfall:		
schadensursächliche Behandlung	Schadenseintritt beim Patienten	Kenntnis / Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen
Arzt: aktive Berufstätigkeit		Ruhestand
→ bisherige Berufshaftpflichtversicherung eintrittspflichtig		

Tab. 1

für die meisten Heilwesen-Haftpflichtversicherer sogenannte „Ruhestandspakete“ anbieten.

a. Restrisiko → Ruhestandsversicherung:

Die Notwendigkeit sowie Art und Umfang einer Ruhestandsdeckung sollte in jedem Einzelfall einer genauen Prüfung unterzogen werden. Übt der Ruheständler noch ärztliche Tätigkeiten aus (zum Beispiel als Honorararzt, Praxisvertreter, Gutachter), so muss er sich hierfür selbst versichern – sofern über den Auftraggeber kein ausreichender Versicherungsschutz besteht.

Der BVOU-Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung (Versicherungskammer Bayern) sieht hierfür Sonderkonditionen im Rahmen einer Restrisikoversicherung vor, über die unter Umständen das Nachhaftungsrisiko mit abgesichert werden kann.

b. BVOU-Praxisvertreterhaftpflichtversicherung: BVOU-Mitglieder sind aufgrund ihrer Mitgliedschaft grundsätzlich nicht automatisch haftpflichtversichert! Ausnahme: Die BVOU-Praxisvertreterhaftpflichtversicherung, über die Mitglieder des BVOU aus der Tätigkeit als vorübergehender, gelegentlicher Praxisvertreter (subsidiär) versichert sind.

Eine Praxisvertretung im Sinne der Versicherung liegt vor, wenn

- ein niedergelassener/ermächtigter Arzt (Vertragsarzt) vertreten wird und
- der Vertragsarzt wegen Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung abwesend ist und

- die Tätigkeit als Praxisvertreter nur vorübergehend/gelegentlich (maximal 66 Arbeitstage im Jahr) ausgeübt wird.

Keine Praxisvertreter im Sinne der Versicherung sind Kollegen, die zeitgleich neben dem Vertragsarzt tätig sind. Der Einsatz solcher „Pseudopraxisvertreter“ ist auch juristisch unter Umständen unzulässig. Es liegt auch kein Fall der Praxisvertretung vor, wenn Kollegen als Honorarärzte von Krankenhausträgern beauftragt werden. Denn in diesem Fall wird kein Vertragsarzt vertreten.

c. Erste-Hilfe-Leistungen: Übt ein Ruheständler keinerlei Tätigkeiten mehr aus, also auch keine Gefälligkeitsbehandlungen im Freundes- und Bekanntenkreis, so reicht es zur Abdeckung von eventuellen Haftungsrisiken aus Erste-Hilfe-Leistungen möglicherweise aus, eine Privathaftpflichtversicherung zu unterhalten.

Das OLG München stellte mit Urteil vom 6. April 2006 (Az. 1 O 4142/05) klar, dass Ärzte bei Erste-Hilfe-Leistungen im Freizeitbereich ebenso wie medizinische Laien nur für vorsätzliches oder grob fahrlässiges Handeln zur Verantwortung gezogen werden können. Einige Versicherungsgesellschaften stehen jedoch auf dem Standpunkt, dass ein Arzt, der Erste Hilfe leistet, damit beruflich tätig wird, und dieses Risiko nicht mehr von der Privathaftpflichtversicherung, sondern allenfalls von einer Berufshaftpflichtversicherung abgesichert werden kann. Daher sollten Ärzte vom Privathaftpflichtversicherer eine schriftliche Bestätigung einholen, dass auch Erste-Hilfe-Leistungen

(als Arzt) vom Versicherungsschutz umfasst sind.

d. Sonderfall: Nachhaftungsversicherung: Es kommt immer wieder vor, dass der Ruheständler von früheren Patienten mit Schadensersatzansprüchen konfrontiert wird. Dann stellt sich die Frage, ob die „alte“ Berufshaftpflichtversicherung eintrittspflichtig ist oder eine separate Nachhaftungsversicherung abgeschlossen werden muss. Entscheidend ist, ob ein sogenannter Nachhaftungsfall vorliegt (► Tab. 1): Entscheidend ist demnach, ob die schadensursächliche Behandlung und der Schadenseintritt bei dem Patienten in die aktive Berufstätigkeit des Arztes fällt. Auf den Zeitpunkt der Anspruchserhebung oder der Kenntnis des Patienten von dem Schaden kommt es hingegen nicht an. Entsteht ein (angeblicher) Schaden noch in der aktiven Zeit, so bleibt der Versicherer, bei dem zu diesem Zeitpunkt der Vertrag besteht, weiterhin eintrittspflichtig, auch wenn der Anspruch erst nach Berufsaufgabe und Vertragsbeendigung angemeldet wird.

Hier ein Beispiel für einen „Nachhaftungsfall“: Ein chronischer Schmerzpatient bekommt von einem Arzt ein Medikament verordnet. Nun beendet der Arzt seine berufliche Tätigkeit. Erst danach nimmt der Patient das Medikament ein und erleidet hierdurch einen Schaden. Für solche Nachhaftungsfälle tritt die „alte“ Versicherung des Arztes grundsätzlich nicht ein – eine sogenannte Nachhaftungsversicherung ist notwendig. Manchmal ist jedoch die Nachhaftung auch bereits in der alten Berufshaftpflichtversicherung, zumindest für einen vorübergehenden Zeitraum, integriert.

2. Rechtsschutzversicherung

Auch hier gilt, dass der bisherige Umfang einer Rechtsschutzversicherung, sei es für einen Niedergelassenen oder Angestellten, an die geänderte Situation anzupassen ist: Sofern der Ruheständler keinerlei ärztliche Tätigkeiten ausübt, ist der gesamte berufliche Part entbehrlich, und der Vertrag kann auf die Bausteine „Privat-“ und „Verkehrs-Rechtsschutz“ umgestellt werden, was zu einer deutlichen Prämienreduzierung führen sollte. Auch für Ruheständler, welche nur noch sporadisch ärztlich tätig sind, gibt es spezielle Konzepte.

INDIVIDUELLEN VERSICHERUNGSBEDARF ERMITTELN

Bei den genannten Empfehlungen handelt es sich nur um Faustregeln, die eine individuelle Beratung anhand der bestehenden Policen nicht ersetzen. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz prüfen und gegebenenfalls anpassen möchten, können Sie sich gerne mit der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH in Verbindung setzen, die Sie im Auftrag des BVOU berät. So vermeiden Sie Versicherungslücken und kostspielige (Doppel-)Versicherungen. Kontakt: s.wilhelmi@funk-gruppe.de

BVOU-Gruppenrechtsschutzversicherung:

Für alle berufstätigen Mitglieder des BVOU besteht automatisch eine Gruppenrechtsschutzversicherung, die für berufliche Tätigkeiten im Gesundheitswesen gilt. Die Versicherung besteht aus folgenden Bausteinen:

- Strafrechtsschutz
- Arbeits- und Verwaltungsgerichtsschutz
- Sozialgerichtsrechtsschutz

Sofern der Arzt im Ruhestand noch sporadisch ärztlich tätig wird, sollte er in jedem Fall die BVOU-Mitgliedschaft aufrecht erhalten. Denn dann besteht für ihn weiterhin Rechtsschutz für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, die zu Straf-, Ordnungswidrigkeits-, Disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt. Dieser Versicherungsschutz wird für Versicherungsfälle gewährt, die in Europa und in den außereuropäischen Anliegerstaaten des Mittelmeeres eintreten.

Die Strafrechtsschutzversicherung gilt ebenfalls für Erste-Hilfe-Leistungen im Freizeitbereich, so dass es auch für Rentner ohne jegliche Berufstätigkeit ratsam ist, die BVOU-Mitgliedschaft fortzuführen.

3. Unfallversicherung

Eine Unfallversicherung leistet, auch bereits in der aktiven Zeit, wenn der Versicherte durch ein Unfallereignis bestimmte Invaliditätsgrade erreicht. Die Auszahlung einer Leistung ist also nicht daran

geknüpft, ob der Versicherungsnehmer seinen Beruf noch ausüben kann. Sicherlich richtig ist, dass im Alter das Unfallrisiko steigt. Zu prüfen ist daher, ob durch eigenes Kapital ein durch ein Unfallereignis entstehender finanzieller Schaden aufgefangen werden kann oder ob gerade die Kapitalzahlung aus einer Unfallversicherung notwendig ist, um beispielsweise das selbstgenutzte Wohnhaus behindertengerecht umzubauen.

Ob also eine Unfallversicherung aufrechterhalten werden soll, ist im Einzelfall zu prüfen, wobei in der Regel auch bereits in den Versicherungsbedingungen festgeschrieben ist, mit welchem Alter eine Umstellung auf „Seniorenkonditionen“ zu erfolgen hat sowie wann eine Deckung spätestens endet. Im Bedarfsfall fordern Sie bitte ein individuelles Angebot zu Sonderkonditionen für „Senioren“ an.

4. Inventar- und Elektronikversicherungen (inklusive Ausfalldeckungen)

Diese Versicherungen werden von einem Praxisinhaber nach Abgabe seiner Praxis nicht mehr benötigt. Entweder sind die Deckungen fristgerecht zu kündigen, oder sie gehen auf einen neuen Praxisinhaber über, der ab der nächsten Hauptfälligkeit dann auch alleiniger Prämienschuldner ist.

5. Praxisausfallversicherung / Berufsunterbrechungsversicherung

Eine solche Police deckt die laufenden Kosten einer Praxis sowie den entgegen-

den Gewinn, falls der Praxisinhaber bzw. liquidationsberechtigte Arzt krankheitsbedingt nicht arbeiten kann. Eine solche Deckung wird also mit dem Eintritt in den Ruhestand überflüssig und sollte daher gekündigt werden.

6. Regressversicherung

Falls eine solche Deckung für Regresse der Kassenärztlichen Vereinigung wegen zum Beispiel Budgetüberschreitung oder unwirtschaftlicher Ordnungsweise besteht, kann diese mit der Berufsaufgabe wegen Risikofortfall gekündigt werden. Dabei gelten auch Versicherungsfälle, die nicht später als zwei Jahre nach Vertragsende dem Versicherer angezeigt worden sind für Pflichtverletzungen, die während der Laufzeit des Vertrages begangen wurden, als mitversichert.

7. Private Versicherungen

Hierzu zählen die Privathaftpflichtversicherung, eine Hundehalter- oder Bootshaftpflichtversicherung ebenso wie die Versicherung für Gebäude und Einrichtung. Diese Versicherungen sollten – sofern deren Umfang zeitgemäß ist und nicht an das Bestehen einer aktiven Berufshaftpflichtversicherung gekoppelt war – in unveränderter Form fortgeführt werden, was natürlich auch hinsichtlich einer Kfz-Versicherung für private Fahrzeuge gilt.

Gleichfalls notwendig bleibt eine Krankenversicherung. Falls auch eine Krankentagegeld- und/oder eine Krankenhaustagegeldversicherung besteht, so sollte jedoch geprüft werden, ob diese noch in unveränderter Höhe erforderlich sind.

DIE AUTORIN

Ass. iur. Evelyn Weis ist Versicherungsreferentin und Juristin des BDA, Nürnberg.

Die nichtoperative Basis für orthopädische Praxen stärken

Joachim Stier

Den nichtoperativen Teil der niedergelassenen Praxen zu stärken, das hat sich auch der neue BVOU-Vorstand zum Ziel gesetzt. Dazu hat er die Gründung eines Referats angeregt. Anfang Dezember trafen sich die Leiter Reinhard Deinfelder, Prof. Dr. Wolfgang Rütter und Dr. Uwe Schwokowski zur konstituierenden Sitzung.

Der Name muss Programm sein, diese Ansicht vertreten die Referatsleiter Reinhard Deinfelder, Wolfgang Rütter und Uwe Schwokowski: So erklärt sich der Referatsname „Orthopädische Rheumatologie/Nichtorthopädische Orthopädie“.

Gemeint ist nicht die Verengung auf ein medizinisches Gebiet, sondern die zukunftsweisende, politische Erweiterung im europäischen, rheumatologischen Sinne. Der Name ist das zentrale Element im Auftritt nach innen und nach außen und kennzeichnet die Aufgabe: Zukunftswahrung der nichtoperativen Aspekte von O&U. Die Doppelführung in der Namensgebung stellt keinen Dualismus dar: Beide meinen dasselbe. Die Doppelung, so die Referatsleiter, ist ein vorläufiger Kompromiss und dem Umstand geschuldet, die Orthopäden/Unfallchirurgen auf breiter Front im Konsens mitzunehmen. Die drei Referatsleiter sind sich einig, dass letztendlich ORH der namensgebende Teil sein wird, zumal der Entwurf der neuen Weiterbildungsordnung unter diesem Namen breite Zustimmung gefunden hat. Der Begriff „konservative Orthopädie“ wurde nicht verwendet, weil seine Wiederinkraftsetzung über die Weiterbildungsordnung gescheitert ist und nicht mehr durchsetzbar erscheint. „Nichtoperative Orthopädie“ ist als begleitender, konsensschaffender Namensteil auch nach außen als Pendant zur „operativen O&U“ klar erkennbar.

Referatsleitung und Referatsstruktur

Reinhard Deinfelder, Prof. Dr. Wolfgang Rütter und Dr. Uwe Schwokowski sind

gleichberechtigte Referatsleiter. Sie organisieren und koordinieren als Dach die Entwicklung der „Orthopädische Rheumatologie/Nichtoperative Orthopädie“. Die Referatsleiter werden jeweils Oberthemen verantwortlich vertreten (zum Beispiel Weiterbildung, Fortbildungssystem, Leistungsvergütung). Die Leitung wird ihr zentrales Büro bei der Geschäftsstelle des BVOU in Berlin haben.

Referatsziele

Die moderne ambulante fachärztliche Medizin erfordert die grundversorgenden Spezialisten. Diese sind angesichts der Morbiditätsentwicklung dringend erforderlich. Um hier moderne Versorgungsziele zu sichern, sind innerhalb der O&U erhebliche Anstrengungen notwendig. „Orthopädische Rheumatologie/Nichtoperative Orthopädie“ ist“, so die Leiter, „die Basis für die Versorgung von Patienten mit Beschwerden der Bewegungsorgane, die einer nichtoperativen Behandlung bedürfen.“ Hier wird das BVOU-Referat die notwendigen Impulse setzen. Im Wesentlichen wird das Referat Anforderungen an die Weiter- und Fortbildung aus Sicht der Niedergelassenen bearbeiten, für eine bessere Zusammenarbeit der Praxen untereinander und mit Kliniken sorgen und dem Patienten unter anderem mit Strukturverträgen die ambulante O&U – in ihrem operativen wie nichtoperativen Teil – über neue Versor-

gungswege zugänglich machen. „Die niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen werden eine starke Stimme mit dem Referat haben, das zukunftsichernd im Interesse der besten Patientenversorgung arbeitet“, so die Referatsleiter Deinfelder, Rütter und Schwokowski.

Zusammenarbeit mit Wissenschaftsgesellschaften

Auch die wissenschaftlichen Gesellschaften haben erkannt, dass die nichtoperative Orthopädie gestärkt werden muss. Die Referatsleiter begrüßen dies sehr. Sobald die Struktur des Referats mit dem BVOU-Vorstand besprochen ist, wird das Gespräch mit DGOOC/DGU/DGOU gesucht werden. Eine Zusammenarbeit würde es sicherlich auch ermöglichen, die Leistungstiefe des Faches O&U nach Innen und Außen als ineinandergreifende Versorgungseinheit aus Praxis, Klinik und Wissenschaft darzustellen. „Wir werden an einem Strang ziehen“, so die Referatsleiter.



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

NACHBEMERKUNG ANLÄSSLICH DER KLAUSUR UNSERER MANDATSTRÄGER:

Die Fachgesellschaften sind in dieser Frage seit Jahren aktiv. Der BVOU will nun seinen Beitrag leisten, alle Kräfte zu bündeln. Den beteiligten Referatsleitern sage ich herzlichen Dank ebenso den Aktiven der DGOU. Gemeinsam mit der DGOU wollen und werden wir das Projekt weiterentwickeln. Der Vortrag der Kollegen Deinfelder und Rütter während der Klausur der Mandatsträger des BVOU fand überwältigende Zustimmung. Erhebliche finanzielle Mittel sind in Aussicht gestellt, um das Leistungsspektrum unseres Faches in seiner ganzen Breite abzubilden. Darüber freut sich:

Helmut Mälzer, Vizepräsident des BVOU

Mitglieder-Fachexkursion nach Usbekistan sowie nach Argentinien/Brasilien

Unsere bisherigen Mitgliederreisen haben viel Lob und Anerkennung gefunden. Aufgrund vielfachen Wunsches nach weiteren interessanten Reiseangeboten möchten wir Ihnen im Rahmen unserer Serviceleistungen für Mitglieder auch für 2014 wieder zwei attraktive Reiseziele mit berufsbezogenem Fachprogramm anbieten. Aus diesem Anlass laden wir Sie, Ihre Familienangehörigen und Freunde herzlich ein zur Teilnahme an unserer

Mitgliederreise nach Usbekistan vom 29. Mai bis 5. Juni 2014

Das im Reisepreis eingeschlossene Fachprogramm umfasst (Änderungen vorbehalten):

- Fachbesuch des City Emergency Care Hospitals. Informationen über die Geschichte, Aufgaben und Leistungen dieses medizinischen Zentrums. Einblicke in die Arbeit usbekischer Kollegen, mögliche Vorträge zu folgenden Themen:
 - Entwicklung und aktueller Stand der medizinischen Entwicklung in Usbekistan
 - Aus- und Fortbildung der Fachärzte für Unfallchirurgie

- Besuch einer Orthopädie-Praxis bzw. eines Krankenhauses wie zum Beispiel Tashkent International Clinic.

Der Reisepreis schließt neben dem Fachprogramm folgende Leistungen ein:

- Linienflüge vom Frankfurt/Main mit Usbekistan Airways nach Taschkent und zurück inklusive Bordverpflegung; Inlandsflüge in der Economy-Class inklusive Bordverpflegung
- Alle Flughafen- und Flugsicherheitsgebühren, sowie aktuelle Kerosinzuschläge
- 7 Übernachtungen/Frühstück im 4-Sterne Hotel, Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad/WC, Klimaanlage und Telefon
- Halbpension (Frühstücksbuffet und Abendessen)
- Transfers, Rundreise und Ausflüge in bequemen, landestypischen Reisebussen
- Eintrittsgelder bei den Besichtigungen
- Deutsch sprechende Reiseleitung
- Reiserücktrittskostenversicherung
- Versicherungsschein
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

Für diese Reise wird ein bei Reiseende noch mindestens sechs Monate gültiger Reisepass benötigt. Impfungen sind nicht erforderlich.

Mitgliederreise nach Argentinien und Brasilien vom 9. bis 17. November 2014

Das im Reisepreis eingeschlossene Fachprogramm umfasst (Änderungen vorbehalten):

- Besuch zum Beispiel des Krankenhauses Hospital Británico. Vortrag über die aktuelle Situation und Entwicklung der Unfallchirurgie in Argentinien
- Besuch einer privaten Praxis für orthopädische Betreuung wie zum Beispiel der Orthopädie-Praxis von Dr. Claudio Sapoznik. Gedanken- und Meinungsaustausch mit argentinischen Berufskollegen

Der Reisepreis schließt neben dem Fachprogramm folgende Leistungen ein:

- Linienflüge mit Lufthansa von Frankfurt/Main nach Buenos Aires und von Rio nach Deutschland sowie von Buenos Aires nach Iguazú und von Iguazú nach Rio in der Economy-Class inklusive Bordverpflegung
- Alle Flughafen- und Flugsicherheitsgebühren sowie aktuelle Kerosinzuschläge
- Transfers, Ausflüge/Besichtigungen in landestypischen Reisebussen
- Ausreisesteuern
- 6 Übernachtungen/Frühstück in 4-Sterne Hotels, Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad/WC, Klimaanlage und Telefon
- Deutsch sprechende Reiseleitung
- Reiserücktrittskostenversicherung
- Reisepreissicherungsschein
- Reiseführer zur Reisevorbereitung



Eine Moschee in Taschkent

Foto: eranicle/Fotolia

Aus den Verbänden

Neben den im Reisepreis bereits eingeschlossenen Besichtigungen können Sie noch weitere interessante Ausflüge zum günstigen Paketpreis von nur 150 Euro pro Person buchen. Wenn es Ihre Zeit zulässt, empfehlen wir Ihnen im Anschluss an die Reise eine erholsame Badeverlängerung in Buzios. Deutsche Staatsangehörige benötigen für diese Reise nur einen gültigen Reisepass. Impfungen sind nicht erforderlich.

Schnell anmelden!

Da wir erneut mit reger Beteiligung an diesen Sonderreisen rechnen und die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihre Reiseanmeldung baldmöglichst an die Anschrift unserer Geschäftsstelle senden (Anmeldeformulare umseitig). Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen eine interessante und angenehme Reise.



Die Christus-Statue – Cristo Redentor – in Rio de Janeiro



BERUFSVERBAND DER FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE e.V.

Reiseanmeldung - Rückfax (0 30) 797 444 45

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

Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen Sie evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit aufgeführten Teilnehmer.** Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Versicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von 10 Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von 6 Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag mit dem Reiseveranstalter zu diesen Bedingungen zustande.

Leistungen lt. Prospekt. Alle Preise gelten pro Person.

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

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Reisepreis
USBEKISTAN	29.05. – 05.06.2014	Frankfurt/M.	1.595,- €
Zusatzleistungen			Mehrp reis
<input type="checkbox"/>	Visumbesorgung		95,- €
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer für Teiln.-Nr. _____		150,- €
<input type="checkbox"/>	½ Doppelzimmer (falls wir bis 2 Monate vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)		-----
<input type="checkbox"/>	Rail & Fly – Bahnfahrt, 2. Kl., von/nach allen DB-Bahnhöfen zum Flughafen Frankfurt / M.		75,- €
<input type="checkbox"/>	Anschlussprogramm Ruinenstädte der Seidenstraße vom 05.06. – 09.06.2014		495,- €
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer für Teiln.-Nr. _____ (Anschlussprogramm)		80,- €
<input type="checkbox"/>	RDB/HanseMerkur – Reiseversicherungspaket inkl. Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,- €) Reisenotfall- und Auslandskrankenversicherung ohne Selbstbehalt		

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

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



BERUFSVERBAND DER FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE e.V.

Reiseanmeldung - Rückfax (0 30) 797 444 45

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

Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit aufgeführten Teilnehmer.** Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Versicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von 10 Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von 6 Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

Leistungen lt. Prospekt. Alle Preise gelten pro Person.

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

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Reisepreis
Argentinien/Brasilien	09.11. – 17.11.2014	Frankfurt/M.	2.655,- €
Zusatzleistungen			Mehrpreis
<input type="checkbox"/>	Lufthansa Anschlussflug von/nach _____ Flughafensteuern und Kerosinzuschlag für den Anschlussflug		Kostenlos 100,- €
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer für Teiln.-Nr. _____		430,- €
<input type="checkbox"/>	½ Doppelzimmer (falls wir bis 2 Monate vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)		-----
<input type="checkbox"/>	Ausflugspaket: 1 ganztägiger Ausflug inkl. Mittagessen + 2 halbtägige Ausflüge		150,- €
<input type="checkbox"/>	Bade-Verlängerung in Buzios (www.buzios.com.br) Transfers und 3 Hotelübernachtungen im Hotel Vila D'Este (www.viladeste.com.br) vom 16.11 – 19.11.2014 / Ankunft in Deutschland am 20.11.2014		470,- €
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmerzuschlag Bade-Verlängerung		330,- €
<input type="checkbox"/>	RDB/HanseMercur – Reiseversicherungspaket inkl. Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,- €) Reisenotfall- und Auslandsrankenversicherung		19,- €

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

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

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



> Strauss Innovation

>> Entdecken Sie eine bezaubernde Welt

Sie möchten einfach in eine andere Welt eintauchen? Dann sind Sie bei Strauss Innovation genau richtig: phantasievolle Einrichtungsideen locken hier genauso wie kreative Modetrends und exquisite Weine zu erschwinglichen Preisen.

Nachlass: 15%



> Mehr! Entertainment

>> Tolle Musicalangebote

z.B. Grease - Ein knallbunter Musical-Spaß aus Petticoats und Partys, Pferdeschwänzen und Pferdestärken, Cadillacs und Rebellion und natürlich Liebe zum mitreißenden Sound von unvergessenen Hits wie „You’re The One That I Want“, „Grease Is The Word“, „Summer Nights“, „Sandy“ –DAS IST GREASE!

Nachlass: bis zu 14%



> Coffee Circle

>> Gourmet-Kaffee & Bio-Espresso fair gehandelt

In unserem Shop finden Sie außergewöhnliche Kaffees und Espresso, sortenrein und 100% Arabica. Zusätzlich haben wir sorgfältig ausgewähltes und hochwertiges Kaffee- und Espresso-Zubehör im Angebot.

Nachlass: 15%



> Porzellanhandel24.de

>> Villeroy & Boch, LeCreuset, Silit u.v.m.

Porzellanhandel24 ist Ihr kompetenter Fachhandel für Tisch- und Kochkultur und bietet Ihnen mit Porzellan, Kristall, Besteck, Tisch- und Wohnaccessoires sowie Töpfen, Pfannen, Brätern und Küchenutensilien hochwertige Markenprodukte zu attraktiven und fairen Preisen an.

Nachlass: 15%



Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Dr. med. Ralf **Berger** · München
 Daniela **Comont** · Kirm
 Dr. med. Wolfgang **Cordier** · Wuppertal
 Dr. Jan **Cossmann** · Wuppertal
 Dr. med. Volker **Dotzel** · Bad Mergentheim
 Philipp **Effmert** · Neustadt
 Dr. med. Philippus **El Helou** · Rudolstadt
 Dr. med. Michael **Grande** · Hamburg
 Tim **Heese** · Augsburg
 Dr. med. Jürgen **Huber** · Heidelberg
 Matthias **Jakobs** · Dortmund
 Dr. med. Patrick **Julius** · Rheine
 Dr. med. Martin **Kaiser** · Ulm
 Carsten **Kantelberg** · Saarbrücken

Dr. med. Jonas **Keller** · Ettlingen
 Dr. med. Andreas **Koch** · Dresden
 Dr. med. Georgy **Kovacs** · Frankfurt
 Dr. med. Bodo **Kretschmann** · Müllheim
 Dr. med. Gerd **Mairhöfer** · Ettlingen
 Dr. med. Pascal **Mathonia** · Germering
 Dipl.med. Thomas **Matschke** · Castrop-Rauxel
 Dr. med. Klaus **Michler** · Moers
 Dr. med. Andreas **Mück** · Niederkassel
 Dr. med. Ingrid **Muhs** · Flensburg
 Dr. med. univ. Robert **Nikowitsch** · Kempten
 Dr. med. Johannes **Plath** · Stralsund
 Dr. med. Kirsten **Rabeneck** · Pasewalk
 Erdmut **Rager** · Steinheim

Dr. med. Markus **Reimer** · Olpe
 Dr. med. Rupert **Rieger** · Sindelfingen
 Dr. med. Torsten **Rießland** · Dresden
 Dr. med. Ulrich **Schleicher** · Berlin
 Dr. med. Clemens J. **Schmid** · Planegg
 Ruben **Schurr** · Potsdam
 Dr. med. Philipp **Schuster** · Markgröningen
 Dr. med. Salim **Shami** · Lichtenstein
 Dr. med. Hannah **Ulrich** · Bad Rappenau
 Dr. med. Frank **Unterhauser** · Berlin
 Dr. med. Ulrich **Wiebking** · Hannover
 Prof. Dr. med. Henning **Windhagen** · Hannover
 Dr. med. Guido **Wosnitza** · Frechen

Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder

Altendorfer , Walter Dr. med. · Ansbach	Halter , Sigmund Dr. med. · LA FRESNEDA / SIERO Spanien	Santiago , Laurentino Dr. med. · Wiesent
Ansorg , Adelheid Dr. med. · Erfurt	Henning , Wulf Dr. med. · Münster	Schepers , Paul Dr. med. · Köln
Baer , Albrecht Dr. med. · Osnabrück	Jäckle , Heinz Günter Dr. · Polling	Schröder , Werner Dr. med. · Delitzsch
Beier , Franz Dr. · Nürnberg	Kalka , Werner Dr. med. · Backnang	Schumacher , Gisbert Prof. Dr. med. · Ladenburg
Benirschka , Hans Dr. med. · Berlin	Köchling , Jürgen Dr. med. · Bad Oeynhausen	Schütze , Klaus Dr. · Halle
Brinkmann , Karl-Erich Dr. med. · Karlsbad	Kramer , Lothar Dr. med. · Heilbronn	Schwörer , Siegfried Dr. med. (LMD) · Kiel
Buckup , Klaus Dr. med. · Bochum	Lochmann , Martin Dr. · Bad Freienwalde	Seyerlein , Hans-Friedrich Dr. · Gärtringen
Eynck , Heinz Dr. med. · Steinfurt	Lück , Michael Dr. med. · Arnsberg	Siregar , Djalintong Dr. med. · Speyer
Faltin , Manuela Dr. med. · Bad Mergentheim	Lutz , Roland Dr. · Wendelstein	Steigerwald , Reinhold · Berlin
Feser , Bernt Dr. · Höckel/Handeloh	Muthmann , Dietrich Dr. med. · Wetter	Stöcker , Wolfgang Dr. med. · Illingen
Fischer , Meinolf Dr. med. · Essen	Nobel , Jens Dr. med. · Goslar	Titze , Jürgen Dr. med. · Bremen
Fredersdorf , Heinz Dr. · Aurich	Petri , Helmut Dr. med. · Hamburg	Wallossek , Rudolf Dr. med. · Odenthal
Friedrich , Markus Dr. med. · Rottweil	Pickhardt , Klaus Dr. med. · Hattingen	Winkhardt , Helmut Dr. · Stuttgart
Fries , Gisbert Prof. Dr. med. · Saarbrücken	Prein , Rudolf Dr. · Köln	
Garbe , Michael Dr. · Sinzig	Rabbels , Gerd Dr. med. · Aalen	
Glätzner , Udo Dr. · Haan	Rößler , Frank Dr. med. · Nürnberg	
Grundmann , Eberhard Dr. med. · Bad Dürkheim	Rose , Friedrich Wilhelm Dr. med. · Hamburg	
	Sabandal , Isabelo Dr. · Königswinter	

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Bayern

Landeswahlen: **Dr. Matthias Graf** aus Freising wurde wieder als Landesvorsitzender gewählt. Sein Stellvertreter bleibt **Dr. Karl-Heinz Conrad** aus Bayreuth.

Bezirk Oberbayern ohne München: **Dr. med. Bernhard Weigl** aus Rosenheim wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt. Er ist der Nachfolger von **Dr. Thomas Biehl** aus Germering. Als neuer stellvertretender Bezirksvorsitzender wurde Dr. med. **Thomas Roßberg** aus Ingolstadt gewählt. Er ist der Nachfolger von **Dr. Manfred Appel** aus Bad Wiessee.

Hamburg

Landeswahlen: **Dr. med. Peter René Bock-Lamberlin** aus Hamburg wurde zum Landesvorsitzenden wiedergewählt. Als neuen Stellvertreter wurde **Dr. med. Torsten Hemker** aus Hamburg gewählt.

Niedersachsen

Bezirk Hildesheim: **Dr. med. Stefan Rössig** aus Hildesheim wurde zum Bezirksvorsitzenden wiedergewählt. Als Stellvertreter wurde **Dr. med. Michael Bloch** aus Hildesheim wiedergewählt.

Bezirk Stade: **Joachim Draewe** aus Buxtehude wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Rheinland-Pfalz

Bezirk Pfalz: Der stellvertretende Bezirksvorsitzende **Dr. med. Jan Ulmer** aus Frankenthal ist den Folgen eines Flugzeugunfalls erlegen. Ein Nachfolger steht noch nicht fest.

Westfalen-Lippe

Bezirk Gelsenkirchen: **Manfred Köhler** aus Gelsenkirchen ist von seinem Amt als stellvertretender Bezirksvorsitzender zurückgetreten.

Bezirk Münster: **Dr. med. Stefan Heidl** aus Steinfurt wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Nennen Sie uns Kandidaten für den Nichtständigen Beirat!

Wahlperiode 2014 bis 2016

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die DGOU hat einen „Nichtständigen Beirat“ mit Sitz und Stimme im Gesamtvorstand; außerdem bestimmen die nichtselbstständigen Mitglieder des Nichtständigen Beirates einen Vertreter im Geschäftsführenden Vorstand. Der Nichtständige Beirat soll insbesondere Vertretung der Nichtselbstständigen sein, es können aber auch Leitende Ärzte und Niedergelassene in ihn gewählt werden.

Gemäß Satzung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie wählt die Mitgliederversammlung der DGOU im Oktober 2014 auf Vorschlag des Gesamtvorstandes zwei Vertreter des Nichtständigen Beirates der DGOU.

Der Nichtständige Beirat besteht aus insgesamt sechs Mitgliedern, von denen zwei Ende des Jahres turnusgemäß ausscheiden. Es sind dies Kai Dragowsky (Berlin) und Dr. Babak Moradi (Heidelberg). Unmittelbare Wiederwahl ist leider nicht möglich.

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

Wir möchten Sie hiermit aufrufen, der DGOU-Geschäftsstelle bis zum **31. März 2014** Vorschläge hierfür schriftlich einzureichen, gerne per Mail unter **office@**

dgou.de oder postalisch oder per Fax unter (0 30) 3 40 60 36 01.

Mit freundlichem Gruß

Ihr



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard ist Generalsekretär der DGOU.

Das MuP-Forum mit festem Sekretariat

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär

Das Medizintechnische und Pharmazeutische Forum der DGOU hat viel vor. Erst in der Ausgabe 6/2013 der OUMN wurde berichtet, dass von dem Gremium eine Checkliste entwickelt wurde, die das Profil von Kongress- und Fortbildungsveranstaltungen erfassen soll. Die Checkliste ist erstellt. Eine Evaluation beginnt nun. Dafür ist in den Räumen der Geschäftsstelle der DGOU ein Sekretariat eingerichtet worden. Und somit hat das MuP-Forum nun auch ein Gesicht. Frau Michaela Melzer steht in Zukunft für alle Anfragen im Zusammenhang mit der Erstellung der Checkliste zur Verfügung. Sie wird Ansprechpartnerin für die Ärzte und Institutionen sein, die einen Kongress, einen Workshop, ein Symposium oder Ähnliches auf den Weg bringen wollen. Sie ist auch Ansprechpartnerin

für die Kongressorganisationsfirmen, die zumindest bei den größeren Veranstaltungen verantwortlich zeichnen, und sie ist Vermittlerin zu den Mitgliedern des MuP-Forums. Dieses besteht aus zwölf Personen, davon zwei aus der DGOOC, zwei aus der DGU, zwei aus dem BVOU, vier aus dem BVMed und zwei Vertretern der pharmazeutischen Industrie.

Frau Melzer wird nun die Evaluation der Checkliste anhand von 30 Veranstaltungen durchführen. Die dann den Anforderungen entsprechend überarbeitete Checkliste geht in den Umlauf und wird auf der bis dahin erstellten Internetseite des MuP-Forums veröffentlicht; denn nur absolute Transparenz garantiert den Erfolg dieses Projektes.



Das Gesicht des MuP-Forums: Michaela Melzer



Orthopädie & Unfallchirurgie – Einheit in der Vielfalt?

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Dass die gesamte Breite des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie nicht mehr von einem „Generalisten“ beherrscht werden kann, ist seit Langem klar. Die Spezialisierung hat in der Orthopädie/Orthopädischen Chirurgie, insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum, bereits sehr frühzeitig eingesetzt und ist dann in den 70er und 80er Jahren auch in Deutschland umgesetzt worden. So hat die DGOT – wie sie damals hieß – durch ihren Vorstand um die Jahrtausendwende bereits zwölf Sektionen in den Gesamtvorstand integriert. Die DGOU wiederum brachte vier Sektionen zum Vereinigungsprozess mit. Bei der Zusammenführung beider Gesellschaften zur DGOU haben sich einige Sektionen und Arbeitsgemeinschaften von DGOOC und DGU vereinigt. Besonders erfreulich aber war es, dass durch den Zusammenschluss von DGOOC und DGU zur DGOU die in vielen Sektionen schon gelebte Kooperation von Orthopädie und Unfallchirurgie gewürdigt wurde und die DGOU damit eine besondere Attraktivität entwickelte. Durch den Beitritt großer Vereine wie der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE), der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) und

der AGA – Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie sind inzwischen 18 Sektionen mit Sitz und Stimme im Gesamtvorstand der DGOU vertreten (siehe Kasten). Dies ist ein sichtbarer Beleg für die Breite des Faches und ein deutliches Zeichen für die Attraktivität der DGOU und der bisher eingeleiteten Prozesse nach dem Motto: „Alle in ein Boot!“.

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Um die Arbeit mit den Sektionen zu verbessern, Themen von gemeinsamen Interesse zu vertiefen und neue Schwerpunkte festzulegen, fand zum zweiten Mal ein Workshop des Vorstandes der DGOU mit den Vertretern der Sektionen und einigen Arbeitsgemeinschaften statt. Die Präsidenten der DGOU, Hoffmann und Kladny, zogen eine Bilanz nach dem gerade zu Ende gegangenen Deutschen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie 2013, die überwiegend positiv ausfiel. Hoffmann bemerkte, dass vor allem der Umzug in die Messe Süd ohne größere Probleme abgelaufen sei und sich auch das Ausstellungskonzept bewährt habe. Kladny wies auf die Schwierigkeiten hin,

die Wünsche der Sektionen bei der Kongressgestaltung vollends zu befriedigen. Inzwischen gäbe es bei der Vielzahl der Interessenten nur eine begrenzte Anzahl von Slots, die zur Verfügung gestellt werden könnten. Die Präsidenten bitten um Verständnis für diese Entwicklung und regen eine Diskussion über neue Konzepte zur Kongressgestaltung mit den Sektionen an.

Referat Internationale Angelegenheiten

Die Schwerpunkte der alltäglichen Arbeit werden von den Generalsekretären Niethard und Siebert dargestellt. Neu gegründet wurde das Referat Internationale Angelegenheiten, das unter der Leitung von Niethard und Josten die Zusammenarbeit mit Partnerländern forcieren soll. Eine erste Sitzung des Referates fand im Sommer 2013 mit dem Schwerpunkt „Road Safety“ statt. Dabei wurden grenzüberschreitende Kooperationen angestoßen, wie sie derzeit bereits in Aachen (mit den Niederlanden) und Saarbrücken (mit Luxemburg) bestehen.

Eine Umfrage unter allen Sektionen zu deren internationalen Aktivitäten hat ergeben, dass von den Sektionen Stipendi-

Aus den Verbänden

SEKTIONEN DER DGOU

- Sektion AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik) – selbstständige Sektion
- Sektion AGA – selbstständige Sektion
- Sektion AO (Arbeitsgemeinschaft Osteosynthese) – selbstständige Sektion
- Sektion ASAMI (Association for the Study and Application of the Methods of Ilizarov) – selbstständige Sektion
- Sektion Bildgebende Verfahren
- Sektion DAF (Deutsche Assoziation Fuß und Sprunggelenk) – selbstständige Sektion
- Sektion DGH (Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie) – selbstständige Sektion
- Sektion DGORh (Deutsche Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie) – selbstständige Sektion
- Sektion DKG (Deutsche Kniegesellschaft) – selbstständige Sektion
- Sektion DMGP (Deutsche Medizinische Gesellschaft für Paraplegie) – selbstständige Sektion
- Sektion DVSE (Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie) – selbstständige Sektion
- Sektion GOTS (Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin) – selbstständige Sektion
- Sektion Grundlagenforschung – selbstständige Sektion
- Sektion IGOSt (Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädisch-unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie) – selbstständige Sektion
- Sektion Physikalische Therapie und Rehabilitation
- Sektion Prävention
- Sektion VKO (Vereinigung Kinderorthopädie) – selbstständige Sektion
- Sektion Wirbelsäule

en, wissenschaftliche Kooperationen und karitative Initiativen unterschiedlicher Gewichtung unterhalten werden. Zum Teil bestehen erhebliche Überschneidungen hinsichtlich der Schwerpunkte und der kooperierenden Länder. Allgemein wurde Interesse bekundet, im Sinne einer Ökonomisierung der Prozesse und Strukturen einen Workshop zur Abstimmung verschiedenster Aktivitäten durchzuführen.

Aktivitäten der DGOU

Siebert erläuterte die Aktivitäten der DGOU, die allesamt auf eine Nutzung größtmöglicher Synergien ausgerichtet sind. Nach dem DKOU wurden Flyer für die Mitgliederwerbung für DGOU und BVOU an die Kongressteilnehmer ohne O- und U-Mitgliedschaft versandt. Dieser Flyer steht auch den Sektionen zur Verteilung an weitere Personenkreise zur Verfügung.

Um die Corporate Identity der Sektionen mit der DGOU zu unterstreichen, wurde ein DGOU-Logo zur Verwendung für die Sektionen und Arbeitsgemeinschaften entwickelt. Diese Logos und auch eine englischsprachige Version werden Anfang 2014 an alle Sektionen und Arbeitsgemeinschaften zur Integration in ihre Außendarstellung versandt.

Qualität und Sicherheit in O&U

Informiert wurde auch über die zahlreichen Aktivitäten der DGOU zum Thema Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie. Dazu gehören Initiativen der Versorgungsforschung wie der Versorgungsatlas, die Nutzung von Routinedaten, das Weißbuch „Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie“, das Weißbuch „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ und das Netzwerk Registerforschung der DGOU. An dem Netzwerk Registerforschung sind bereits mehrere Sektionen beteiligt, die zum Beispiel eigene Register entwickelt haben (DVSE, D.A.F.). Die Geschichte der Versorgungsforschung wurde von den Sektionsleitern mit großem Interesse verfolgt. Es wurde vereinbart, auch hierzu einen Workshop zu veranstalten, um eine verbesserte Kooperation auszuloten.

Medien der DGOU

Die Mediendarstellung der DGOU wurde von Frau Buchmann-Alisch (DGOU-Website) und Frau Ehrhardt-Joswig (Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten) erläutert. Die neue DGOU-Website wurde anlässlich des DKOU 2013 freigeschaltet. Sie bietet den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften die Möglichkeit, sich dort selbst dar-

zustellen, wo sie unter dem Menüpunkt „Gremien“ integriert sind. Für die Sektionen interessant sind weitere Angebote, wie zum Beispiel die integrierte Jobbörse, die Darstellung der wissenschaftlichen Aktivitäten und Preise der Sektionen und von aktuellen Mitteilungen. Eine englischsprachige Version ist für 2014 geplant. In Kooperation mit dem Thieme Verlag werden die Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten (OUMN) ab 1. Quartal 2014 in die Webseite der DGOU integriert. Diese Inhalte werden von Frau Ehrhardt-Joswig als Redaktionsleiterin für die insgesamt sechs Ausgaben der OUMN zusammengestellt. Frau Ehrhardt-Joswig bittet um eine rege Zusammenarbeit mit den Sektionen. Sie bietet an, auch aktuelle Forschungsbeiträge aus den Sektionen in die OUMN zu integrieren; denn die Vielfalt der Spezialitäten sei ein gewichtiger Faktor für die Attraktivität des gesamten Faches Orthopädie und Unfallchirurgie.

Berichte der Sektionsleiter

Der zweite Teil der Veranstaltung wurde durch die Berichte der Sektionsleiter gestaltet. Diese Berichte sollen in Zukunft in strukturierter Form jährlich in die OUMN bzw. auch in die Website der DGOU integriert werden. Dabei zeigte sich, dass bei der Bewältigung der alltäglichen anfallenden Arbeiten noch zahlreiche Synergien geschöpft werden können. So erprobt die DGOU zum Beispiel ein internetbasiertes Leitlinienportal unter der Leitung von Herrn Halder (Sommerfeld), das sich bisher bewährt hat und gegebenenfalls auch an die Sektionen zur Leitlinienerstellung weitergereicht werden kann. Synergien gibt es wohl auch bei der Gestaltung von Kursen, bei der Definition von Qualitätssichernden Maßnahmen sowie der Ausschreibung von Stipendien und wissenschaftlichen Preisen. Es wird noch eines längeren Weges bedürfen, um der Vielfalt der Aktivitäten das Prädikat „Einheit in der DGOU“ zu verleihen.



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

Bericht des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit

Dr. Daniel Frank, Dr. Alexander Beck

Ob Qualität messbar ist, darüber streiten sich die Gelehrten. Die DGOU will Konzepte vorschlagen, die verbindliche Regeln vorgeben, um die numerische Mindestqualität durch Prozess- und Strukturqualität zu ersetzen, bevor uns von übergeordneten Stellen Kriterien auferlegt werden. Hierdurch sollen die Frage der Versorgung in der Fläche, die Qualität der erbrachten Leistung definiert und die Sicherheit der Patienten verbessert werden.

Die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten, die Qualität der erbrachten Leistungen und die Sicherheit der Patienten, aber auch der Implantate und Materialien sind ein Kernanliegen unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Unter anderem deswegen hat der Ausschuss Sitz und Stimme im geschäftsführenden Vorstand. Der Ausschuss setzt sich aus circa 30 Mitgliedern der DGOU zusammen. Zur Bearbeitung der verschiedenen Themen kann der Ausschuss weitere Mitglieder benennen oder einladen, um deren Expertise zu gewinnen.

Mit dem Brandenburger Urteil zur numerischen Festlegung einer Mindestmenge bei Frühgeborenen kippte das Gericht

besserung erzielt wird. Weiterhin bleibt unklar, ob die Leistungsmenge an eine Institution oder an bestimmte Personen in einer Institution zu binden ist, ob die Zahlen auf die Personen herunter zu brechen oder im Gesamten zu werten sind.

Qualität zu messen ist schwierig

Gespräche mit den verantwortlichen Personen im GBA lassen vermuten, dass zukünftig nicht unbedingt die Zahl der erbrachten Fälle, sondern die Qualität das Kriterium zur Zulassung und Abrechnung von Fällen sein wird. Qualität zu messen ist ein schwieriges Unterfangen, vor allem dann, wenn die Qualitätsparameter weich und die Einflussnahme auf das Outcome leicht ist. Wer sich überwiegend mit der Primärendoprothetik beschäftigt, ist im Benchmark vorn, wer früh entlässt, wird weniger Komplikationen melden, da diese oft erst nach der Entlassung auftreten und somit dem primären Fall nicht zugeordnet werden. Diese Problematik ist uns hinreichend bekannt und erbost viele Ärzte und Kliniken, wenn der AOK Navigator nach diesen unpräzisen Kriterien ein Klinikranking erstellt und im Internet veröffentlicht.

trum EPZ® und das TraumaNetzwerk®. Vorgegeben sind hier Strukturqualität, Prozessqualität sowie die fachliche Qualifikation der handelnden Personen. Die Grundlagen beider Verfahren sind dem GBA bekannt. Viele Sektionen der DGOU haben sich teilweise schon seit Jahren um die Verbesserung der Ausbildung der Weiterbildungsärzte und der Fachärzte bemüht. Beispielhaft seien hier die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk – D.A.F., die Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie – AGA oder die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie – DVSE genannt. Zertifizierungen sind Ausdruck einer immer komplexeren Leistungserbringung, einer zunehmenden Transparenz der geleisteten Arbeit, aber auch eines politischen und ökonomischen Drucks, der auf allen Beteiligten lastet. Die Kritiker bemängeln zu Recht den erheblichen Aufwand einer Zertifizierung und den unkontrollierten Wildwuchs von Zertifikaten und Zertifizierungsstellen. Die DGOU hat dem Ausschuss eine Vorgabe gegeben, die Grundsätze einer Zertifizierung zu formulieren, um ein Zertifikat im Konsens mit der wissenschaftlichen Gesellschaft zu erstellen. Das Papier ist dem Vorstand zur Abstimmung eingereicht worden.

Zertifizierungen sind Ausdruck einer immer komplexeren Leistungserbringung, einer zunehmenden Transparenz der geleisteten Arbeit, aber auch eines politischen und ökonomischen Drucks, der auf allen Beteiligten lastet.

gleichzeitig die Mindestmenge von 50 primär implantierten Knieendoprothesen als Mindestzahl zur Abrechnung dieser DRG mit den Kostenträgern. Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhielt die Aufgabe, die Mindestmengen rechtssicher neu zu definieren. Dies ist ein Unterfangen, welches nur schwer gelingen kann, da die wissenschaftliche Literatur nicht den eindeutigen Beweis erbringen kann, ab welcher Leistungsmenge eine signifikante Qualitätsver-

Gespannt werden wir den Ausgang von mindestens zwei anhängigen Rechtsstreitigkeiten beobachten.

Zertifizierung als Qualitätsmerkmal

Welche Maßnahmen zur Festlegung von erbrachter Qualität sind derzeit erkennbar? Im Wesentlichen sind hier die Zertifizierungen von Einrichtungen als Zentren oder Personen genannt. In O&U sind dies zum Beispiel das Endoprothesenzen-

Neben dem unentwegten Streben nach Perfektion kann ein Zertifikat zukünftig die Grundlage für die Abrechnung von Leistungen mit den Kostenträgern sein. Das Thema Selektivverträge kreist seit Jahren im Orbit und mag mehr Bedeutung erhalten, sollten die Absichten des Koalitionsvertrages durch die große Koalition zukünftig umgesetzt werden. Wie schnell sich die Politik seit Jahren unberücksichtigte Felder zu Eigen macht, ist bei den Registern in der Medizin zu erkennen. Kaum ist die neue Regierung im Amt, wird ein Gesetz auf den Weg gebracht, welches die unterschiedlichen Krebsregister einem bundeseinheitlichen Standard angleichen will und als gesetzliche Grundlage definiert.

Aus den Verbänden

Das Endoprothesenregister Deutschlands EPRD® wurde nach jahrelanger mühsamer Arbeit von der DGOOC auf den Weg gebracht. Es ist in seinen Grundzügen so ausgefeilt erstellt, dass es zum einen eine Förderung des Bundes, zum anderen den Innovationspreis erhielt. Zurzeit ist es als auf einer freiwilligen Teilnahme basierend ausgelegt. Lediglich die als EPZ® ausgewiesenen Kliniken haben sich verpflichtet, ihre Daten dem EPRD® zu liefern. Man wird abwarten, ob und welche Register die neue Gesetzgebung möglicherweise einbezieht.

51 Prozent der Kliniken schreiben rote Zahlen

Der Kostendruck im Gesundheitswesen hält unvermittelt an. Die Politik hat das DRG-System als ökonomische Daumenschraube ausgelegt. Bestens aufgestellte Kliniken mit einer genauen Datenanalyse im Hinblick auf die Kosten liefern die Zahlen, welche die Höhe einer DRG ohne Kosten für Ausbildung oder Ausweisung eines Gewinns definieren. Nach Jahren des Outsourcens mit vermeintlicher Kostensenkung sind die Krankenträger heute am Scheideweg. Weitere Einsparungen sind kaum mehr umsetzbar, sodass die Deutsche Krankenhausgesellschaft in 2013 erstmals zugestehen musste, dass 51 Prozent der Kliniken rote Zahlen schreiben. Der unmittelbare, aber untaugliche Reflex der Politik, einmalig 500 Millionen Euro als zusätzliche Finanzierung den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen, ist ein Tropfen auf dem heißen Stein ohne nachhaltige Wirkung. Man kann der Politik nicht unterstellen, dass mangelnder Sachverstand am Werk ist. Die Rochade der Minister kann man schadlos vorantreiben, ohne dass hierdurch ein wesentlicher gesellschaftlicher Schaden entsteht. Die Entscheidungsträger sitzen in zweiter und dritter Reihe. Die Ministerialbürokratie entscheidet über Wohl und Weh im System, im Konsens mit dem/der Minister/in.

Es scheint ein ausgemachtes Spiel zu sein, die Mittel für die Investitionen auf Landesebene zu kürzen oder zu streichen, die Finanzierung des laufenden Betriebes als Kostenerstattung ohne Gewinn auszulegen und andererseits die finanziellen Anforderungen der Leistungserbringung in die Höhe zu schrauben.

GOÄ bleibt Dauerbaustelle

Die Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – bleibt eine Dauerbaustelle. Die Absicht der letzten CDU/FDP-Koalition, eine zukunftsweisende GOÄ noch in der letzten Legislaturperiode zu verabschieden, wurde nicht umgesetzt. Als Zeichen ihres guten Willens haben die Bundesärztekammer und der Dachverband der privaten Krankenversicherungen (PKV) im November 2013 eine Absichtserklärung unterschrieben. Dort wird festgehalten, dass möglichst bis zum 1. Dezember 2014 eine gremienreife Fassung der GOÄ mit Leistungslegenden, Punktwerten und Punktzahlen dem Ministerium vorgelegt werden soll. Anschließend sollen Simulationsberechnungen durchgeführt werden, um die Auswirkung der GOÄ auf die Honorarentwicklung erkennen zu können. Realistisch betrachtet ist mit einer möglichen Gesetzgebung und Verabschiedung im Bundestag und Bundesrat nicht vor Ende 2015 zu rechnen. Ein kleiner Vorteil könnten die Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat darstellen. Derzeit nicht einzuschätzen sind unser neuer Bundesgesundheitsminister Gröhe und seine Bereitschaft, ein Regelwerk zu modernisieren, welches dann circa 20 Jahre Bestand haben dürfte. Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen hat durchaus ihren Stellenwert, in diesem Fall allerdings zum Vorteil der Versicherungswirtschaft und der Beihilfe.

Brauchen wir noch den „Generalisten“?

Der Ausschuss befasst sich unter anderem mit der Fragestellung, inwieweit der „Generalist“ in unserem Fach noch re-

präsentiert sein muss. In der Weiterbildungsordnung ist eine breite Ausbildung im Fach O&U nicht mehr vorgesehen, die ersten Entwürfe einer neuen Weiterbildungsordnung für einen modularen Weiterbildungsgang würden eine sehr frühe Spezialisierung in der fachärztlichen Ausbildung fördern. Offenbar steht das EU-Recht zur Ausbildung zum Allgemeinchirurgen im Gegensatz zu den Vorschlägen zur Weiterbildung der DGCH und DGOU, die beide den FA Allgemeinchirurgie im FA Viszeralchirurgie aufgehen lassen wollen. Die Diskrepanz zwischen der gelebten Realität in der Weiterbildung und den Anforderungen im Katalog besteht unverändert. Da die neue Weiterbildungsordnung zunächst verschoben worden ist, wird eine abwartende/beobachtende Haltung empfohlen. Der Ausschuss will die Konformität des „Generalisten“ mit dem EU-Recht prüfen. Weiterhin wird er ein Diskussionspapier erarbeiten, wie in der künftigen neuen WBO „generalistische“ Inhalte (insbesondere Kompetenzen in den chirurgischen Nachbardisziplinen) abgebildet werden könnten.



Daniel Frank, Düsseldorf, leitet den Ausschuss Versorgung, Qualität, Sicherheit.



Dr. Alexander Beck, Würzburg, ist stellvertretender Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität, Sicherheit.

Jahresbericht der Sektion Wirbelsäule

Dr. Christian Knop, Prof. Dr. Markus Richter, PD Dr. Frank Kandziora, Dr. Andreas Korge

Die im Jahr 2012 begonnene sehr erfolgreiche Arbeit der Sektion mit den sechs sehr aktiven Arbeitsgruppen konnte im Jahr 2013 fortgesetzt werden. Nach der zweijährigen Amtszeit als Sektionsleiter schied Christian Knop satzungsgemäß zum 31. Dezember 2013 aus diesem Amt aus. Marcus Richter wurde Sektionsleiter und Frank Kandziora stellvertretender Sektionsleiter. Stellvertreter der DGOOC bleibt weiterhin Andreas Korge. Als 2. Stellvertreter DGU wurde auf der Sektionssitzung im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober 2013 Klaus Schnake gewählt.

Die etablierte und bewährte Organisationsstruktur der Sektion wird beibehalten:

- jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf dem Jahreskongress DKOU in Berlin im Oktober
- jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf der Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) im Dezember (2014 Leipzig)
- Jahresbericht der Sektion, der für die Mitglieder im Januar des Folgejahres vorliegen sollte

Wir gehen davon aus, dass mit dieser Struktur ein vernünftiger und effektiver Austausch über die Aktivitäten der Sektion ermöglicht wird. Die zweijährlichen Treffen sollen neben dem Jahresbericht vor allem der Information aller Mitglieder dienen:

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

Die verbliebene Leitungsebene möchte Christian Knop auch an dieser Stelle ganz herzlich für seine sehr erfolgreiche und unermüdete Arbeit als Sektionsleiter in den ersten zwei Jahren nach Etablie-

rung der Sektion Wirbelsäule der DGOU danken.

Osteoporotische Frakturen

K. Schnake, T. Blattert, O. Gonschorek

Die Arbeitsgruppe „Osteoporotische Frakturen“ hat sich im Jahr 2013 viermal getroffen (Frankfurt, Rummelsberg), wobei eines der Treffen zur Klassifikations-evaluation in kleiner Runde genutzt wurde. Die von der AG entwickelte Klassifikation osteoporotischer thorakolumbaler Frakturen („OF-Klassifikation“) wurde aufgrund der noch nicht ausreichenden Reliabilität erneut überarbeitet. Parallel wurden prospektiv 130 radiologische Fälle (Röntgen, MRT, CT) von den Mitgliedern gesammelt, welche für eine neuerliche Reliabilitätsprüfung verwendet werden können. Die Arbeitsgruppe hat zudem begonnen, Therapieempfehlungen für osteoporotische Wirbelfrakturen zu erstellen. Diese sollen im nächsten Jahr finalisiert werden. Die Ergebnisse der AG wurden unter anderem auf dem DKOU, bei der DWG-Jahrestagung, beim EuroSpine-Kongress und weiteren Veranstaltungen von den Mitgliedern präsentiert. Dazu zählt auch ein publiziertes Abstract im European Spine Journal. Die Publikationen der Ergebnisse der prospektiven Fallsammlung, der OF-Klassifikation und des OF-Scores zur Therapieempfehlung sind in Vorbereitung.

Multicenterstudie Densfrakturen

O. Gonschorek, T. Vordemvenne

Im Rahmen einer retrospektiven Erfassung an acht Kliniken wurden insgesamt 204 Patienten in einem Zwei-Jahreszeitraum erfasst. Ziel der Studie war es, eine Übersicht über aktuelle Versorgungsstrategien bei Densfraktur des Älteren unter besonderer Berücksichtigung von Komplikationen und Frühmortalität zu erhalten. Die Datenerfassung ist abgeschlossen, eine Publikation – nach Beschluss der Sektion – primär in englischer Sprache ist in Vorbereitung. Aus den Ergebnissen haben sich interessante Aspekte ergeben, die im Rahmen einer

prospektiven multizentrischen Studie näher analysiert werden sollen. Die Planungen hierzu sollen in den Untergruppensitzungen Osteoporotische Frakturen erörtert werden.

Studie RASPUThINE (A 3.1)

M. Scholz, F. Kandziora

Die RASPUThINE Studie vergleicht prospektiv randomisiert die zwei häufigsten chirurgischen Behandlungsstrategien bei inkompletten Berstungsfrakturen des thorakolumbalen Übergangs (Magerl A3.1.1) ohne neurologisches Defizit. Entsprechend der Fallzahlkalkulation, basierend auf den Daten der A3.1.1 Pilot-Studie (BGU Frankfurt), müssen 123 Patienten in jedem Studienarm eingeschlossen werden. Erfreulicherweise haben die unten aufgeführten 15 Kliniken die Teilnahme an der Studie zugesagt:

- PD Dr. Philipp Kobbe & Dr. Miguel Pishnamaz, Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- Dr. Walter Richter, Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Marienhaus Klinikum – Bendorf
- Prof. Dr. Michael Scherer, Abteilung Unfallchirurgie & Orthopädie, Amperkliniken AG Dachau
- Dr. Bernd Halfmann & Dr. Claus-Robin Fritzemeier, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg
- Prof. Dr. Frank Kandziora & Dr. Matti Scholz, Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt
- Prof. Dr. René Schmidt & Dr. Kai C. Täubel, Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum, Alb-Fils Kliniken – Klinik am Eichert
- Dr. Christian Müller & Dr. Sebastian Decker, Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover
- Dr. Bernhard Ullrich, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Halle
- Dr. Michael Müller & Dr. Tim Klüter, Klinik für Unfallchirurgie, Uniklini-

kum Schleswig-Holstein – Campus Kiel

- Dr. Gregor Stein, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Köln
- Prof. Dr. Christoph Josten & Dr. Jan-Sven Jarvers, Chirurgische Klinik I, Universitätsklinikum Leipzig
- Dr. Stefan Matschke & Dr. Dr. Michael Kreinest, Sektion für Wirbelsäulenchirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen
- Prof. Dr. Michael Raschke & Dr. René Hartensuer, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. Christian Knop & Waldemar Grünwald, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Stuttgart – Katharinenhospital
- Dr. Volker Zimmermann & Helmut Ekkerlein, Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie, Zentrum für Hand- und Wirbelsäulenchirurgie Klinikum Traunstein

Zur Anschubfinanzierung der Studie konnten bisher insgesamt 40.000 Euro Drittmittel über die DGOU und die Eurospine Society eingeworben werden. Zur langfristigen Sicherung der Finanzierung stehen weitere Finanzierungsanträge bis Februar 2014 zur Entscheidung bei den potenziellen Sponsoren an.

Am 3. Juni 2013 erfolgte das erste Studientreffen in Frankfurt. Es wurde das Studiendesign ausführlich besprochen und abschließend festgelegt. Das positive Votum der federführenden Landesärztekammer Hessen lag zum Zeitpunkt des Studientreffens bereits vor. Danach erfolgte die Ausarbeitung und Einreichung der Ethikanträge für die lokalen Ethikkommissionen der beteiligten Kliniken. Bisher sind 10 der 16 Ethikanträge durch die zuständige lokale Ethikkommission genehmigt worden. Somit konnte im Oktober 2013 mit der Rekrutierung der ersten Patienten begonnen werden. Aktuell sind bereits vier Patienten in die Studie eingeschlossen worden (BGU Frankfurt zwei Patienten, Universitätsklinikum Aachen ein Patient, Universitätsklinikum Münster ein Patient). Über den aktuellen Stand des Projektes wurden auf dem DKOU sowie dem Jahreskongress der Deutschen Wirbelsäulenchirurgischen Gesellschaft (DWG) im Rahmen der Sektionssitzungen berichtet.

Wirbelsäulenoperationen unter Antikoagulation

M. Quante, J. Franke, V. Bullmann

Im Jahr 2013 hat die Arbeitsgruppe das Manuskript zu den im Jahre 2011 durchgeführten Umfragen unter Wirbelsäulenchirurgen zu dem Thema Antikoagulation bei der Zeitschrift „Der Orthopäde“ eingereicht. Der Titel lautet: „Das perioperative Management von Thromboseprophylaxe und Aggregationshemmern in der Wirbelsäulenchirurgie“. Das Reviewergebnis liegt zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vor. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, eine Multicenterstudie sowohl zur Antikoagulation als auch zum Umgang mit Thrombozytenaggregationshemmern in der Wirbelsäulenchirurgie zu initiieren. Sowohl Antikoagulantien als auch Thrombozytenaggregationshemmern wird bei perioperativer Verabreichung eine Erhöhung der Blutungsinzidenz unterstellt, harte Daten hierzu fehlen aber bislang.

Das finale Studiendesign liegt vor. 31 Wirbelsäulenkliniken haben die Teilnahme an der Studie zugesagt. Der von unserer Arbeitsgruppe primär gestellte BMBF-Antrag wurde im Frühjahr 2013 leider abgelehnt. Primär war ausschlaggebend, dass es bei inhaltlich guter Bewertung keine ganz konforme inhaltliche Übereinstimmung zur Ausschreibung des BMBF gab. Bei einer neuen Ausschreibung des BMBF in der Kategorie „klinische Forschung“ wurde erneut ein Antrag zur Förderung gestellt. Das Ergebnis steht noch aus. Wir hoffen, dass die Studie im Jahre 2014 gefördert wird, so dass wir dann mit der Umsetzung beginnen können.

Therapieempfehlung „Degenerative Instabilität an der LWS“

B. Wiedenhöfer, T. Niemeyer, T. Hallbauer

In der AG „Degenerative Instabilität der LWS“ (Wiedenhöfer, Niemeyer, Hallbauer, Eichler) wurden im Laufe des Jahres die Daten weiter ausgewertet und für Publikationen vorbereitet. Zwei Publikationen sind aktuell fertiggestellt zur Einreichung in englischer Sprache.

- Is there consensus in treatment of degenerative high-grade spondylolisthesis? Results of the online-survey of the division of spine surgery of German Society of Orthopaedic and Trauma Surgery (DGOU)

- Is the degree of instability able to consolidate the floating opinions concerning the treatment algorithms of degenerative spondylolisthesis? Results of the online-survey of the division of spine surgery of German Society of Orthopaedic and Trauma Surgery (DGOU)

Weiterhin wurde bei der Jahrestagung der DWG 2012 ein Vortrag angenommen. Beim EuroSpine 2013 wurde ein Poster angenommen, das aber aus Zeitgründen nicht zugesagt werden konnte. Derzeit versuchen wir, die Fragebögen auch auf die niedergelassenen nicht operativen Orthopäden auszuweiten.

Arbeitsgruppe Tumoren und Metastasen

A. Disch, U. Liljenqvist, K. Schaser

Nach Befragung der Mitglieder der Sektion Wirbelsäule der DGOU im Jahr 2012 und Präsentation der Ergebnisse wurde, um die Aussagefähigkeit der Umfrage zu erhöhen, der Fragebogen der Wissenschafts- und Studienkommission der DWG (Deutsche Wirbelsäulengesellschaft) zur Prüfung und Zulassung zugestellt. Die entsprechende Freigabe erfolgte im April 2013. Die Umfrage konnte somit im Mai 2013 über den E-Mail-Verteiler an die Mitglieder der DWG zugestellt werden. Die Rekrutierung wurde im August beendet. Die Ergebnisse und Auswertung wurden zum Arbeitstreffen der Sektion während der DKOU vorgestellt.

Aus den zugesandten Fragebögen konnten 84 tumorversorgende wirbelsäulenchirurgische Kliniken (25 Neurochirurgie, 59 Orthopädie/Unfallchirurgie) extrahiert werden. Aus den homogen über das Bundesgebiet verteilten Einrichtungen rekrutierten sich knapp zwei Drittel aus Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung (>300 WS-Operationen per anno in circa 80 Prozent der Zentren). Knapp 70 Prozent der Beteiligten gaben an, mehr als 20 operative Eingriffe bei Wirbelsäulentumoren pro Jahr durchzuführen. Knapp drei Viertel (74 Prozent) davon behandeln auch Primärtumore. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Größe der Klinik und Anzahl der Gesamt-Wirbelsäuleneingriffe mit der Anzahl an Tumor-Eingriffen an Metastasen wie auch Primärtumoren nachgewiesen werden ($p \leq 0,05$). Bei den Primärtumoren bilden benigne Läsionen den Hauptanteil

der operativ zu versorgenden Entitäten, gefolgt von Sarkomen und Chordomen. Intradurale Entitäten werden von 31 Prozent der Einrichtungen behandelt, und diese machen ca. 26 Prozent aller Primärtumoren in diesen Zentren aus. Die Diagnosefindung wird mehrheitlich (60 Prozent) durch eine offene chirurgische Biopsie erbracht. Die Organisation der chirurgischen Kliniken in einem interdisziplinären Tumorzentrum wird von 76 Prozent der Befragten angegeben. Hier sind entsprechend der Angaben in über 90 Prozent Pathologie, Onkologie, Radiologie und Strahlentherapie mitvertreten. Die Indikation zur Operation wird in 90 Prozent interdisziplinär getroffen. Die daraus resultierenden Operationen sind mit überwiegender Mehrheit palliative Interventionen. Der Anteil perkutaner Eingriffe von einem Viertel der Operationen ist sicher durch den weiterhin bestehenden Stellenwert der Zementaugmentationen erklärlich. Neben der Indikation zur Operation wird auch in 77 Prozent der Fälle der adjuvante oder neoadjuvante Einsatz einer Chemotherapie durch das Tumorzentrum empfohlen. Eine standardisierte postoperative Radiotherapie, die auch einen signifikanten Zusammenhang mit der Größe der behandelnden Klinik zeigte ($p \leq 0,05$), wird in drei Vierteln der Eingriffe angeschlossen.

Zusammenfassend zeigt die Umfrage, dass trotz der hohen Eingriffszahlen an der Wirbelsäule einzelner Kliniken eine relativ geringe Frequenz von Tumoreingriffen und auch Primärtumoren resul-

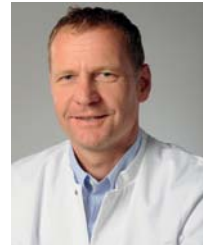
tiert und sich die Frage nach einer weiteren Zentralisierung zur Verbesserung des Outcomes stellt. Obwohl mehrheitlich in einem Tumorzentrum organisiert, ist die interdisziplinäre Entscheidungsfindung wie auch die Nachbestrahlung unter den Befragten weiterhin nicht die Regel. Eine entsprechende Publikation ist in Vorbereitung.

Als multizentrisches Projekt wurde zur Sitzung im Rahmen des DKOU die „sekundäre Immundepression bei tumorbedingten Querschnittslähmungen“ vorgestellt. Im Rahmen einer Pilotstudie am Centrum für Muskeloskeletale Chirurgie der Charité in Berlin konnte eine systemische Immundepression bei entsprechenden Patienten nachgewiesen werden. Aufgrund der bislang kleinen und inhomogenen Patientengruppe erfolgte die Anfrage an die Mitglieder der Sektion zur Teilnahme. Nach den bislang erfolgten Zusagen wird der Einschluss erster Patienten wie ein außerordentliches Studientreffen der Arbeitsgruppe im ersten Quartal 2014 geplant.

Mit den nun zum dritten Mal durchgeführten „Charité Spine Tumor Days“ vom 30. Mai bis 1. Juni 2013 in Berlin ist es unter anderem durch Mithilfe der Mitglieder der Arbeitsgruppe wieder erfolgreich gelungen, ein international anerkanntes Podium für das Thema der Wirbelsäulentumore zu schaffen und enge Kontakte mit Kollegen aus der ganzen Welt zu knüpfen. Die „4th Charité Spine Tumor Days“ sind für das Frühjahr 2015 geplant.



Dr. Christian Knop, Stuttgart, war bis zum Ende 2013 Sektionsleiter.



Prof. Dr. Markus Richter, Wiesbaden, ist neuer Leiter der Sektion.



PD Dr. Frank Kandziora, Frankfurt/Main, ist stellvertretender Sektionsleiter.



Dr. Andreas Korge, München, ist 2. Stellvertreter.

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Angelova, Kalina · Karlsruhe
Aschhab, Maan MD · Göttingen
Bakai, Andaas Dr. med. · Hof
Baltzis, Dimitrios · Kriegsfeld
Böttcher, Annika Else Erika · Münster
Cedl, Thorsten Dr. med. · Regensburg
de Bont, Florence · Aachen
Ehnert, Markus · Frankfurt am Main
Emetike, Fouzi · Bielefeld
Fromm, Jochen Dr. med. · Stuttgart
Hajnovic, Ludovit Mu Dr. · Chemnitz
Hamurcu, Ahmet · Hamburg
Heintel, Timo Michael Dr. med. · Würzburg
Heydenreich, Bernd Dr. med. · Köln
Högel, Florian Wolfgang Priv. Doz. Dr. med. · München
Hunold, Anna · Berlin

Inglis, Dennis Dr. med. · Frankfurt am Main
Jaschke, Carolin · Halle/Saale
Klauke, Patrick · Oldenburg
Kluge, Wolfram Priv. Doz. Dr. med. · Weimar
Krüger, Christian Dr. med. · Rostock
Lefeber, Marcus Dipl.Ing. · Berlin
Losonc, Csaba · Bonn
Martin, Mathias Dr. med. · Leipzig
Mauerer, Josef · Schwandorf
Mayr, Eckart Prof. Dr. med. · Celle
Meyer, Philip · Hamburg
Nordhausen, Dirk · Aurich
Nowotny, Jörg Dr. med. · Dresden
Oberbandscheid, Janco Dr. med. · Magdeburg
Oppelt, Konrad Dr. med. · Nürnberg
Porten, Stefan Dr. med. · Köln

Rast, Christoph · Stuttgart
Rebele, Thomas · Horgenzell
Schatz, Normen · Freiburg - Opfingen
Schön, Ulrich Dr. med. · Alfeld (Leine)
Schwarz, Timo Dr. med. · München
Slaveykov, Slaven · Borken
Stobbe, Heidi Dr. med. · Hameln
Strasser, Jörg Dr. med. · Hamburg
Szalai, Karoly · Mülheim an der Ruhr
Vogler, Wolfgang Dr. med. · Berlin
Wallstabe, Steffen Dr. med. · Lübz
Winter, Isabel Dr. med. · Regensburg
Ying, Shaobin Dr. med. · Köln
Zappi, Johannes · Frankfurt am Main
Zeitner, Etzel-Marco Dr. med. · München



Foto: Ehrhardt-Joswig

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard vor der Messe Süd, wo 2013 unter dem Motto „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ der DKOU stattfand

„Menschen bewegen – Erfolge erleben“

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Das Motto des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 war von den drei Kongresspräsidenten gut gewählt. Es versinnbildlichte nicht nur die Kongressinhalte, es schwebte im vergangenen Jahr auch über allen Aktivitäten der DGOOC, der DGU, der DGOU und des BVOU. Augenfälliger Ausdruck der Bewegung unter den vier Gesellschaften war der Umzug in die gemeinsame Geschäftsstelle im Tiergarten-Tower. DGOOC und DGU mussten sich aus dem Langenbeck-Virchow-Haus bewegen und der BVOU aus der Kantstraße. Der Umzug war überfällig. Die Mitarbeiter/innen von DGOOC und DGU und damit auch der DGOU mussten sich schon seit geraumer Zeit im Langenbeck-Virchow-Haus auf kleiner Fläche unter nicht mehr akzeptablen Bedingungen zusammendrängen. Aber man hat sich nicht nur rein räumlich bewegt, bewegt hat sich vor allem die Einstellung der Fachgesellschaften und des BVOU zueinander. O&U unter einem Dach – das wäre vor Jahresfrist kaum denkbar gewesen. Hier ist nicht nur Pragmatismus im Spiel, sondern viel-

mehr auch geistige Bewegung als wichtiger Schritt in die gemeinsame Zukunft.

Fünf Jahre DGOU

Diese Zukunft hat bereits begonnen. Fast unbemerkt hat die DGOU im Juli 2013 ihr fünfjähriges Jubiläum gefeiert. Wie fällt die Bilanz für DGOOC und DGU aus?

Durch den Zusammenschluss ist die Orthopädie und Unfallchirurgie zum größten Fach im Gebiet Chirurgie geworden. Die DGOU ist weit mehr als die Summe zweier Teile. Das ist nicht nur am Kongress zu erkennen, sondern an vielen Aktivitäten, die erst durch die DGOU bewegt werden konnten. O&U ist ein „Branding“, das auch auf politischer Ebene zählt und bei zahlreichen Institutionen wie der ärztlichen Selbstverwaltung, den Kostenträgern und den Industriepartnern angekommen ist. Erst durch die Vereinigung wird die Orthopädie und Unfallchirurgie als wertvoller Partner wahrgenommen, geschätzt und in Aktivitäten eingebunden. Und sogar im internationalen Be-

reich ist die DGOU als Marke anerkannt. Beim Kongress der Chinese Orthopaedic Association (COA) 2013 in Peking, der gleichzeitig mit der World Orthopaedic Alliance (WOA) veranstaltet wurde, wurde die DGOU gleichrangig mit der American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) aufgeführt (Abbildung). Ein Erfolg, der den Kongresspräsidenten des vergangenen Jahres und Wolfhart Puhl zuschreiben ist: „Who the devil ist DGOU?“ – diese Frage aus dem Munde eines amerikanischen Repräsentanten werden wir in Zukunft nicht mehr hören, denn die DGOU ist jenseits des Atlantik angekommen.

Der DKOU – ein Erfolgsmodell

Jede Gesellschaft für sich ist satzungsgemäß zur Veranstaltung eines Jahreskongresses verpflichtet. Dass der DKOU inzwischen zum größten Kongress seiner Art in Europa geworden ist, hat sich herumgesprochen. Mit annähernd 12.000 Teilnehmern gelingt es dem Kongress, einen Großteil der Mitglieder aus DGOOC und

DGU als auch vom BVOU zur Kongress- teilnahme zu bewegen. Der Kongressprä- sident der DGOOC, Prof. Bernd Kladny, hat bewusst das Thema der konservativen Or- thopädie und Unfallchirurgie in das Kon- gressgeschehen eingebracht. Seit zuneh- mend über DRG-getriggerte Anstiege von Operationszahlen diskutiert wird, wird auch Kostenträgern und nicht zuletzt Po- litikern klar, dass es gilt, die konservative Therapie finanziell besser auszustatten. Dafür hat die DGOOC eine ganze Reihe von Initiativen auf den Weg gebracht:

Versorgungsatlas

Den immer wieder vorgebrachten Pos- tulaten hinsichtlich einer Überversor- gung auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie ist die DGOOC durch das Projekt „Versorgungsatlas“ nachge- gangen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahlen der Hüftgelenks- und Kniege- lenksendoprothetik seit 2010 zurück- gehen. Besonders interessant war, dass in Bereichen mit einer größeren Zahl von niedergelassenen Orthopäden auch weniger operiert wurde. Die DGOOC konnte damit sowohl den Vorhaltungen hinsichtlich eines anhaltenden Anstiegs der Operationszahlen als auch die Be- deutung der ambulanten ortsspezifisch orthopädisch-unfallchirurgischen Ver- sorgung hervorheben.

Spezielle Aspekte der Kniegelenks- endoprothetik wurden in einer Kooperati- on mit der Bertelsmann-Stiftung unter dem Thema „Faktencheck Gesundheit – Kniegelenksendoprothetik!“ bearbei- tet. Dieses inzwischen im Internet ver- öffentlichte Projekt gibt dem Patienten die Möglichkeit, sich über die regionale Häufigkeit von Kniegelenksoperationen, unter anderem auch der Arthroskopie, zu informieren.

Der Information des Patienten will die DGOOC mit weiteren Projekten beson- dere Aufmerksamkeit zukommen lassen. So wurde das Projekt „Evidenzbasierte Patienteninformation“ angestoßen. In den USA hat sich nämlich gezeigt, dass die Indikation und Ergebnisse jeglicher Behandlungsmaßnahmen in Orthopädie und Unfallchirurgie vor allem von einer individualisierten Patientenaufklärung abhängig sind.

Ein besonderes Augenmerk des Versorgungsatlas' gilt derzeit den Wir-

belsäulenoperationen. Dass die Anstiege allein mit der demografischen Entwick- lung und dem technologischen Fort- schritt nicht zu vereinbaren sind, hat auch die Deutsche Gesellschaft für Neu- rochirurgie in einem offiziellen Papier dargestellt. Ökonomische Fehlanreize sind in diesem Bereich nicht auszuschlie- ßen. Insofern wird die DGOOC die Zahlen der Wirbelsäulenchirurgie aktualisie- ren und daraus ein Konzept für Versor- gungsmodelle entwickeln. Dazu gehört abermals die Betonung alternativer kon- servativer orthopädischer Behandlungs- möglichkeiten.

Versorgungsforschung als Schwerpunkt

Dass die neue Regierung die ständig an- wachsenden Kosten im Gesundheitswe- sen einzugrenzen versucht, dürfte klar sein. Den häufig vorgebrachten pauschalen Vorwürfen an Orthopädie und Un- fallchirurgie hinsichtlich einer Überversor- gung kann nur durch eine wirksame Versorgungsforschung begegnet werden. Die DGOOC ist durch den Versorgungsat- las seit längerem unterwegs. Zahlreiche weitere Projekte greifen dieses Thema auf. Von der DGOOC initiiert wurde das Netzwerk „Registerforschung“ unter der Leitung von Frau Kostuj. Dieses wurde sinnvollerweise inzwischen in ein Projekt der DGOU umgewandelt, um die zahl- reichen Ansätze zur Registerforschung zu harmonisieren. Dass dies Sinn macht, zeigt der Koalitionsvertrag von CDU und SPD. Dort wird der Datenerfassung im Gesundheitswesen besondere Aufmerk- samkeit gewidmet. In der Regel geschieht dies unter dem Überthema Qualität und Sicherheit. In diesem Zusammenhang soll vor allen Dingen die Qualitätsbeurteilung durch die Erfassung von Routedaten (QSR-Daten) speziell befördert werden. Man muss sich aber darüber im Klaren sein, dass eine solche Qualitätsbeurteilung in der Regel einem ökonomischen Ansatz folgt: Mindere Qualität soll von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Weiterentwicklung von QSR-Daten

Die AOK hat als erste den Einstieg in die Qualitätsbeurteilung von Krankenhaus- abteilungen durch Routedaten ge- macht. Der sogenannte „AOK-Kranken- hausnavigator“ ist allerdings nicht un- umstritten. Dies hat auch die DGOOC er- kannt und sich mit einer Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der AOK in die

Weiterentwicklung der QSR-Daten ein- gebracht. Hier gilt es, die medizinische Kompetenz zu nutzen, um die ursprüng- lich ausschließlich für die Abrechnung verwendeten Daten auch für medizini- sche Belange interpretierbar zu machen. Für die Hüft- und Kniegelenksendopro- thetik wurde im Jahr 2013 eine Neu- bewertung vorgenommen, die voraus- sichtlich im Jahr 2014 umgesetzt werden kann. Derzeit laufende Klagen gegen den AOK-Navigator (siehe Heft 6/2013) dür- fen an diesen Aktivitäten nichts ändern, denn laut Koalitionsvertrag ist eher mit einer stärkeren Bewertung von Routine- daten zu rechnen. Die DGOOC begrüßt grundsätzlich diese Systematik, da sie den Arzt von unnützer Bürokratie be- freit. Allerdings ist die Transparenz der Daten für die DGOOC unverzichtbar.

Endoprothesenregister und -zentren

Dass die DGOOC auf dem Gebiet der Qua- litätssicherung im Interesse des Patien- ten gut unterwegs ist, zeigt sich durch die Aktivitäten zur Endoprothetik. Das En- doprothesenregister hat seine „Roll out- Phase“ seit dem 1. Juli 2013 erfolgreich hinter sich gebracht und ging am 1. Janu- ar 2014 an den Start. Hier zeigt sich be- sonders, wie wichtig die Wahrnehmung der Fachgesellschaften durch die Politik geworden ist. Das Endoprothesenregister wurde vom Bundesministerium für Ge- sundheit auch finanziell unterstützt und ist nun sogar im Koalitionsvertrag festge- schrieben: Es sollen nämlich Implantate- register unter Verwendung bestehender Register (EPRD) eingerichtet werden, und die Datenlieferung wird verpflichtend. Damit werden die Initiative der DGOOC und der außergewöhnliche persönliche Einsatz von Joachim Hassenflug und sämtlicher Beteiligter von Kostenträgern und Industriepartnern nachträglich be- lohnt. Damit kommen aber auch beson- dere Anforderungen auf die DGOOC und das EPRD zu. Gilt es doch, das Verfahren schnellstmöglich in der Breite umzuset- zen und die entsprechenden Auswer- tungsgremien aufzubauen.

Die verpflichtende Datenlieferung für Endoprothesenregister wird sicher auch die Einrichtung von weiteren Endopro- thesenzentren (EndoCert) befördern. Seit der Erstzulassung von 27 Kliniken beim DKOU 2012 wurden zahlreiche andere Kliniken zertifiziert, andere stehen in den Startlöchern. Anfragen gibt es sogar

Aus den Verbänden

aus dem Ausland, weil diese Initiative als Musterbeispiel für eine sinnvolle Strukturentwicklung angesehen wird. Unter der Leitung von Holger Haas ist damit ein weiteres wichtiges qualitätssicherndes Strukturelement der DGOOC entstanden. Auch hier gilt es im Jahr 2014, für eine schnellstmögliche Umsetzung des Konzeptes in der Breite zu sorgen. Dazu gehören vor allem auch Verhandlungen mit der DGU über die Einbindung eines „Traumamoduls“. Darüber hinaus wird sich die DGOOC den Anforderungen an einen erhöhten Personalbedarf für diese beiden Strukturelemente stellen müssen.

Europa vor der Tür

Dass Endoprothesenregister und Endoprothesenzentren ebenso wie Traumaregister und Traumazentren der DGU in unseren Nachbarländern auf Interesse gestoßen sind, zeigt abermals: Nur mit der Gemeinsamkeit von O&U ist grenzüberschreitende Aufmerksamkeit zu erregen. Beide Fachgesellschaften sind gewillt, dies zu nutzen. Nicht zuletzt werden jährlich zum Kongress zwei Partnerländer, größtenteils aus Europa, zur Vertiefung der internationalen, insbeson-

dere intereuropäischen Zusammenarbeit ausgewählt. Dass die Präsenz von Orthopädie und Unfallchirurgie im europäischen Raum zunehmend von Bedeutung sein wird, zeigen Initiativen zur Normierung von Gesundheitsberufen (siehe Seite 29), die die Versorgungsstrukturen in Deutschland erheblich beeinflussen können. Noch sind Orthopädie und Unfallchirurgie in Europa nicht gemeinsam und nicht wirksam genug vertreten. In der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) gibt es zwar drei Vertreter in der General Assembly (DGOOC, DGU und BVOU), von denen allerdings entsprechend den Regularien nur zwei stimmberechtigt sind. Dies gilt es ebenso zu verändern wie die Vertretung im europäischen Facharztverband UEMS (European Union of Medical Specialists), bei dem die Orthopäden in der Sektion Orthopädie und die Unfallchirurgen in der Sektion Chirurgie vertreten sind. Es ist zu erwarten, dass durch europäische Regelungen sehr viel mehr Einfluss auf die Versorgungsstrukturen genommen werden kann, als dies derzeit auch nur angedacht werden kann. Dies gilt sogar für die Weiterbildungsstrukturen.

Weiterbildung als Baustelle

Es war ein ambitionierter Versuch – eigentlich sollte die neue Weiterbildungsordnung beim Ärztetag 2013 diskutiert werden. Aber es war zu erwarten: Die Auswirkungen der Neuordnung von Kompetenzleveln haben sich als schwierig herausgestellt. Nun ist die Befassung mit der Weiterbildungsordnung in das Jahr 2015 oder sogar 2016 verschoben. Jetzt sind die Landesärztekammern gefragt und müssen die Neuerungen bewerten. Die von der DGOU in einem Kraftakt Anfang 2013 erstellte neue Weiterbildungsordnung des Faches liegt bedauerlicherweise auf Eis. Allerdings nicht ohne eine regelmäßige Beobachtung aller laufenden Aktivitäten. Dafür ist die gemeinsame Sitzung mit den sogenannten „kammeraktiven Mitgliedern“ aus DGOOC, DGU und BVOU von besonderem Wert. So ist es eben: O&U ist mehr als die Summe seiner Teile: Gemeinsam etwas bewegen – heißt Erfolge erleben.

*Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär der DGOOC und in diesem
Jahr auch der DGOU*

Neue Mitglieder

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

Arnold, Christopher · Düsseldorf

Breil-Wirth, Andreas · Willich

Comont, Daniela · Idar-Oberstein

Hierl, Dr. med. Katja · München

Irlenbusch, Bernd · Schalksmühle

Kolvenbach, Dr. med. Carl · Neuss

Kowalski, Dr. med. Roger · Berlin

Mallwitz, Dr. med. Joachim · Seevetal

Marnitz, Dr. med. Ulf · Berlin

Masoud, Dr. med. Basel · Heilbronn

Rupp, Joachim · Plettenberg

Wir haben viel vor!

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie ganz herzlich als Generalsekretär der DGU und als stellvertretender Generalsekretär der DGOU und wünsche Ihnen ein erfolgreiches Jahr 2014. Ich übernehme das Amt von meinem Vorgänger Hartmut Siebert sehr gerne, da „das Feld gut bestellt“ ist. Auf diesem Feld hat er in seiner achtjährigen Amtszeit große Fußstapfen hinterlassen, viel bewegt und für die Fachgesellschaften manch neue Scholle erschlossen und erfolgreich bewirtschaftet. Dafür an dieser Stelle nochmals mein herzlicher Dank – auch und ganz besonders im Namen unserer Mitglieder!

Das Profil des Amtes eines Generalsekretärs unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist vielfältig und umfangreich. Die Aufgaben sind arbeitsreich, zeitintensiv und verantwortungsvoll. Der Generalsekretär ist Manager, an vielen Stellen Teamleiter und Koordinator, Impulsgeber, und irgendwo – im Zweifelsfall – „Mädchen für Alles“. Wie lässt sich diese Aufgabenvielfalt in Nebentätigkeit mit der Leitung einer großen Klinik in verantwortlicher klinischer und Managementposition verbinden? Der besondere Wunsch der Fachgesellschaften war es jedenfalls, dass „Es“ ein beruflich Tätiger übernimmt. Die Vorbereitungen dazu sind sowohl im persönlichen wie auch im beruflichen Umfeld erfolgreich abgeschlossen. Letztlich handelt es sich in dieser ausgeprägten Form um das Betreten von Neuland, wobei ich die Entwicklungen selber besonders kritisch analysieren werde. Für Anregungen und konstruktive Kritik bin ich jederzeit offen und ausgesprochen dankbar.

Für eine erfolgreiche Arbeit sind neben Einsatzbereitschaft, Disziplin und einem hohen persönlichen Organisationsgrad eine Vielzahl von Einflussfaktoren und Umfeldbedingungen entscheidend, die man selber nicht alle und nicht immer beeinflussen kann. Es wird sicher Vieles zu delegieren sein und eine sehr arbeitsteilige, teamorientierte und vor allem vertrauensvolle Arbeitsweise vorherr-

schen müssen. Dies in enger Zusammenarbeit mit allen Gremien und Organen unserer Fachgesellschaften und Berufsverbände.

DGU, DGOU, BVOU

Ich fasse diese Punkte bewusst zusammen. Der DGU-Generalsekretär ist in erster Linie der DGU, deren Anliegen und deren Mitgliedern verpflichtet. Er ist aber auch in Personalunion stellvertretender oder alternierender Generalsekretär der DGOU. Trotz mancher noch bestehender Reibungen im Zusammenwachsen von O&U – vor allem an den Universitäten – ist der eingeschlagene Weg richtig und unumkehrbar. In Anlehnung an ein berühmtes Zitat von Hans-Dietrich Genscher möchte ich abwandeln: Die DGOU ist unsere Zukunft – sonst haben wir keine. Dies allerdings unter Beibehaltung und gegenseitiger Achtung und Förderung der fachspezifischen Besonderheiten und Schwerpunkte.

Die Fachgesellschaften müssen sich hierbei auf Kernaufgaben der Förderung der Wissenschaft, der Lehre, der Weiterbildung, der Leitlinienerstellung sowie der qualitativen Patientenversorgung und Prävention fokussieren und an der Schnittstelle zur Berufspolitik sehr eng mit dem BVOU zusammenarbeiten. Dieser muss sich wiederum verstärkt und zunehmend auch Belangen und Problemen der Kliniken und der klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen öffnen.

Wissenschaft und Internationalisierung

Die Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren ein System zur „Anschubfinanzierung“ von Forschungsprojekten auf den Weg gebracht. Ausbau und Förderung lokaler Forschungsschwerpunkte, der Netzwerkforschung, der Registerforschung und der Versorgungsforschung sowie die stärkere Integration der Grundlagenforschung in klinische Fragestellungen stehen an.

Viele Projekte und Fragestellungen werden bereits heute grenzüberschreitend



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Ärztlicher Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie der BGU Frankfurt am Main, ist neuer Generalsekretär der DGU.

bearbeitet. Eine stärkere Internationalisierung steht auch im europäischen Rahmen zukünftig an. Die Gründung des Referats Internationale Angelegenheiten der DGOU in 2013 trägt diesen Umständen Rechnung und unterstützt kontinuierlich die Präsidenten und Entscheidungsträger.

DGU, DGOOC und DGOU werden als Fachgesellschaften auch international wahrgenommen und genießen eine hohe Wertschätzung. Dies drückt sich nicht zuletzt durch die anlässlich des DKOU 2013 getätigte „Berlin Declaration“ mit der Chinese Orthopaedic Association (COA) und der World Orthopaedic Alliance (WOA) aus. Internationale Sitzungen und Key-Note-Lectures sind inzwischen fester Bestandteil des jährlichen DKOU.

Projekte/Initiativen

Bereits erfolgreiche Projekte wie das TraumaNetzwerk DGU® und EndoCert müssen von den Fachgesellschaften weiterent-

„Die Arbeit muss Spaß machen. Dann wächst man in fast jede Aufgabe hinein.“

Hans-Dietrich Genscher

wickelt werden – unter dem Dach der DGOU. Auch hier muss ein „DGOU-Spirit“ und ein Selbstverständnis: „Das sind doch wir“ entstehen! Berechtigte Interessen, die die spezielle Unfallchirurgie und die spezielle Orthopädie betreffen, sind zu berücksichtigen und mit Augenmaß – wo möglich – anzupassen. Eine „Lagerbildung“ ist kontraproduktiv in der Innen- wie in der Außenwirkung. Dies gilt auch für weiter anstehende Projekte (Netzwerk Registerforschung, Alterstraumazentren und ähnliche).

Es handelt sich hierbei um gesundheitspolitisch weithin beachtete „Leuchtturmprojekte“, die auch gegenüber den Kostenträgern durch Qualitätsinitiative und -sicherung Überzeugungskraft besitzen. Beispielsweise bietet sich eine engere und synergistische Zusammenarbeit der DGU mit der DGUV an den Schnittstellen TraumaNetzwerk DGU® und neue stationäre Heilverfahren der DGUV (speziell SAV) zwanglos an.

Nachwuchsarbeit

Die anstehende Novellierung der Musterweiterbildungsordnung, die Nachwuchsgewinnung und die Förderung einer strukturierten, qualitätsgesicherten Weiterbildung werden unsere Gremien in den nächsten Jahren stark in Anspruch nehmen. Dies betrifft besonders den

Ausschuss Bildung und Nachwuchs sowie die „Jungen Foren und Youngsters“, die sich in vorbildlicher Weise aktiv einbringen und im wahrsten Sinne des Wortes Zukunft gestalten. Workshops wie „Finanzierung der Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ (2013) oder „Bedarfsplanung“ (2014) flankieren diese Aktivitäten zunehmend auch öffentlichkeitswirksam.

Patientensicherheit

Alle unsere Bemühungen und Anstrengungen sind kein „Selbstzweck“, sondern dienen letztlich der qualitativen Patientenversorgung, der Prävention und der Patientensicherheit. Insbesondere die Prävention und Behandlung nosokomialer Infektionen und die Implantatsicherheit werden die AG Septische und Rekonstruktive Chirurgie, die Sektion Prävention und die AG Implantatsicherheit fordern. Ein sinnvoller „Schulterschluss“ mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) wird durch die dortige Vorstandstätigkeit unseres früheren Generalsekretärs Hartmut Siebert sicher erleichtert.

Zusammengefasst ergibt sich somit eine sicher unvollständige Auflistung einer Vielzahl von Projekten, die ein Generalsekretär – bzw. die Generalsekretäre im Team – zu begleiten, zu ordnen und letztlich zu managen und zu verantwor-

ten hat. Zu nennen wären beispielsweise noch die mannigfaltigen Schnittstellen zu benachbarten Fachgesellschaften, das Projekt „Einheit der Chirurgie“ und die Kontaktpflege zu Politik, Kostenträgern und Ärztekammern. Eine vollständige Darstellung würde diesen gegebenen Rahmen allerdings sprengen.

Dies alles kann nur in sehr enger, arbeitsteiliger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit allen Verantwortungsträgern und „Aktivposten“ unserer Fachgesellschaften und Berufsverbände gelingen. Ich vertraue und freue mich darauf. Besonders bedanken möchte ich mich bei Fritz Niethard, den ich als verantwortungsvollen, kompetenten und verlässlichen Freund, Partner und Mitstreiter sehr schätze. Dank gilt auch den Präsidenten und den Vorständen unserer Fachgesellschaften für ihr Vertrauen und für ihre Unterstützung. Ganz besonderer Dank gebührt unseren Geschäftsstellen für ihre geduldige Zuarbeit, ihr Verständnis und ihr großes Engagement für „den Neuen“. Und nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meiner Klinik, bei unserem Klinikumsvorstand und beim KUV – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung für ihre Unterstützung und ihr Verständnis bedanken.

Herzlichst

Ihr



Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2015 bis 2017 gesucht!

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

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

Ich möchte Sie hiermit dazu aufrufen, dem Präsidium Kandidaten für den Nichtständigen Beirat vorzuschlagen. Der Nichtständige Beirat ist vornehmlich die Vertretung der Jüngeren, Nichtselbstständigen, was jedoch nicht ausschließt, dass auch selbstständige Mitglieder in den Beirat gewählt werden können. Die insgesamt zwölf Mitglieder des Nichtständigen Beirats haben im Präsidium der DGU Sitz und Stimme.

Ende 2014 läuft die Amtszeit folgender Mitglieder des Nichtständigen Beirats aus:

- Dr. Lutz Mahlke, Paderborn
- Dr. Thomas Paffrath, Köln
- Prof. Dr. Klaus-Dieter Schaser, Berlin

Für diese drei Kollegen müssen dem Präsidium Kandidatinnen oder Kandidaten

für die Amtszeit 2015 bis 2017 vorgeschlagen werden. Das Präsidium wählt daraus sechs aus, die der Mitgliederversammlung beim DKOU 2014 in Berlin zur Wahl vorgeschlagen werden.

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

Senden Sie uns bitte per Mail, Fax oder per Post Ihre Vorschläge bis zum **31. März 2014** zu. Vielen Dank!

Mit bestem Gruß
Ihr



DGU-GESCHÄFTSSTELLE

Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Fax: (0 30) 340 60 36 21
office@dgu-online.de



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie



Fotos: Leopold

Gemeinsam Gutes bewegen

20 Jahre TraumaRegister DGU®

Elke Leopold, Heiko Trentzsch, Ulrike Nienaber, Stefan Huber-Wagner, Rolf Lefering, Gerrit Matthes, Christoph Wölfel, Thomas Paffrath, Sascha Flohé

Das TraumaRegister DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) feierte 2013 sein 20-jähriges Bestehen. Das Jubiläum wurde auf dem 3. Jahreskongress der Sektion Notfall- und Intensivmedizin, Schwerverletztenversorgung der DGU (Sektion NIS) gewürdigt, der am 6. September dieses Jahres im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München stattfand.

In seinem Grußwort erklärte Prof. Reinhard Hoffmann, Präsident der DGU, die Sektion NIS zu einer „der wichtigsten und aktivsten Sektionen der DGU mit großer Außenwirkung“ und zur „Leuchtturmsektion“ für die Fachgesellschaft. Gleichwohl dankte er der NIS für die geleistete Arbeit, „die für das Selbstverständnis der DGU und der deutschen Unfallchirurgie wesensbildend, aber auch verpflichtend ist“.

Die Sektion NIS ging 2007 aus den Arbeitsgemeinschaften (AG) „Notfallmedizin“ und „Polytrauma“ hervor. Die AG Polytrauma hatte 1993 das TraumaRegister DGU® (TR-DGU) ins Leben gerufen. Getragen und unterstützt wird das TR-DGU heute von der Akademie der Unfallchirurgie (AUC), einer Tochtergesellschaft der DGU. Prof. Johannes Sturm, Geschäftsführer der AUC, verwies in seinen einleitenden Worten auf den „unglaublichen Wissensschatz“, der dem Register innewohnt, und sicherte die Unterstützung der AUC als Organisations- und Wissenschaftsdienstleister für das TR-DGU „mit allen Kräften“ auch weiterhin zu.

Weltweit Maßstäbe gesetzt

Das TR-DGU habe seit seiner Gründung weltweit Maßstäbe für das Qualitätsma-

nagement schwerverletzter Patienten gesetzt, sagte Dr. Thomas Paffrath, Leiter des NIS-Arbeitskreises TraumaRegister DGU. „Aus den initial fünf Kliniken wurden weit über 500 im In- und Ausland, die mittlerweile mehr als 120.000 Schwerverletzte eingeschlossen und dokumentiert haben.“ Er skizzierte beispielhaft die Entwicklung und die damit einhergehende Professionalisierung des TR-DGU. Ausgehend von einer Begeisterung für Scoring und einem selbst geschriebenen Programm zur Datenauswertung Anfang der 1990er Jahre über die erste Online-Datenerfassung 2002 und dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung, mit dem 2006 die Teilnahme am Register verpflichtend beschrieben wurde, bis zum Beginn der „echten Organisationsstruktur“ 2009: Die AUC ist Träger des Registers und die Sektion NIS die wissenschaftliche Leitung.

ZAHLEN UND FAKTEN AUS DEM JAHRESBERICHT 2013 DES TRAUMAREGISTER DGU®

Dr. Thomas Paffrath und Prof. Rolf Lefering stellten gemeinsam den Jubiläums-Jahresbericht TR-DGU 2013 inklusive Neuerungen vor. Seit diesem Jahr erscheint der Bericht erstmals auch in englischer Sprache. Als Referenzwerte werden nicht mehr der TR-DGU Gesamtumfang angegeben, sondern nur der Zeitraum der letzten zehn Jahre.

- Anzahl aktiv teilnehmender Kliniken 2012: 572 (erstmalig mit Kliniken aus Finnland und China), davon 543 aktive Kliniken in Deutschland und 27 Kliniken im Europäischen Ausland, darunter Österreich, Niederlande, Slowenien, Belgien, Luxemburg und die Schweiz. Anzahl dokumentierter Patienten im Jahr 2012: 28.805
- Insgesamt im TraumaRegister DGU® dokumentierte Patienten: 122.744
- 91 Prozent davon wurden seit der Einführung der Online-Dokumentation 2002 elektronisch erfasst.
- Im Jahr 2012 wurden 48 Prozent der Fälle mit dem Standard-Bogen und 52 Prozent mit dem QM-Bogen dokumentiert; für fast die Hälfte der Fälle des Jahres wurde demnach der umfangreichere, wissenschaftlich nutzbare „große“ Datensatz angelegt. Das mittlere Alter der Patienten ist wieder etwas gestiegen: 47,6 Jahre. Die mittlere Verletzungsschwere und der Anteil der Fälle mit ISS ≥ 16 ist erneut etwas gefallen: ISS 17,0 (ISS ≥ 16 : 48 Prozent).
- Der Einsatz des Ganzkörper-CT stagniert bei 70 Prozent.
- Mittlere Krankenhausverweildauer 16,2 Tage, auf Intensivstation 6,8 Tage. Durchschnittliche Gesamtbehandlungskosten pro Fall 14.546 Euro und 896,32 Euro/Behandlungstag.
- Die Gesamtmortalität liegt bei 10 Prozent, die Frühletalität (innerhalb der ersten 24 Stunden) wird mit 4,7 Prozent angegeben.
- Die RISC- und TRISS-Prognose ist in 2012 etwas günstiger als die tatsächlich beobachtete Mortalität (RISC erwartet: 11,7 Prozent, beobachtet 9,9; TRISS erwartet: 10,8 Prozent, beobachtet 9 Prozent). Erstmals wird im aktuellen TR-DGU Jahresbericht aber auch der neue, verbesserte RISC II ausgegeben. Hier sind erwartete Mortalität (9,7 Prozent) und beobachtete Mortalität (9,9 Prozent) dichter beieinander.

Der komplette Bericht für das Gesamtregister kann unter www.traumaregister.de heruntergeladen werden.

Im selben Jahr wuchsen TraumaNetzwerk DGU® und TR-DGU zusammen. Die Idee, das TR-DGU als Instrument der Qualitätssicherung einzusetzen, wurde nach und nach umgesetzt. Inzwischen können beteiligte Kliniken über ihren Zugang zum Online-Portal jederzeit einen Qualitätsbericht erhalten. Das Register könne heute durchaus als „Europa-Register“ bezeichnet werden, so Paffrath. Neben 572 aktiv partizipierenden Kliniken in Deutschland sind auch 34 internationale Kliniken, hauptsächlich aus dem europäischen Ausland, beteiligt, wodurch sich das TR-DGU „über die Grenzen Deutschlands hinweg etabliert“ hat.

Engagiert und zielstrebig

Was wäre ein Jubiläum, ohne dass die Protagonisten der Anfangsjahre zu Wort kämen? Ganz persönlich und mit viel Humor erinnerten sich Prof. Hans-Jörg Oestern, Prof. Christian Waydhas, Prof. Bertil Bouillon, Prof. Gerd Regel, Prof. Udo Obertacke und Dr. Roland Ing-

lis, wie sich die Anfangsjahre aus ihrer Sicht darstellten. Sie beschrieben, mit wieviel Engagement und Zielstrebigkeit gearbeitet wurde. Wie anfänglich zwischen durchaus rivalisierenden Kliniken freundschaftliche Beziehungen entstanden und damit die Erkenntnis reifte, dass man nur gemeinsam viel Gutes bewegen kann. Aber auch auf welchen Umwegen und gegen welche Widerstände, etwa technischer Natur, immer an den Zielen festgehalten wurde: das Verbessern der Polytrauma-Versorgung, das Erreichen einer Rückläufigkeit der Letalität und schließlich die Möglichkeit der Qualitätssicherung für die teilnehmenden Kliniken.

Aus europäischer Perspektive könne das Durchsetzen und „Am-Leben-Erhalten“ des TR-DGU durchaus als „große Errungenschaft“ bezeichnet werden, wie Prof. Luke Leenen vom Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht anschließend betonte. Er stellte das niederländische Register vor, das im Vergleich zu seinem „großen Bruder“ in Deutschland bisher

72.000 Patienten mit Polytrauma aufgenommen hat.

International auf Augenhöhe

Der Frage, was Register generell leisten können, ging Dr. Dirk Stengel, Leiter des Zentrums für Klinische Forschung im Unfallkrankenhaus Berlin, nach. Als ideale Instrumente, um Epidemiologie und Versorgungssituation abzubilden, ließen sich mit Registern relativ früh Sicherheitslücken aufdecken. Damit würden sie zukünftig möglicherweise als Datenquelle für Aufgaben erhalten, für die sie eigentlich gar nicht geschaffen sind – nämlich als Echtzeit- und Rohdatenquellen für verschiedene Akteure auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, sagte Stengel. Eine hohe Datenqualität sei als Voraussetzung dafür unerlässlich.

Prof. Rolf Lefering, gemeinsam mit Dr. Thomas Paffrath Leiter des NIS-Arbeitskreises TraumaRegister DGU®, brachte auf den Punkt, was das TR-DGU zu leisten vermag und wie es im internationalen Vergleich abschneidet. Obwohl das TR-DGU weder das größte Register mit der höchsten Anzahl an erfassten Schwerverletzten sei noch mit den meisten Publikationen aufwarten könne, ermögliche es viele und detaillierte Erkenntnisse vor allem über die Abläufe in der Schockraumphase. „Aus den vorhandenen Informationen der Akte schaffen es 95 Prozent ins Register. Mit dieser Datenqualität und dem Durchführen von Reaudits, die es nur in Deutschland gibt, sind wir auf Augenhöhe mit den großen Registern der Welt angekommen“, betonte Lefering.

Unter Beteiligung des TR-DGU existiert heute ein europäischer Kerndatensatz als Grundlage für ein europäisches Register. „Auch das entstehende Einsatzregister der Bundeswehr will Scores und Dokumentationsinstrumente aus dem TR-DGU nutzen“, berichtete Dr. Sebastian Hentsch vom Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz. Ziel sei ein Einsatzregister, das sowohl TR-DGU-Kriterien erfülle als auch, wie von der NATO vorgesehen, das amerikanische Joint Theatre Trauma Registry (JTTR) und das NATO-Traumaregister mit Daten versorge, so dass keine Datenlecks entstünden. Momentan erfolgen eine Validierung mit den zu erfassenden Daten sowie Testläufe mit dem amerikanischen und englischen System.

Neue Erkenntnisse diskutieren

Auch 2013 diente der Jahreskongress dazu, neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der Schwerverletztenversorgung zu diskutieren. Dr. Heiko Trentzsch vom Institut für Notfallmedizin- und Medizinmanagement (INM) am Klinikum der Universität München und Schriftführer der Sektion NIS, stellte die „TraumaPapers of the Year“ vor. Diese Auswahl der aktuellen Literatur des zurückliegenden Jahres trifft das NIS-Board anhand der von den Sektions-Mitgliedern vorgeschlagenen Papers.

In diesem Jahr wurden drei Arbeiten ausgewählt:

- Bernhard et al. aus Heidelberg untersuchten die Weiterbildungsdauer zum Erlernen der endotrachealen Intubation. Die methodisch nicht unumstrittene Studie kommt zu dem Schluss, dass eine etwa einjährige Weiterbildungszeit nötig sei und ca. 200 endotracheale Intubationen umfassen sollte. Damit steht die Arbeit im Widerspruch zu vergleichbaren Arbeiten, die mit zirka 60 bis 70 Intubationen eine vergleichbare Erfolgsrate erreichten, und bietet wegen ihrer berufspolitischen Implikationen ein hohes Potenzial für kontroverse Diskussionen um Qualifikation von Notärzten und dem neu zu definierenden Berufsbild des Notfallsanitäters.
- Eine Analyse aller sektionierten Todesfälle mit Unfallanamnese des Jahres 2010 nahmen Kleber et al. aus Berlin vor. Als Fazit stellten die Autoren fest, dass insbesondere im Bereich der Präklinik ein hohes Risiko für Ereignisse besteht, die das Leben des Patienten gefährden können. Der überwiegende Anteil von vermeidbaren Zwischenfällen wird im Zusammenhang mit den Bereichen Blutungskontrolle sowie penetrierendes Trauma gesehen. Es scheint sinnvoll, die Fort- und Weiterbildung zu diesen Themen mittels strukturierter Ausbildungskonzepte zu vertiefen.
- Die Londoner Gruppe um Lockley beschäftigte sich in ihrer Arbeit mit einem universellen Algorithmus zur Traumareanimation, der sowohl präklinisch als auch innerklinisch zum Einsatz kommen soll. Schlüsselmaßnahmen sind die frühzeitige Erwägung einer offenen Herzmassage,

insbesondere bei penetrierendem Trauma, und die zielgerichtete Beseitigung von Hypovolämie, Hypoxie und obstruktiven Schockursachen wie Spannungspneumothorax und Perikardtamponade.

Darüber hinaus wählten das NIS-Board und die Leiter des AK TraumaRegister die drei besten Originalarbeiten, die auf der Datenbasis des TR-DGU in 2012 publiziert wurden. Die Autoren stellen die Ergebnisse ihrer Forschung vor:

Dr. Henrik Wyen, Klinikum der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, analysierte das Prähospital-Zeitintervall und zeigte, in welchem Maß verschiedene präklinische Maßnahmen zur Verlängerung oder Verkürzung des seit Jahrzehnten konstanten Prähospital-Zeitintervalls beitragen. Die Studie macht deutlich, dass das Zeitfenster, in dem eine effektive Zeitersparnis stattfinden könnte, extrem schmal ist und wenig Platz für Hoffnung lässt, dass die Prähospitalzeit wesentlich verkürzt werden könnte.

Dr. Manuel Mutschler, Klinikum der Universität Witten/Herdecke in Köln-Merheim, leitet eine Arbeitsgruppe zur Verbesserung der ATLS-Schockklassifikation. Ziel ist es, eine Klassifikation zu erarbeiten, die mit einfach erfassbaren Markern nicht nur das Vorhandensein und die Schwere eines Kreislaufschocks erfasst, sondern auch die Entscheidung für oder gegen therapeutische Interventionen wie Gabe von Blutprodukten abschätzen zu können. Dafür untersuchte er anhand des TR-DGU den Wert des Base Excess. Dieser Parameter korreliert im TR-DGU sehr gut mit den Endpunkten Transfusion von mehr als einem Erythrozytenkonzentrat, Massentransfusion und Mortalität. Leider wird der Base Excess nicht in jedem Schockraum erhoben und ist auch im TR-DGU nicht für alle Fälle verfügbar.

Schließlich präsentierte PD Dr. Stefan Huber-Wagner, Klinikum rechts der Isar München, Zahlen zum Einsatz des Ganzkörper-CTs bei schwerverletzten Patienten mit Kreislaufinstabilität. Entgegen der weitverbreiteten Meinung resultiert aus der Anwendung keine Gefährdung für den Patienten, sondern es sind in der Gruppe mit moderatem oder schwerem Schock verbesserte Überlebenszahlen zu beobachten.

Strukturiertes Vorgehen vermitteln

Advanced Trauma Life Support (ATLS®), Prehospital Trauma Life Support (PHTLS®) oder TraumaManagement®? Eine differenzierte Betrachtung dieser drei Säulen der Traumausbildung lieferte Marko König, 1. Vorsitzender des Deutschen Berufsverbands Rettungsdienst und selbst PHTLS-Instruktor. „Ob international wie ATLS und PHTLS oder national mit deutlichem Fokus auf der notärztlichen Versorgung, alle haben ein gemeinsames Ziel: strukturiertes Vorgehen in der Traumaversorgung zu vermitteln“, so König. Trotz steigender Kurszahlen, etwa bei PHTLS, verwies er gleichzeitig auf die fehlende Evidenz. Dem entgegenwirken solle ein in Wiesbaden initiiertes Projekt, das die Ausbildung des dortigen Rettungspersonals mit PHTLS wissenschaftlich begleitet – im Auftrag der Krankenkassen, die 75 Prozent der Kosten tragen.

Abschließend warf Dr. Matthias Münzberg, Stellvertretender Leiter der Forschungsgruppe „Schwerverletztenversorgung“ der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, einen Blick auf das neue ATLS-Manual, das Anfang des Jahres in der neunten Version erschienen ist. Er beschäftigte sich mit der Frage nach der Vereinbarkeit der ATLS-Ausbildung mit der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung. Sein Fazit: „86 Prozent Übereinstimmung. Wer einen ATLS-Kurs absolviert, tut dies S3-Leitlinien-konform“, fasste Münzberg zusammen.

Die Teilnehmer, das Board und die Mitglieder der Sektion NIS sowie die lokalen Veranstalter der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar zeigten sich rundum zufrieden mit dem Kongress. Dies ist vor allem der aktiven Unterstützung durch die insgesamt 141 Teilnehmer und Redner aus allen namhaften Traumazentren Deutschlands zu verdanken. Die Sektion NIS lädt bereits jetzt alle „Traumabegeisterten“ zum nächsten Jahrestreffen am 12. September 2014 ein (Ort und Tagesordnung werden über die DGU-Website bekannt gegeben).

Tätigkeitsbericht der AG Becken III

Dr. Fabian Stuby

Die Arbeitsgruppe Becken III erfasst kontinuierlich prospektiv sämtliche Becken- und Azetabulumfrakturen in den aktiv teilnehmenden Kliniken (derzeit 31 Kliniken in Deutschland, drei Kliniken in Belgien, eine Klinik in Schweden und eine Klinik in Dubai) mit bisher über 10.000 eingegebenen Becken- und Azetabulumverletzungen). Durch die Analyse innerhalb der Arbeitsgruppe werden dabei ganz unterschiedliche Themengebiete bei Beckenverletzungen evaluiert und untersucht.

Bearbeitete Themengebiete

Beispielhaft seien hier die Notfallstabilisierungsmaßnahmen nach instabiler Beckenringverletzung und bei komplexen Beckenfrakturen, das Outcome der operativen versus der nichtoperativen Therapie des älteren Patienten (das heißt bei über 65-jährigen Patienten) bei Beckenringverletzungen und das Outcome nach Beckenringverletzungen im Kindesalter genannt. Ebenso werden die Langzeitergebnisse nach sogenannten „Open-Book“-Verletzungen sowie die Nervenverletzungen nach Acetabulumfrakturen untersucht. Ebenfalls im Fokus des Interesses stehen die Rehabilitation nach Azetabulum- und Beckenringverletzungen und die Arthrose nach Azetabulumfrakturen. Daten über Komplikationen nach operativ versorg-

ten Beckenringfrakturen werden ebenso ausgewertet wie Daten zu perkutanen oder navigierten Verfahrenstechniken am Becken, um wissenschaftliche Aussagen über die klinische Wertigkeit dieser Operationsmethoden zu erhalten.

Patienten über 65 Jahre nehmen zu

Bei den Frakturen des Azetabulums nimmt die Anzahl der über 65-jährigen Patienten deutlich zu, weshalb die wissenschaftliche Betrachtung dieser Patienten einen besonderen Schwerpunkt darstellt. Rekonstruktionen des Azetabulums auch in höherem Lebensalter versus primär prothetischer Versorgung ist dabei nicht nur innerhalb der Gruppe ein kontrovers diskutiertes Thema, sondern war auf dem DKOU 2012 ebenfalls eine heiß diskutierte Thematik. Ziel der wissenschaftlichen Betrachtung der Arbeitsgruppe ist es insbesondere festzustellen, welche Methode bezüglich der Langzeitergebnisse und Lebensqualität bessere Ergebnisse liefert.

MEMDoc hilft bei Analyse und Auswertung verschiedener Verfahrenstechniken

Durch die Integration eines standardisierten Nachuntersuchungsprotokolls in die Online-Datenbank MEMDoc ist es seit 2010 möglich, auch die Nachunter-

suchungsergebnisse der verschiedenen Verfahrenstechniken miteinander zu vergleichen und auszuwerten. Durch Integration von Fragebögen zur Lebensqualität (Euroqol) lassen sich nicht nur Aussagen bezüglich der Änderung der Lebensqualität machen, sondern auch Auswertungen hinsichtlich der Frage der Notwendigkeit einer sekundären Hüft-TEP-Implantation durchführen.

Neu überarbeitetes Datenmodul

Zum 1. Februar 2012 wurde ein komplett neu überarbeitetes Datenmodul unserer Beckendatei durch MEMDoc freigeschaltet. Ziel dieser neu strukturierten Version ist einerseits die Unterteilung in einen wissenschaftlichen (mit allen 378 auch bisher zur Verfügung stehenden Feldern) und einen sogenannten „Basisdatensatz“ (mit ca. 100 Feldern), andererseits soll die Eingabeoberfläche neuen, aktuellen Erfordernissen angepasst werden. Inhaltlich wurde keine Veränderung der Datensätze vorgenommen, um Informationsverluste bei den retrospektiven Fragestellungen zu verhindern. Da der Datensatz nun auch in einer englischen Version verfügbar ist, eröffnet diese neue Oberflächenversion die Möglichkeit, auch Kliniken im europäischen Umfeld in die Gruppe zu integrieren. Die Internationalisierung der Datenbank ist bereits in vollem Gange, mehrere belgische Kliniken

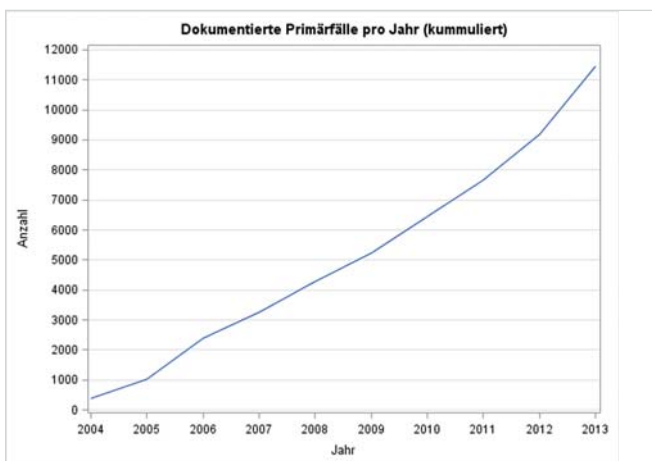


Abb. 1 Zahl der eingegebenen Becken- und Azetabulumfrakturen in der AG Becken III seit 2004

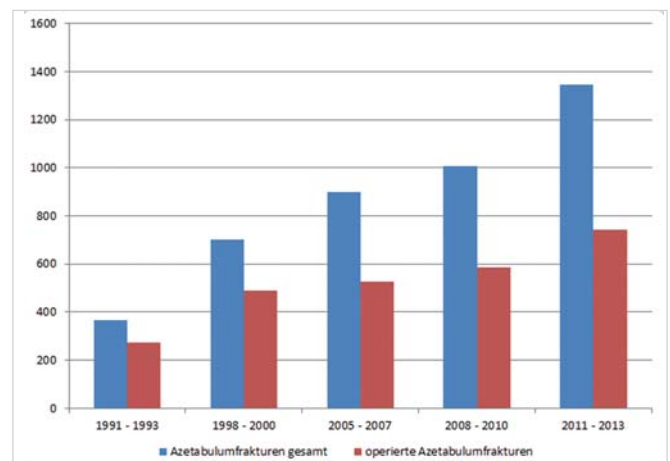


Abb. 2 Anzahl der operativ versus konservativ behandelten Azetabulumfrakturen 1991 bis 2013

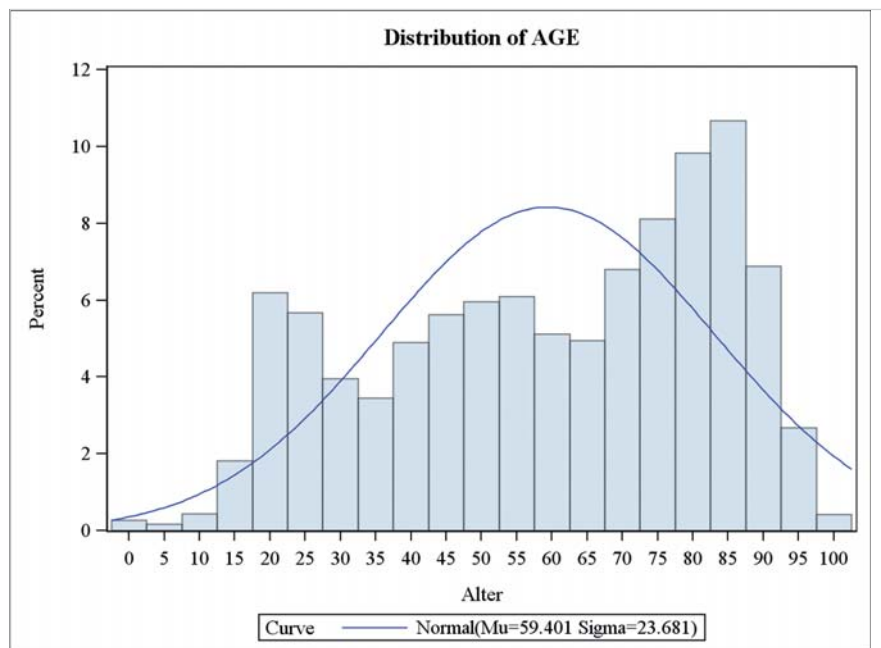


Abb. 3 Das Durchschnittsalter aller Patienten mit Becken- und Azetabulumfrakturen ist steigend. (Darstellung der Altersverteilung aller erfassten Patienten von 2004 bis 2013 mit einer Abflachung des 1. Altersgipfels bei 20 bis 25 Jahren und einer Verschiebung des 2. Altersgipfels nach rechts).

sowie ein Teilnehmer aus Skandinavien und ein Teilnehmer aus den arabischen Staaten geben bereits Patientendaten ein. Zusätzliche Anfragen aus Belgien, Großbritannien, Österreich, Frankreich und der Schweiz liegen vor, auch osteuropäische Partner haben ihr Interesse bekundet. Damit rückt das Ziel eines „europäischen bzw. internationalen Beckenregisters“ näher, ebenso aber auch die Möglichkeit für die Arbeitsgruppe, federführend europäische Fördergelder für die wissenschaftliche Auswertung zu akquirieren. Durch die offline mögliche Datenbearbeitung ist dennoch gewährleistet, dass eine länderspezifische Darstellung und Auswertung weiterhin umsetzbar ist und keine Fehleingaben oder nicht abgeschlossene Datensätze zu einer Ergebnisverfälschung führen.

Die Bereitschaft zur Dateneingabe wird auch in deutschen Kliniken durch die

Möglichkeit der Verwendung eines Basisdatensatzes voraussichtlich weiter zunehmen. So können auch die Fälle der Kliniken mit aufgenommen werden, die bisher durch die hohe Anzahl der einzugebenden Felder abgeschreckt wurden.

Verschiedene Treffen

Im Jahr 2013 hat sich die Arbeitsgruppe im März an der Universität Münster zu einer zweitägigen Sitzung getroffen. Neben den wissenschaftlichen Themen und Fragen zu Studien konnte bei diesem Treffen insbesondere auch die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder fortgeführt werden. Im Rahmen eines Kadaverlabs im anatomischen Institut wurde ein neu entwickelter ventraler Zugangsweg zum Azetabulum vom Initiator desselben demonstriert, und es bestand auch die Möglichkeit zur eigenständigen Präparation.

Im Mai im Rahmen der DGU-Präsidiums-sitzung fand auch die jährliche AG-Leitersitzung in Frankfurt statt. Hier wurden die zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen sowie das hohe Aktivitätsniveau der AG deutlich gemacht.

Ein weiteres Mitgliedertreffen fand im Juli in Hamburg statt, hier wurden dringliche juristische Fragen zur Internationalisierung der Datenbank und zu rechtlichen Aspekten der Datenerhebung erläutert. Bei einem Besuch im anatomischen Institut konnten neue spezifische anatomische Implantate und Hilfsinstrumente demonstriert und am Kadaver verwendet werden.

Wie jedes Jahr fand auch in 2013 die Mitgliederversammlung während des DKOU in Berlin in neuen Räumlichkeiten unter dadurch bedingten erschwerten akustischen Voraussetzungen statt.

Ebenso wurde auf dem Kongress durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe eine sehr gut besuchte Sitzung zum Thema „Die komplexe Beckenverletzung als Teil des Polytraumas“ abgehalten. Zum wiederholten Mal zeigte dabei die große Zuhörerschaft das zunehmende Interesse an dieser speziellen Verletzungsentität. Im Rahmen des DKOU 2014 ist ebenfalls eine eigenständige Sitzung der Arbeitsgruppe zu dem Themengebiet Becken vorgesehen.



Dr. Fabian M. Stuby leitet die AG Becken III der DGU. **Kontakt:** fstuby@bgu-tuebingen.de

Das Archiv der DGU sucht...

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Jürgen Probst

In bescheidenem Maße sammelt das Archiv der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., angesiedelt in der DGU-Geschäftsstelle in Berlin, neben den Protokollen und anderen Dokumenten auch ausgesuchte Veröffentlichungen aus der Unfallchirurgie.

Zur Vervollständigung des Archivs der DGU – das wegen Platzmangels nur einen sehr begrenzten Sammelauftrag hat – suchen wir noch folgende Zeitschriften bzw. Beihefte:

- Monatsschrift für Unfallheilkunde (Springer): Jahrgänge vor 1949 und 1988 und 2000 bis 2005

- Der Unfallchirurg (Springer): Jahrgänge 2000 bis 2005
- Archiv für Orthopädische und Unfallchirurgie bzw. Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie (Springer): Jahrgänge vor 1955 und nach 1971
- Trauma und Berufskrankheit (Springer): alle Jahrgänge
- Unfallchirurgie (Urban & Vogel): Jahrgänge 1975 bis 1999
- Beihefte zur Monatsschrift für Unfallheilkunde bzw. zu Der Unfallchirurg: mit Ausnahme der Kongressberichte 1950 bis 2002 fast alles

Sollten Sie davon etwas abgeben wollen, wären wir Ihnen für Kontaktaufnahme dankbar:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
Geschäftsstelle
Herr Dipl.-Pol. Joachim Arndt
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 20
Fax (0 30) 340 60 36 21
office@dgu-online.de



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
Generalsekretär



Prof. Dr. med. Jürgen Probst, Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Geschichte der Unfallchirurgie

Neue Mitglieder

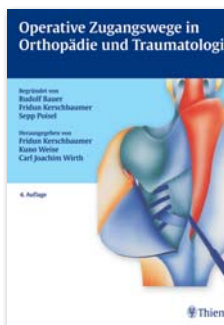
Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGU gestellt. Laut Satzung der DGU können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den OUMN) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Altenkirch, Oliver Dr. med. · Berlin
Bargello, Mathias Dr. med. · Pohlheim
Bellosevich, Alexander Dr. med. · Göttingen

Bökeler, Ulf Dr. med. · Stuttgart
Bürkner, Andreas Dr. med. · München
Dovi-Akue, David Dr. med. · Freiburg
Dreimann, Marc Dr. med. · Hamburg
Franke, Axel Priv. Doz. Dr. med. · Rengsdorf
Gronwald, Götz-Hendrik · Braunschweig
Hamsen, Uwe Dr. med. · Bochum
Heintel, Timo Michael Dr. med. · Würzburg
Kraffert, Gregor Dr. med. · Karlsruhe
Kraft, Saskia-Bo · Frankfurt/Main
Langenmair, Elia Raoul · Freiburg
Leitner, Karsten André · Giessen

Machac, Petr MUDr. · Senftenberg
Mortaga, Abd El-Kareem · Münster
Reith, Georg Dr. med. · Köln
Salber, Jochen Dr. rer. nat. · Herne
Schauer, Alexander · Berlin
Schlüter, Thomas Dr. med. · Baldham
Schwick, Bernd Christian · Mülheim
Vogelhuber, Markus · Augsburg
Vulcano, Christina Dr. med. · Ludwigsburg
Windhagen, Henning Prof. Dr. med. · Hannover
Yilmaz, Tayfun Dr. med. · Freiburg

Für Sie gelesen



Kerschbaumer · Weise · Wirth
Operative Zugangswege in Orthopädie und Traumatologie
Georg Thieme Verlag
2013, 4. Aufl., 409 Seiten,
747 Abb., 299,99 Euro

Bewährter Klassiker

Ein bewährter Klassiker mit Neuerungen im alten Gewand, das heißt, der meisterhafte Stil der aus den früheren Auflagen und auch aus der Operationslehre der Autoren bekannten Abbildungen wurde beibehalten. Neu aufgenommen wurden minimal-invasive Zugänge auch aus dem unfallchirurgischen Bereich sowie arthroskopische Standardzugänge, auch des Hüftgelenks. Vermisst habe ich eine ausführlichere Darstellung des zunehmend Verbreitung findenden OCM-Zugangs zum Hüftgelenk oder auch des AMIS-Zugangs, auch wenn es sich letztlich um (wesentliche) Modifikationen der

bekannteren Watson-Jones- bzw. Smith-Peterson-Zugänge handelt. Aber ein Buch über Zugangswege will keine Operationslehre sein, und irgendwo muss natürlich eine Grenzziehung erfolgen. Trotzdem ein tolles Werk – leider ist die hohe Qualität mit einem Preis verbunden, der erheblich über dem anderer Bücher zu dem Thema liegt.

Prof. Jobst-Henner Kühne, München



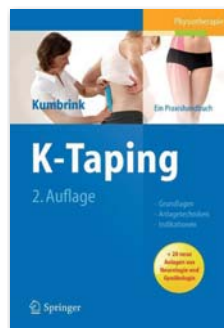
Wirth · Mutschler · Kohn · Pohlemann
Facharztprüfung Orthopädie und Unfallchirurgie
Georg Thieme Verlag,
2014, 2., überarb. Aufl.
352 Seiten, 35 Abb.
79,99 Euro

Prüfsteine des fundierten Verständnisses

Wer als Mitglied oder Vorsitzender der Prüfungskommission seine Erfahrungen „von der Seite gegenüber“ gemacht hat, weiß, welche Schwierigkeiten, Unsicherheiten, Verständigungsprobleme oder auch einfache und grundsätzliche Fragen die zur Prüfung antretenden Kollegen bewegen. Es ist nicht nur das Fachwissen selbst, sondern auch die Fähigkeit der plausiblen Erklärung von Sachverhalten, Zusammenhängen und komplexen Situationen, die den Ablauf der Prüfung bestimmen. Für das neue Fach Orthopädie und Unfallchirurgie – dessen sehr großer Umfang hier deutlich wird – kommt hinzu, dass die Weiterbildung teilweise noch mehr vom einen oder vom anderen Ursprungsfach geprägt ist. Hier erweist sich dieses Werk mit seinen 1.049 Fragen, Antworten und Erläuterungen zunächst hilfreich im Sinne der Selbstkontrolle des Wissens im Gesamtfach. Die richtigen Antworten sind eindeutig, noch wichtiger erscheinen die Erläuterun-

gen, die wie Prüfsteine des fundierten Verständnisses vom Probanden zu heben sind. Fachlich ist der Fragenkatalog ausgewogen: Je knapp ein Viertel der Autoren stellen die klassische Orthopädie, die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, ein weiteres das schon etablierte Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Einen weiteren beachtlichen Anteil haben die – insbesondere im Zusammenhang des akuten und des Polytraumas – in das Fach einstrahlenden Nachbarfächer (Neurochirurgie, Neurologie, Innere Medizin, Radiologie, Urologie, Rechts- und Versicherungsfragen und andere mehr), die so recht deutlich machen, welche Bedeutung dem Fach OU zukommt. Der Nutzen des Werkes kommt nicht nur den Facharztbewerbern, sondern auch den Prüfern und nicht zuletzt dem Fach zugute!

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Kumbink
K-Taping
Springer Verlag, 2011,
2. Aufl.
256 Seiten, 44,95 Euro

Aus der täglichen Praxis

Das vorliegende Buch vermittelt ein praxisorientiertes und umfassendes Bild über das Kinesio-Taping. Die Autorin leitet seit dem Jahr 2000 die K-Taping Academy in Dortmund. Das Buch besticht durch seine umfangreichen Bilder, auf denen die teilweise komplexen Anlagetechniken anschaulich dargestellt werden. Bei den Muskelanlagen veranschaulichen zudem anatomische Zeichnungen die Anordnung der einzelnen Muskeln. Die Entwicklung der K-Taping-Methode, deren physiologische Auswirkungen auf den Organismus werden ebenso erläutert wie vier verschiedene Anlagetechniken (Muskelanlagen, Korrekturanlagen, Ligamentanlagen und Lymphanlagen). Tipps und besondere Hinweise werden farblich hervorgehoben, in

Memo-Boxen werden Schnitttechnik, Zugstärke, Tapetyp sowie Anlagetechnik zusammengefasst. Die Behandlung verschiedener Krankheitsbilder, insbesondere aus dem orthopädisch-unfallchirurgischen Formenkreis, werden im Abschnitt „Indikationsanlagen“ dargestellt. Doch auch spezielle Anlagetechniken in der Neurologie und Gynäkologie werden erläutert. Das Literaturverzeichnis am Ende des Buches fällt eher dürftig aus. Auch fehlen Hinweise zu den im Vorwort angesprochenen Studien. Unabhängig davon ist das praxisorientierte Buch absolut empfehlenswert, insbesondere für diejenigen, die ihren Patienten Kinesio-Taping anbieten wollen.

Dr. Christian Martin Smit, Gelsenkirchen



Hinzmann · Kupatz
Standardebene der Sonografie der Bewegungsorgane
Georg Thieme Verlag, 2012
2. Aufl., 152 Seiten,
200 Abb., 49,99 Euro

Reichlich Anschauungsmaterial

Die subjektive Zuverlässigkeit der Sonografie setzt neben der Kenntnis des klinisch-pathologischen Substrats und der Anatomie des Objekts sowie seiner funktionellen Zusammenhänge stetige Übung sowohl der manuellen Anwendung als auch der Einprägung der bildlichen Darstellungen, jeweils in mindestens zwei Ebenen, voraus. Für diese nicht theoretisch erlernbare, sondern auf die standardisierte (!) praktische Anwendung angewiesene Einübung bietet diese Zusammenstellung ein reichliches Anschauungsmaterial aller Gelenkregionen samt deren knöchernen Elementen; außerdem berücksichtigt sie die Achillessehne. Der Aufbau des

Werkes vereinigt durchgehend die Untersuchungspositionen als Foto, Sonogramm (mit eingeblendeter Schallrichtung) und Schema der Leitstrukturen, begleitet von Beschreibung der Indikation, der Lagerung, der sonografischen Technik mit gelegentlichen gerätetechnischen Empfehlungen sowie des jeweiligen Untersuchungszieles. Es ist ausschließlich anatomisch ausgerichtet, pathologische Befunde sind nicht dargestellt. Die Abbildungsqualitäten sind ebenso wie der Lern- und Informationswert als ausgezeichnet zu belobigen.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Weise · Schiltenswolf
(Hrsg.)
Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung
Springer Verlag, 2014,
2. Aufl., 299 Seiten
79,99 Euro

Nicht nur für Einsteiger und Selten-Gutachter

Der Titel des Buches ist bescheiden gewählt – es enthält aber alles, was man als Hilfestellung bei der Erstellung von Gutachten unseres Fachgebietes benötigt. Konzipiert für gutachterliche Einsteiger bzw. Selten-Gutachter, bietet es neben der Darstellung der Rechtsgrundlagen für die verschiedenen Versicherungsbereiche auch kommentierte Beispielgutachten für typische Fragestellungen. Alle relevanten Situationen unseres Fachgebietes sind erläutert, auch die häufiger werdenden Fragestellungen im Bereich der Rotatorenmanschette werden mit Diskussion der sogenannten Pro- und Kontrakriterien für die traumatische Läsion ausführlich dargestellt. Obwohl es sich um ein Mehrau-

torenbuch handelt, ist es durchgehend von einem einheitlichen Stil geprägt und gut lesbar mit einem angemessenen Verhältnis von Text, Tabellen und Abbildungen. Nicht zuletzt sind auch die aktuellen Einschätzungsempfehlungen für die verschiedenen Versicherungsarten in einem abschließenden Kapitel zusammengefasst. Fazit: überschaubarer Umfang, komplette Abdeckung des Themas, überschaubarer Preis, aktuelle Einschätzungsempfehlungen, auf die man sich bei der eigenen Gutachtererstellung beziehen kann – mehr braucht man eigentlich nicht.

Prof. Jobst-Henner Kühne, München



Issels (Hrsg.)
Knochtumoren und Weichteilsarkome
W. Zuckschwerdt Verlag
2011, 5. Aufl.
149 Seiten
24,90 Euro

Wenig Bilder, viel Information

Das knapp gehaltene Vorwort des Herausgebers weist darauf hin, dass Therapie und Nachsorge von Knochtumoren und Weichteilsarkomen am Tumorzentrum München in den letzten sieben Jahren zunehmend standardisiert worden und interdisziplinäre Behandlungsrichtlinien bereits in Primär- und Rezidivtherapie zu integrieren sind. Das Inhaltsverzeichnis des kaum bebilderten, aber dennoch äußerst informativen Buches definiert zunächst die häufigsten Knochen- und Weichteiltumore und stellt Stadieneinteilungen und Häufigkeit dar. Dass Diagnose und Verlauf multidisziplinär zu sichern sind, unterstreicht die heterogene Autorenschaft im folgenden Kapitel. Zur operativen

Diagnostik und Therapie kommen Experten der verschiedenen Fachgebiete von Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie und Orthopädie zu Wort. Adjuvante Verfahren wie Strahlen- und Chemotherapie sowie spezifische multidisziplinäre Therapieansätze werden dargestellt. Zur Nachsorge findet sich nur ein kurzes Kapitel. In welcher Weise die Psyche der Betroffenen und insbesondere ihre familiäre Situation mitbehandelt werden muss, ist nicht Gegenstand dieses Buches, das dennoch in seiner klaren objektiven Substanz Berufsgruppen, die mit Knochen- und Weichteiltumoren beschäftigt sind, zu empfehlen ist.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München

Für Sie gelesen



Heberer (Hrsg.)
**Organtransplantation,
Patientenverfügung,
Aufklärung und
Einwilligung**
ecomed MEDIZIN, 2013
200 Seiten
24,99 Euro

Ein vielschichtiger Rechtskomplex

Das ausschließlich von Juristen des Medizinrechts nach dem neuesten Stand von Gesetzesentwicklung und Rechtsprechung verfasste Buch nennt im Untertitel „Medizinrecht für Ärzte“, vermittelt den in der täglichen Praxis relevanten Teil des vielschichtigen Rechtskomplexes, der buchstäblich der alten Redensart „mit einem Fuß im Gefängnis“ neue Bedeutung einhaucht. Die vielgehörte Klage der Verrechtlichung der Medizin geht letztlich auf die kodifikatorische Behandlung der Arzt-Patienten-Beziehung zurück, die nicht unberechtigterweise eine neue Sichtweise erfordert: Die Gesamtentwicklung der kurativen Medizin wird von der Handhabung medizintechnischer Entwicklungen geprägt, die früheren Generationen gar nicht zur Verfügung standen. Daraus kann sich ein Widerstreit zwischen hergebrachtem (und fortgeltendem) ärztlichen Ethos und Grundrechten des Patienten ergeben. Die Verfasser haben es verstanden, die sich dem behandelnden Arzt in zahlreichen Situationen stellende Problematik in eindeutiger, juristisch abgesicherter Sprache – aber ohne Paragrafendeutsch! – darzustellen und dem Arztverständ-

nis nahezubringen. Ihr Werk bezieht sich nicht nur auf die Transplantationsmedizin, die gleichwohl als ein Muster des Arzt-Patienten-Verhältnisses von Interesse ist und übrigens auf der Spenderseite in den Alltag jeder chirurgischen Einheit eingreift (Stichworte: Verlauf der postmortalen Organspende, Transplantationsbeauftragter, Leitlinien, Lebendspende, Blutspende/Transfusionsgesetz etc.). Patientenverfügung, Aufklärung und Einwilligung, Patientenrechtegesetz sind weitere wesentliche Themen, die neben der juristischen Materie auch praktische Erläuterungen enthalten, zum Beispiel über die „schonungslose“ Aufklärung, die in der kosmetischen Chirurgie unabdingbar ist, aber eben auch die Wiederherstellungschirurgie tangiert. Der Anhang enthält unter anderem die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, die derzeit wieder in der kritischen Diskussion stehen. Das Buch eignet sich vorzüglich zur Einarbeitung in die Klinik und Praxis obliegenden rechtlichen Verbindlichkeiten, aber im Einzelfall auch zur speziellen Information über ein rechtsrelevantes Handeln.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Breusch et al.
**Klinikleitfaden
Orthopädie/
Unfallchirurgie**
Urban & Fischer Verlag
7. Auflage, 2013
960 Seiten
49,99 Euro

Gute Basis für die Facharztprüfung

Schon 20 Jahre liegt die Erstauflage dieses offensichtlich unentbehrlich gewordenen, allerdings mittlerweile auf 938 Seiten angewachsenen Taschenbuchs zurück. Ausgesprochene Spezialisten geben einen Überblick über Diagnostik und Therapie in O&U, dies, wann immer möglich, auf dem Boden der evidenzbasierten Medizin. Trotz der über 900 Seiten wird das aktuelle Wissen komprimiert wiedergegeben. Einziges Manko des handlichen Buchs, in Wahrheit ein umfangreiches Kitteltaschenlehrbuch, ist die wiederum sehr klein geratene Schrift. Das Buch gliedert sich in 25 Kapitel. Die Unfallchirurgie steht am Anfang mit Grundlagen, Notfallmanagement und Schockraum, gefolgt von ärztlichen Arbeitstechniken und der bildgebenden Diagnostik. Dem erweiterten gemeinsamen Fachgebiet Rechnung tragend, werden Probleme auf Station und im Nachtdienst, zum Beispiel durch akute Schmerzen, Veränderungen von Blutdruck und Blutzucker, Übelkeit, Erbrechen, Thoraxschmerzen, Thrombose, Atem- und Ausscheidungsschwierigkeiten Rechnung getragen.

Das unifizierte Fachgebiet O&U wird heute überwiegend als operative Disziplin aufgefasst. Viele Seiten widmen sich daher den Besonderheiten des operativen Patienten. Dass Sport und seine Folgen für den Bewegungsapparat immer wichtiger werden, wird eigens thematisiert. Das Kapitel zu Infektionen von Weichteilen, Knochen und Gelenken weist auf die häufigen Komplikationen in O&U hin. Eigene Kapitel beschäftigen sich mit Knochen- und Weichteil-Tumoren, der Rheumaorthopädie und der Pädiatrie sowie neuroorthopädischen Erkrankungen, die dem Rezensenten als ausgebildetem Kinderorthopäden besonders am Herzen liegen. Abgerundet wird das Buch von physikalischer Therapie, Begutachtung, Orthopädietechnik und spezifischer Arzneitherapie sowie einem Überblick über die AO-Klassifikation der Frakturen langer Röhrenknochen. Das textreiche Buch ist nach wie vor sehr zu empfehlen, sowohl Assistenz- als auch Chefärzten. Für die Facharztprüfung vermittelt es eine gute Basis.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Preis für klinisch-orthopädische Forschung der DGOOC

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. verleiht alle zwei Jahre den Preis für klinisch-orthopädische Forschung (ehem. Biesalski-Preis). Er soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses dienen und eine Auszeichnung für besondere Leistungen auf dem Gebiet der klinisch-orthopädischen Forschung sein. Die beste wissenschaftliche Arbeit aus klinischer und experimenteller Forschung wird mit

10.000 Euro

prämiiert und anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) überreicht. Bewertet werden:

- die Originalität der Arbeit
- die Methodik, die Klarheit der Darstellung und das Ziel der Arbeit, insbesondere welche Bedeutung die

Arbeit für die klinisch-orthopädische Forschung hat

- der wissenschaftliche Wert der Arbeit
- die Berücksichtigung der einschlägigen deutschen und internationalen Literatur

Die Arbeit darf in den dem Jahre der Einreichung vorangegangenen zwei Kalenderjahren in einer anerkannten deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder als selbstständige Veröffentlichung in Buchform erschienen oder in der gleichen Zeit in einem Manuskript niedergelegt sein. Die Arbeit ist in sechsfacher Ausfertigung der Bewerbung beizulegen. Eine bereits mit einem anderen Preis ausgezeichnete Arbeit darf nicht eingereicht werden. Wurde die Arbeit bereits zu einer anderen Bewerbung eingereicht, ohne ausgezeichnet worden zu sein, so ist dies vom Einsender mit genauen Angaben zu

vermerken. Die Bewerbung mit der wissenschaftlichen Arbeit ist bis zum **30. Juni 2014** bei der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
 Straße des 17. Juni 106 – 108
 10623 Berlin
 info@dgooc.de
 www.dgooc.de

einzureichen, welche die Arbeit den Mitgliedern der Preiskommission zustellt.

Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis der DGOOC

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) verleiht im Zusammenwirken mit der CeramTec GmbH jährlich den mit

5.000 Euro

dotierten Forschungspreis (bis 2003 ehemals BIOLOX®-Preis). Der Forschungspreis wird an junge Mediziner, Ingenieure oder Wissenschaftler bis 40 Jahre für hervorragende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der Biokeramik und Verschleißproblematik bei Endoprothesen und in Verbindung mit klinischen Ergebnissen keramischer Implantate vergeben. Die Arbeit kann in

einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift oder bereits in Buchform veröffentlicht sein. Auch unveröffentlichte Manuskripte, deren Publikation beabsichtigt ist oder bereits eingeleitet wurde, werden angenommen. Gleichfalls werden Diplomarbeiten, Dissertationen und Habilitationen akzeptiert. Ausgenommen sind lediglich Arbeiten, die bereits mit einem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurden. Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch eine Jury der DGOOC. Der Forschungspreis des Jahres 2014 wird anlässlich des gemeinsamen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) und des

Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) vom 28. bis 31. Oktober 2014 in Berlin vergeben. Zur Teilnahme sind sieben Exemplare der Arbeit in englischer oder deutscher Sprache bis zum **31. Juli 2014** (Poststempel) mit einer entsprechenden Erklärung, dass die Arbeit mit noch keinem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurde, einzureichen bei:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
 Straße des 17. Juni 106 – 108
 10623 Berlin
 info@dgooc.de
 www.dgooc.de





DGOOC-Forschungsstipendium für Studenten 2014

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) will den studentischen Nachwuchs fördern, der sich durch wissenschaftliche Arbeit im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie profiliert. Die DGOOC unterstützt daher Studenten mit bis zu

500 Euro

bei Sonderausgaben, die im Rahmen der Erstellung einer Dissertationsarbeit im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie anfallen (vorrangig Reisekosten für die Präsentation der Ergebnisse). Anträge mit einem kurzen Curriculum Vitae und Darstellung des Inhaltes und Standes der Dissertationsarbeit sowie Aspekte der Geldverwendung sind bis zum **31. März 2014** zu richten an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 30
info@dgooc.de

Grundlagenforschungspreis der DGOU



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie lobt für 2014 ihren Grundlagenforschungspreis aus. Er ist mit

20.000 Euro

- Implantattechnologie
- Imaging und Navigation
- Polytrauma
- Tissue Engineering
- Wunde und Weichteile

dotiert und wird verliehen für eine wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Grundlagen- oder translationalen Forschung, die sich mit einem der folgenden Themenfelder beschäftigt:

- Gelenke
- Biomaterialien
- Biomechanik
- Frakturheilung und Osteologie
- Gang- und Bewegungsanalyse
- Gen- und Zelltherapie

Der Preis muss schriftlich beantragt werden. Die eingereichte Arbeit muss im Jahr der Antragstellung oder im Vorjahr nachweislich in einem PubMed- oder ISI-gelisteten Journal publiziert oder zur Publikation angenommen sein. Der/die Antragsteller/in muss Erstautor der Arbeit und zum Zeitpunkt der Antragstellung Mitglied in der DGOU oder einer ihrer Sektionen oder Arbeitsgemeinschaften sein. Die Arbeit darf noch keinen anderen Preis bekommen haben. Die Regularien des Preises sind auf der DGOU-Website www.dgou.de (► Rubrik Preise) veröf-

fentlicht. Bewerbungen sind mit dem Antragsformular, das unter www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/grundlagenforschungspreis-der-dgou.html zu finden ist, in sechsfacher Ausfertigung zusammen mit einem Lebenslauf des Antragstellers/der Antragstellerin sowie dem Publikationsnachweis bis zum **30. April 2014** (Poststempel) einzureichen bei:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin

THEMISTOCLES-GLUCK-PREIS

FÜR ENDOPROTHETIK

2014

der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) schreibt den mit

10.000,- €

dotierten Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik für das Jahr 2014 aus.

Für den Preis können Arbeiten eingereicht werden, die diagnostische oder anwendungstechnische Innovationen in der Endoprothetik beschreiben. Preisarbeiten werden auch angenommen, wenn sie schon in 2013 als Veröffentlichungen in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform erschienen sind oder als publikationsreife Manuskripte vorliegen.

Bereits ausgezeichnete oder für weitere Preise eingereichte Arbeiten werden nicht akzeptiert. Eine schriftliche Bestätigung ist der Bewerbung beizulegen.

Bitte senden Sie die Bewerbung zusammen mit 8 Exemplaren und der entsprechenden Erklärung an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel. 030 – 340 60 36 30
Fax 030 – 340 60 36 31
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de

Einreichungsschluss ist der 31. Juli 2014 (Poststempel).



gestiftet von

 **DePuy Synthes**
COMPANIES OF Johnson & Johnson

2014

Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung der DGOU



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) schreibt den Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung aus. Der Preis in Höhe von

5.000 Euro

wird von der Klinikgruppe Enzensberg gestiftet. Eingereicht werden können wissenschaftliche Arbeiten aus Klinik, Forschung und Praxis, die den Nutzen und Erfolg der Rehabilitation nach Verletzungen und Erkrankungen aus dem Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie untersuchen. Die eingereichte Arbeit

kann in einer deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht oder in einem Manuskript niedergelegt sein. Bereits anderweitig ausgezeichnete Arbeiten oder solche, die sich aktuell in einem Preiswettbewerb befinden, können nicht eingereicht werden. Es ist eine entsprechende Erklärung beizufügen. Der Bewerbung 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. Regularien finden Sie auf der DGOU-Homepage: www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/preis-zur-foerderung-der-rehabilitationsforschung.html

Abgabefrist ist der **31. Mai 2014** (Poststempel). Die Arbeiten sind zu senden an die

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin

Promotionspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 2014

Der Preis wird für die beste eingereichte Dr.-Dissertation aus den Jahren 2012 bis 2014 im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie vergeben. Er besteht aus einer Urkunde und einem Geldbetrag von

2.500 Euro

Zur Bewerbung zugelassen sind von der jeweiligen Fakultät angenommene Dissertationen in deutscher

oder englischer Sprache als Einzel- oder als kumulative Arbeiten sowie der Erstautoren von Arbeitsgruppen. Bewerber dürfen bei Einreichung ihrer Dissertation bei der Fakultät das 32. Lebensjahr nicht überschritten haben. Die Verleihungsbestimmungen sind auf der DGU-Website www.dgu-online.de (in der Rubrik DGU ▶ Preise/Stipendien) veröffentlicht. Bewerbungen sind bis **31. März 2014** in dreifacher Ausfertigung einzureichen an:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
z.Hd. Prof. Dr. Reinhard Hoffmann
Generalsekretär
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin



Hans-Liniger-Preis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt den nach ihrem Mitbegründer benannten Hans-Liniger-Preis zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses für besondere Leistungen aus den Gebieten Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin oder ihren Grenzgebieten aus. Er ist mit

10.000 Euro

dotiert. Bewerben können sich unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen und Versicherungsfachleute. Die Preissatzung ist auf der Website www.dgu-online.de (Rubrik DGU ▶ Preise/Stipendien) veröffentlicht. Abgabefrist ist der **31. Mai 2014** (Poststempel). Die Bewerbung ist unter Beifügung der als Preisarbeit besonders kenntlich gemachten Arbeit in fünffacher Ausfertigung einzusenden an:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin



INNOVATIONSPREIS 2014

DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE E.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) schreibt den mit

10.000,- €

dotierten Innovationspreis für das Jahr 2014 aus.

Für den Preis können Arbeiten eingereicht werden, die Innovationen der Unfallchirurgie beschreiben. Er kann für diagnostische oder anwendungstechnische Ideen vergeben werden. Preisarbeiten werden auch angenommen, wenn sie schon in 2013 als Veröffentlichungen in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform erschienen sind oder als publikationsreife Manuskripte vorliegen.

Bereits ausgezeichnete oder für weitere Preise eingereichte Arbeiten werden nicht akzeptiert. Eine schriftliche Bestätigung ist der Bewerbung beizulegen.

Bitte senden Sie die Bewerbung zusammen mit 5 Exemplaren und der entsprechenden Erklärung an:

DGU-Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel. 030 – 340 60 36 20
Fax 030 – 340 60 36 21
www.dgu-online.de

Einreichungsschluss ist der 31. Mai 2014 (Poststempel).



gestiftet von

 **DePuy Synthes**
COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

2014



Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt für 2014 ihr Reisestipendium aus. Das Stipendium soll wissenschaftlichen Nachwuchs beim Besuch einer klinisch oder experimentell bedeutenden ausländischen Einrichtung unterstützen, deren Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend der Unfallchirurgie gewidmet ist. Das Stipendium ist mit

5.000 Euro

dotiert. Es kann geteilt werden. Bewerber müssen Mitglied der Gesellschaft sein

und sich in nichtselbstständiger Stellung befinden. Die Bestimmungen finden Sie auf der Website www.dgu-online.de, Rubrik „Bildung“. Der Bewerbung sind in dreifacher Ausfertigung zuzufügen:

- Lebenslauf
- Verzeichnis der Veröffentlichungen
- Beschreibung des mit dem Aufenthalt verbundenen Zwecks
- Bescheinigung der einladenden Einrichtung und der entsendenden Institution

Die Bewerbungen sind bis zum **31. März 2014** zu richten an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin*

Forschungsstipendien „Osteologie 2014“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt für 2014 zwei Forschungsstipendien zu osteologischen Schwerpunktthemen aus; diese sind:

- „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur“
- Translationale Forschung zum verbesserten Verständnis der Frakturheilung bei Osteoporose“

Die Höhe der Forschungsstipendien beträgt je

25.000 Euro

Zweck der Stipendien ist es, Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend der Unfallchirurgie im Sinne der Satzungen der

Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gewidmet ist, die Möglichkeit zur Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts auf dem Gebiet der osteologischen Forschung zu geben. Das Stipendium dient der Anschubfinanzierung zum Start eines Forschungsprogrammes. Bewerbungsberechtigt sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, welche das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Bewerbung sind beizufügen:

- Angabe, um welches der beiden Stipendien man sich bewirbt
- Lebenslauf
- Verzeichnis bisheriger wissenschaftlicher Veröffentlichungen
- Beschreibung des Forschungsprojektes und Meilensteinplan

- Zeugnis des Chefs der Einrichtung, der der Bewerber angehört, in dem die Unterstützung des Forschungsprojekts bescheinigt wird

Nähere Informationen sind den Bestimmungen zur Verleihung der Stipendien auf der Website www.dgu-online.de (Rubrik DGU – Preise/Stipendien) zu entnehmen. Die Bewerbungen für die Forschungsstipendien sind bis zum **31. März 2014** (Poststempel) zu senden an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin*

GOTS Young Investigator Award



Zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses findet jährlich im Rahmen des Jahreskongresses der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) das Forum „GOTS Young Investigator Award – by Otto Bock“ statt. Damit wird jungen Forschern (zum Beispiel Diplomanden, Stipendiaten, Doktoranden, etc.) die Möglichkeit gegeben, die Ergebnisse ihrer Arbeit öffentlich zu präsentieren und in Kontakt mit erfahrenen Wissenschaftlern zu treten. Thematisch sind Beiträge aus allen Bereichen der Sportorthopädie, Sporttraumatologie, der Biomechanik und der Basis-Sportwissenschaften willkommen. Sämtliche Arbeiten werden von einer unabhängigen Jury begutachtet. In dem Forum werden herausragende Forschungsarbeiten prämiert und zugleich der mit

2.000 Euro

dotierte „GOTS Young Investigator Award – by Otto Bock“ für die beste Präsentation verliehen.

Preise:

1. Preis: 2.000 Euro
2. Preis: 1.000 Euro
3. Preis: 500 Euro

Abstract-Inhalt:

Thema, Autor, Klinik/Institution, Adresse, E-Mail

Fragestellungen (max. 300 Zeichen)

Methodik (max. 700 Zeichen)

Ergebnisse (max. 2.000 Zeichen)

Schlussfolgerung (max. 1.000 Zeichen)

Hinweis:

Die Preisträger erklären sich dazu bereit,

- die Inhalte ihrer wissenschaftlichen Arbeit für die Publikation in dem Magazin „Sportorthopädie – Sporttraumatologie“ aufzubereiten und dort zu publizieren.

- Bei weiteren Publikationen und Vorträgen auf nationalen und internationalen Kongressen über die prämierte wissenschaftliche Arbeit die GOTS hiervon zu unterrichten und die Publikation bzw. den Vortrag mit dem Vermerk zu versehen „Projekt prämiert mit dem GOTS Young Investigator Award – by Otto Bock“.

Die Abstracts sind bis zum **1. Juni 2014** einzureichen bei:

GOTS-Geschäftsstelle
Dr. Katrin Henkel
Breite Straße 10
07749 Jena
info@gots.org

Gesponsert von **ottobock.**

MEDI-Fellowship der GOTS und der Verbandsärzte



Für das MEDI-Fellowship – Sportärztlicher Einsatz in Training und Wettkampf steht zukünftig aus dem Vorstand der Verbandsärzte Dr. Hans-Peter Boschert zur Verfügung. Fellowship-Wochen sind in individueller Absprache auch möglich bei Dr. Bernd Wolfarth als Kombination am IAT Leipzig und in der Sportmedizin München. Die Bewerbungen sollen mit Lebenslauf inklusive Darstellung des beruflichen Werdeganges (mit praktischen Tätigkeiten und Publikationen/Vorträgen) und Passbild an die GOTS-Ge-

schäftsstelle eingereicht werden. Voraussetzungen sind eine berufliche Tätigkeit in der Orthopädie/Unfallchirurgie, Englischkenntnisse, die GOTS-Mitgliedschaft sowie die Mitgliedschaft bei den Verbandsärzten. Die Unterlagen sind bitte zu senden an:

GOTS-Geschäftsstelle
Dr. Katrin Henkel
Breite Straße 10
07749 Jena
info@gots.org

Fellowship-Wochen sind in individueller Absprache auch möglich bei PD Dr. Bernd Wolfarth als Kombination am IAT Leipzig und in der Sportmedizin München. Angebote für die Absolvierung eines Medi-Fellowships finden Sie auf der Website der Verbandsärzte:

www.verbandsaerzte.org/fellows

GOTS Forschungsförderung 2014



Die Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin stiftet eine Forschungsförderung in der Höhe von

20.000 Euro

die anlässlich der GOTS-Jahrestagung 2014 vergeben wird. Die Förderung soll die Tätigkeit junger Wissenschaftler auf dem Gebiet der orthopädisch-traumatologischen Sportmedizin unterstützen. Dies kann im Sinne der Anschubfinanzierung für ein Großprojekt oder der Komplettfinanzierung eines kleineren Projektes verstanden werden. Sowohl klinische als auch experimentelle Forschungsarbeiten sind willkommen. Einreichfrist/Abgabetermin ist der **31. März 2014**. Der Bewerber kann Orthopäde, Unfallchirurg, Orthopäde/Unfallchirurg (neuer Facharzt, auch in Ausbildung befindlich) oder Sportwissenschaftler sein und sollte das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Bewerber muss Mitglied der GOTS sein, oder es muss ein Aufnahmeantrag vorliegen. Der Bewerber muss hauptamtlich in Deutschland, Österreich oder der Schweiz tätig sein. Angenommen werden Projekte, die noch nicht publiziert sind. Die GOTS behält sich vor, eine gegebene Finanzierungszusage zurückzuziehen, wenn sich diese mit einer Finanzierung von anderer Stelle überschneidet. Die Studie muss spätestens ein Jahr nach Bewilligung

der Förderung beginnen. Die Laufzeit beträgt maximal drei Jahre nach Bewilligung. Dem Antrag auf Forschungsförderung sind folgende Angaben beizufügen: Lebenslauf, Dienststellung, Bestätigung des derzeitigen Chefs, dass für drei Jahre die Voraussetzung zur Durchführung des Projekts gegeben sind, Publikationsliste des Antragstellers. Darstellung des Projekts: Mitglieder der Arbeitsgruppe, Vorarbeiten der Arbeitsgruppe, vorliegende Bewilligung oder laufendes Gesuch des Ethikantrages (falls klinisch), Hypothese, geplante Methodik, vorläufige Aufstellung der Kosten. Die Projektbeschreibung muss mit einem Kennwort versehen sein und eine einseitige Zusammenfassung enthalten. Sie darf selbst weder den Namen des Verfassers noch jedwede Hinweise, die Rückschlüsse auf die Identität von Verfasser oder Abteilung zulassen, beinhalten.

Der Antrag wird in fünf Exemplaren eingereicht an:

*GOTS-Geschäftsstelle
Dr. Katrin Henkel
Breite Straße 10
07749 Jena
info@gots.org*

Die Ergebnisse des Projektes sind zu publizieren, wobei der Hinweis auf die

Forschungsförderung durch die GOTS anzufügen ist. Die Auszahlung der Förderungsmittel erfolgt zu 50 Prozent bei Bewilligung, zu 25 Prozent bei Vorliegen des Zwischenberichts und zu weiteren 25 Prozent bei Vorliegen des Abschlussberichts. Zwischenbericht und Abschlussbericht sind an den Sekretär der Gesellschaft zu senden. Der Sekretär oder sein Beauftragter überwachen den Fortgang der geförderten Arbeit und die Publikation. Der Projektleiter ist verantwortlich für die bewilligungskonforme Verwendung der Mittel sowie für den finanziellen und wissenschaftlichen Abschluss des Projektes. Die Auszahlung der genehmigten Mittel erfolgt im bargeldlosen Zahlungsverkehr. Der Projektleiter nennt ein Forschungskonto für diese Mittel. Mit dem Zwischenbericht legt der Projektleiter den Verwendungsnachweis für die bei der Vorauszahlung geflossenen 50 Prozent der Förderung vor. Nur bei ordnungsgemäßem Verwendungsnachweis werden die weiteren Mittel flüssig gemacht. Wird das Projekt nicht innerhalb eines Jahres nach Genehmigung begonnen, verfallen die Forschungsmittel. Das gleiche gilt für jene Restmittel, die drei Jahre nach Projektbeginn noch nicht in Anspruch genommen wurden. In begründeten Fällen kann auf schriftlichen Antrag einer Verlängerung der Fristen zugestimmt werden. Sämtliche diesbezügliche Entscheidungen trifft der GOTS-Vorstand mit einfacher Mehrheit.

Albert-Hoffa-Preis der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung



Die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e.V. verleiht im Jahr 2014 wieder den Albert-Hoffa-Preis. Als Preis wird eine Prämie von

2.500 Euro

ausgesetzt. Der Preis wird verliehen für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. ihrer Grenzgebiete, die in den letzten beiden Jahren vor Erteilung des Preises im Druck erschienen ist. Es kann auch ein nachweislich zum

Druck angenommenes Manuskript eingereicht werden. Die Arbeit muss in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Das Bewerbungsschreiben muss eine Erklärung enthalten, ob für dieselbe Arbeit bereits ein Preis verliehen wurde und ob und gegebenenfalls wo dieselbe Arbeit zuvor oder gleichzeitig zu einem anderen Preis eingereicht worden ist. Die Prüfung der Arbeit erfolgt durch die Albert-Hoffa-Preiskommission. Die Bekanntgabe des Preisträgers und die Preisverleihung erfolgen anlässlich der diesjährigen Tagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung, dem NOUV-

Symposium vom 12. bis 14. Juni 2014 in Berlin. Die Arbeit muss in vier Exemplaren eingereicht werden und bis spätestens **31. März 2014** bei dem Vorsitzenden der Albert-Hoffa-Preiskommission eingegangen sein:

*Krankenhaus der Augustinerinnen
Klinik für Orthopädie und Spezielle
Orthopädische Chirurgie
Prof. Dr. A. Karbowski
Chefarzt
Jakobstr. 27-31
50678 Köln*



Reisestipendien der SICOT

Die Deutsche Sektion SICOT e.V. vergibt acht Reisestipendien zu je

1.000 Euro

zur aktiven Teilnahme am SICOT - Kongress 2014 in Rio de Janeiro vom 19. bis 22. November 2014. Teilnahmeberechtigt ist jede/r in Deutschland tätige Ärztin/Arzt unter 35 Jahren mit einem für den Kongress angenommenen Abstract. Die Bewerberin/der Bewerber muss Associate-Member der SICOT sein (Jahresbeitrag 60 Euro für Ärztinnen und Ärzte unter 40 Jahren). Die Stipendiatin/der Stipen-

diat hält auf der Mitgliederversammlung 2015 der deutschen Sektion SICOT e.V., die während des Nationalen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongresses (DKOU 20. bis 23. Oktober 2015) in Berlin stattfindet, einen Kurzvortrag über seine wissenschaftliche Arbeit und die Reise und verfasst einen schriftlichen Reisebericht. Deadline für die Einreichung des Abstracts bei der SICOT Kongressorganisation ist der 27. März 2014. Eine Mitteilung bzgl. der Annahme/Abgabe der eingereichten Präsentation erfolgt bis zum 19. Mai 2014. Informationen zum Kongress finden sich unter www.sicot.org. Die Abrechnung erfolgt nach Durchführung der

Reise. Aussagefähige Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Publikationsverzeichnis, Empfehlungsschreiben des Klinikchefs, angenommenes Abstract) sind bis zum **1. Juli 2014** an den 1. Vorsitzenden der Deutschen Sektion SICOT e.V. zu richten:

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Raimund Forst

Rathsberger Straße 57

91054 Erlangen

Tel.: (0 91 31) 82 23-303

raimund.forst@ortho.med.uni-erlangen.de

Herbert-Lauterbach-Preis 2014 der BG-Kliniken

Mit dem Herbert-Lauterbach-Preis würdigt der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) auch 2014 wieder herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Unfallmedizin. Im Fokus stehen dabei Themen, die für die medizinische Versorgung von Versicherten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eine Rolle spielen, wie zum Beispiel typische Verletzungen bei Arbeitsunfällen. Teilnehmer des mit

10.000 Euro

dotierten Wettbewerbs der BG-Kliniken sollten ihre unfallmedizinischen Studien- oder Forschungsarbeiten im Kalenderjahr 2013 entweder in einer Fachpublikation veröffentlicht oder als Manuskript niedergelegt haben. Zu den erforderlichen Bewerbungsunterlagen gehören vier Druckexemplare der Arbeit in deutscher Sprache, eine kurze Zusammenfassung sowie eine eidesstattliche Erklärung, dass die Arbeit nicht bereits anderweitig ausgezeichnet oder zeitgleich einem weiteren Prüfungsgremium vorgelegt wurde.

Jetzt online bewerben unter:

www.k-uv.de/medizin/forschung/herbert-lauterbach-preis/

Bewerbungsschluss ist der **30. April 2014**.

Bewerbung per Post:

Klinikverbund der gesetzlichen

Unfallversicherung e.V.

Stichwort „Herbert-Lauterbach-Preis“

Friedrichstraße 152

10117 Berlin



Service / Fort- und Weiterbildung

1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)



Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 797 444-59,
Fax: (030) 797 444-57,
E-Mail: info@institut-ado.de.

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



Anmeldungen sind jetzt auch über die ADO-APP und direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	02.-07.06.2014	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590 € ¹	47
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	24.-29.11.2014			790 € ²	

Rheuma-Zertifizierungskurse I / II / III in 2014 (im Anschluss Morbus Bechterew)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ludwigshafen	Kurs I Früherkennung	08.03.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I:	6
Ludwigshafen	Kurs II Frühbehandlung	17.05.2014			100 € ¹	6
Rostock	Kurs II Frühbehandlung	30.08.2014			130 € ²	6
Bad Bramstedt	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	14.03.2014			Kurs II	130 € ¹ 150 € ²

Grundkenntnisse in Manueller Medizin und Chirotherapie						
Im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden / Unfallchirurgen in Kooperation mit der MWE, technische und theoretische Grundlagen in Form von Workshops						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Bramstedt	Manuelle Medizin	25.-26.04.2014	folgt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Grundkurs Manuelle Medizin: 300 € ³ 370 € ²	
Würselen	Manuelle Medizin	20.-21.06.2014	folgt			
Berlin	Manuelle Medizin	31.10.- 01.11.2014	folgt			
Markgröningen	Pilotkurs Manulle Medizin	14.-15.03.2014	Reinhard Deinfelder			

Morbus Bechterew „Den Morbus überseh ich nicht“						
Anlässlich des 33. Geburtstages der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew wurde eine Initiative zur Früherkennung der axialen Spondyloarthritis und der ankylosierenden Spondylitis ins Leben gerufen. 33 bundesweite Veranstaltungen der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie sollen der aktuellen Diagnosestellung auf die Sprünge helfen – zehn Jahre bis der Morbus Bechterew erkannt wird, sind viel zu viel.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
siehe Rheumakurse	Morbus Bechterew	die Kurse finden im Anschluss an die Rheumazerifizierungskurse statt	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	kostenlos	0

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Kurse zum VSOU 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden (für Kurse im Kongresszentrum erhalten Sie keine gesonderten CME-Punkte!)	Haltungs- u. Bewegungsdiagnostik	01.05.2014	Dr. Pfaff Dr. Götz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	kostenlos	keine
	AK Oberflächen EMG	01.05.2014	Dr. Meichsner		kostenlos	keine
	EMG Muskel-funktionsdiagnostik	02.05.2014	Dr. Meichsner		125 €	keine
	DIGEST-Fachkunde ESWT Basismodul	02.05.2014	Dr. Gleitz Dr. Thiele		Mitglieder DIGEST 290 €, 310 € ¹ , 330 € ²	
	BVOU AK Niedergelassene Operateure	02.05.2014	Dr. Heppt		kostenlos	keine
	Rheumakurs II	02.05.2014	Dr. Schwokowski		130 € ¹ 150 € ²	
	Taping-Crashkurs (DRK Klinik)	02.05.2014	Ingo Geuenich		120 € (nur für Ärzte)	
	DIGEST-Fachkunde ESWT Modul 2	03.05.2014	Dr. Gleitz Dr. Thiele		Mitglieder DIGEST 290 €, 310 € ¹ , 330 € ²	
	MRT Kurs: Sportverletzungen	03.05.2014	Dr. Goldmann Dr. Mauch		kostenlos	keine
	Röntgen Update (DRK Klinik)	03.05.2014	Dr. Flechtenmacher		Ärzte 470 € ² Ass.ärzte 170 € ² 270 € ⁴ Ass.ärzte 120 ¹ €	9
Frühbehandlung rh. Erkrankungen –Einführung in die Basistherapie	03.05.2014	Dr. Schwokowski	25 € ¹ 35 € ²	2		

K-Logic-Taping Kurse für Ärzte / Arzthelferinnen und Physiotherapeuten						
Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	28.-29.03.2014	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 230 € ²	
Baden Baden	Taping-Crashkurs	02.05.2014			Crahskurs 120 €	
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	23.-24.05.2014				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	19.-20.09.2014				
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	17.-18.10.2014				
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	07.-08.11.2014				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	28.-29.11.2014				
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	05.-06.12.2014				

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder, ⁴ DIGEST+BVOU-Mitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2014						
3D/4D Messverfahren ist ein zusätzlicher diagnostischer Baustein bei der Patientenuntersuchung, komplementiert wird dies durch das neue Seminar der dynamischen Wirbelsäulenvermessung 4D-motion						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	08.03.2014	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de in Kooperation mit Intermed-Forum e. V.	3D/4D: 150 € ¹ 200 € ²	
Fulda	4D-motion	26.04.2014				
Baden-Baden	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	01.05.2014			4D motion: 150 € ¹ 200 € ² inkl. Handouts und Ver- pfl egung	
Baden-Baden	4D-motion	02.05.2014				
Hannover	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	14.06.2014				
Fulda	4D-motion	27.09.2014				
Berlin	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	01.11.2014				
Fulda	4D-motion	08.11.2014				

ADO Kooperationen						
Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG						
Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umsetzung in der Praxis						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden	Muskelfunktionsdiagnostik	02.05.2014	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 €	
Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	30.10.2014	Dr. Meichsner		125 €	

Sonographiekurse Hamburg Termine 2014/2015						
Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonographiekurse gemäß § 6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsorgane	12.-14.09.2014	Dr. Bethhäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193/ 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	31
	Aufbaukurs Bewegungsorgane	07.-09.11.2014				31
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	23.-24.08.2014				21
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	22.-23.08.2015				21
	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte	16.-18.01.2015				42
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	18.-19.10.2014				16

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2014

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Obere Extremitäten	14.-15.03.2014	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttg- art.de	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	80
	Wirbelsäule	16.-17.05.2014				
	Untere Extremitäten	04.-05.07.2014				
	Differentialdiagnose in der MRT	10.-11.10.2014				
	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	14.-15.11.2014				

Sonographiekurse Dortmund Termine 2014

Sonographiekurse der Säuglingshüfte nach Graf

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Klinikum Dortmund Akademie Dortmund	Aufbaukurs	01.03.2014	Dr. H.D. Mathhiessen DEGUM- und DGOOC- Seminarleiter Prof. Dr. B.D. Katthagen	Akademie Dortmund Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Frau Dorothee Grosse Tel.: 0231 953 20239 www.akademiedo.de	250 Euro zzgl. MwSt	n.n.
	Abschlusskurs	15.11.2014				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2014

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
Prien	Weiterbildung Manuelle Medizin „LBB1 Lenden- Becken-Bein“	19.-23.03.2014	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard e-mail: kontakt@dgmsm. de Tel. 06742/8001-0 www.dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www. dgmsm.de	
Boppard		02.-06.04.2014				
Hamburg		21.-25.05.2014				
Boppard		25.-29.06.2014				
Boppard		10.-14.09.2014				
Bad Füssing		05.-09.11.2014				
Boppard		03.-07.12.2014				

GHBF Haltuns- und Bewegungsdiagnostik Termine 2014

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

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Chiemsee	Kompaktkurs	27.-29.06.2014	Dr. Geogor Pfaff, Michael Kaune, Dr. Martina Götz	GHBF e. V., Haimhauserstr. 1, 80802 München, Tel: +49 89-330 370 53 / Fax: +49 89-330 371 31	455 € (GHBF Mitglieder 364 €) In der Gebühr enthalten sind Kurs- material und Ver- pflegung.	
Taunus	Kompaktkurs	12.-14.09.2014				
Chiemsee	Kompaktkurs	14.-16.11.2014				

Service / Fort- und Weiterbildung

Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e. V. Manuelle Medizin Termine 2014									
Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie/Manuelle Medizin. Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DA AO e. V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.									
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte			
Berlin	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	28.02.- 02.03.2014		Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e. V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax: 07562/9718-22 email: falkowski@aerzte- seminar-mwe.de www.aerztseminar-mwe. de	auf Anfrage				
Berlin	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	07.-09.03.2014							
Isny	Manuelle Medizin – Grundkurs I	08.-15.03.2014							
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	13.-15.06.2014							
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	20.-22.06.2014							
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	12.-14.09.2014							
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	19.-21.09.2014							
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	19.-21.09.2014							
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	26.-28.09.2014							
Isny	Manuelle Medizin – Grundkurs I	11.-18.10.20214							
Damp	Manuelle Medizin – Grundkurs I	25.10.- 01.11.2014							
Hannover	Manuelle Medizin – Grundkurs I	14.-20.11.2014							
Osteopathiekurs									
Isny	Einführungskurs (Englisch)	19.-21.06.2014							
Bad Iburg	Einführungskurs (Deutsch)	04.-06.09.2014							

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

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ofterschwang	AE-Kurs Hüfte	27.-29.03.2014	Prof. Gebhard Prof. Ascherl Prof. Biberthaler Prof. Neugebauer Prof. Puhl	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik	320 €	28
Ofterschwang	AE-Masterkurs Hüfte	27.-29.03.2014	Prof. Gebhard Prof. Ascherl Prof. Biberthaler Prof. Neugebauer Prof. Puhl	Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60	430 €	28
Ulm	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	04.04.2014	Prof. Dr. Gebhard Prof. Dr. Stöckle PD Dr. Röderer	j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com	60 €	
Berlin	AE-Masterkurs Knie	16.-17.05.2014	Prof. Dr. Riechel Prof. Dr. Kienapfel Prof. Dr. Heller		Anmeldung bis 02.5.14 220 € AE- Mitglieder 170 € Anmeld- ungen ab 03.05.14 275 € AE- Mitglieder 225 €	20
Oberstdorf	AE-Workshop f. rheumato- logische Handchirurgie	24.-25.05.2014	Dr. Katzmaier Prof. Rehart Prof. Puhl		550 €	20
Stuttgart	AE-Kurs Schulterchirurgie	04.-05.07.2014	Dr. Ambacher Prof. Dr. Fink Prof. Dr. Scheibel Prof. Dr. Brunner		250 €	

Initiative '93 Technische Orthopädie 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Rheine	Modul 2+4 Amputation, Prothetik, Schuhtechnik, Kompressionstherapie	07.-09.03.2014	Dr. Armin Koller	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initia- tive93.de oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiter- bildung: 300 € Nichtmit- glieder: 400 €	n.n.
Magdeburg	Modul 1+3 Orthetik Kinderorthopädie und Querschnittslähmung, Rollstuhlversorgung	12.-14.09.2014	Prof. Dr. Ch. Lohmann			n.n.
Dortmund	Modul 5 Refresher- und Prüfungskurs	28.-29.09.2014	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			n.n.
Innsbruck/ Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	26.-27.09.2014	Dr. Landauer	Tel. +43 (512) 504-22697 Fax: +43 (512) 504-22557 Frau Monika Brennstener Email: monika.brennstener@uki.at		n.n.

Service / Fort- und Weiterbildung

D.A.F Zertifikat Fußchirurgie 2014						
Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Düsseldorf	OP-Kurs Vorfußchirurgie	28.02./01.03.2014	J. Dohle	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de	Kursgebühr für Mitglieder D.A.F 380 € Kursgebühr für Nicht-Mitglieder 480 €. Abschlusskurs Mitglieder D.A.F 330 € Abschlusskurs Nicht-Mitglieder 430 €	
Münster	20. Jahrestagung DAF	28.-29.03.2014	Prof. Hamel			
Aachen	OP-Kurs Athrodesen	14./15.03.2014	D. Frank, M. Abbara-Czardybon, A. Prescher			
Greifswald	Anatomischer Präparationskurs	07./08.03.2014	J. Lange			
Schwarzenbruck	OP-Kurs Traumatologie	11./12.04.2014	M. Richter, S. Zech			
Bochum	OP-Kurs Athrodesen	09./10.05.2014	U. Klapper			
Bad Saarow	OP-Kurs Rheumafuß	16./17.05.2014	J. Osel			
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	16./17.05.2014	J. Andermahr, T. Filler, S. Rammelt			
Würzburg	Workshop Kinderfuß	23.-24.05.2014	NN			
Hannover	OP-Kurs Traumatologie	06./07.06.2014	Dr. J. Geerling			
Augsburg	OP-Kurs Sehnenchirurgie	04./05.07.2014				
Aachen	OP-Kurs Athrodesen	29./30.08.2014	Dr. Frank, M. Abbara-Czardybon, A. Prescher			
Bochum	OP-Kurs Rheumafuß	05.-06.09.2014	NN			
Greifswald	OP-Kurs Vorfußchirurgie	19./20.09.2014	J. Lange			
Hannover	OP-Kurs Sehnenchirurgie	26./27.09.2014	C. Stukenborg-Colsman			
Münster	OP-Kurs Traumatologie	26./27.09.2014	S. Ochman			
Stuttgart	OP-Kurs Vorfußchirurgie	07./08.11.2014	M. Gabel, U. Gronwald			
München	Workshop Kinderfuß	14./15.11.2014	J. Hamel			
Wien	Workshop Kinderfuß	21./22.11.2014	R. Ganger			

MRT Kurse Erlangen 2014 / 2015						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info /Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 5 Abschlusskurs, Fallbeispiele	21.-22.03.2014	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@ortho-paeden.com	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	88
	Kurs 1 Obere Extremitäten	26.-27.09.2014				
	Kurs 2 Wirbelsäule	14.-15.11.2014				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	12.-13.12.2014				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankung	16.-17.01.2015				
	Kurs 5 Abschlusskurs, Fallbeispiele	20.-21.03.2015				

Service / Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung am Universitätsklinikum Bonn

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bonn	3. Bonner DRG Workshop für ORT/UCh	14. - 15.03.2013	Prof. Dr. D. C. Wirtz Dr. P. Göbel	www.ortho-unfall-bonn.de	290 €	15
Bonn	Facharzt-Vorbereitungskurs „Fit zum Facharzt“	18.- 22.03.2013	Prof. Dr. D. C. Wirtz Prof. Dr. C. Burger Dr. H. Goost Prof. Dr. A. Dávid Dr. D. Frank Prof. Dr. J. Jerosch Prof. Dr. R. Krauspe Dr. W. Schäfer Prof. Dr. J. Windolf		300 €/400 €	34
Bonn	bonner orthopädie- und unfalltage 2013 „Schulterschluss“	12.- 13.04.2013	Prof. Dr. D. C. Wirtz Prof. Dr. C. Burger		ohne	15

Sonographiekurse Berlin Dr. Mellerowicz Termine 2014

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Grundkurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	04.-06.04.14	Dr. Mellerowicz	Herrn PD Dr.med. Holger Mellerowicz Helios Kliniken Behring KKH Gimpelsteig 9 14165 Berlin	auf Anfrage	n.n.
	Aufbaukurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	29.-31.08.14		www.helios-kliniken.de/ berlin-behring claudia.peter@helios-kliniken.de		
	Aufbaukurs Sonographie der Säuglingshüfte	20.-21.06.14				
	Abschlusskurs Sonographie der Säuglingshüfte	31.10.-01.11.14				
	Abschlusskurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	28.02.-01.03.14				
	Grundkurs Sonographie der Säuglingshüfte	26.-27.09.14				

Kinderorthopädie – interdisziplinär

28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie 2014

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bonn	Kinderorthopädie und „Die wachsende Wirbelsäule“	14.-15.03.2014	Priv. Doz. Dr. von Deimling Dr. Mladenov	Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de"	siehe www.kinderorthopaedie.org	n.n.

Teltower Frühlingsforum 2014

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Teltow	Schultererkrankungen, Diagnostik, Konservative und Operative Therapie, Rehabilitation	22.03.2014	Dr. Enenkel Dr. Hartmann Dr. Weber	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	15 €	6

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulentherapie (DGWT)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	Wirbelsäulentherapie	22.03.2014	Prof. Dr. med. Andreas Veihelmann	Congress Organisation Claudia Winkhardt Tel. 030/36284040 mail@cwcongress.org	20 €	8

Service / Fort- und Weiterbildung

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: <https://www.auc-kursportal.de>

Ort	Kongress / Kurs	Termin
März		
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	01./02.03.2014
München	ATLS-Providerkurs	01./02.03.2014
Lübben	ATLS-In-house-Kurs	28.02./01.03.2014
Sindelfingen	ATLS-In-house-Kurs	08./09.03.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	07./08.03.2014
Niederlausitz	ATLS-In-house-Kurs	14./15.03.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	22./23.03.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	22./23.03.2014
Dresden	ATLS-Providerkurs	29./30.03.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	29./30.03.2014
April		
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	05./06.04.2014
Aachen	ATLS-In-house-Kurs	05./06.04.2014
München	ATLS-Providerkurs	05./06.04.2014
Ulm	ATLS-Refresher-In-house-Kurs	12.04.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	11./12.04.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	11./12.04.2014
Berlin	ATLS-Providerkurs	11./12.04.2014
München	HOTT-Kurs	12./13.04.2014
Ulm	ATLS-Providerkurs	26./27.04.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	26./27.04.2014
Mai		
Köln	ATLS-Providerkurs	09./10.05.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	10./11.05.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	10./11.05.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	16./17.05.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	17./18.05.2014
Dresden	ATLS-Providerkurs	24./25.05.2014
Homburg	DSTC-Kurs	22.-24.05.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	30./31.05.2014
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	31.05./01.06.2014
München	ATLS-Providerkurs	31.05./01.06.2014
Juni		
Köln	ATLS-Providerkurs	06./07.06.2014
Essen	ATLS-In-house-Kurs	13./14.06.2014
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	14./15.06.2014
München	ATLS-Providerkurs	14./15.06.2014

Service / Fort- und Weiterbildung

Leipzig	ATLS-Providerkurs	20./21.06.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	21./22.06.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	27./28.06.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	28./29.06.2014

Juli

Hannover	ATLS-Providerkurs	05./06.07.2014
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	04./05.07.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	19./20.07.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	19./20.07.2014
München	ATLS-Providerkurs	26./27.07.2014

August

München	ATLS-Providerkurs	02./03.08.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	01./02.08.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	08./09.08.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	09./10.08.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	22./23.08.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	23./24.08.2014
Berlin	ATLS-Providerkurs	23./24.08.2014

September

Dresden	ATLS-Providerkurs	13./14.09.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	19./20.09.2014
Hamburg	ATLS-In-house-Kurs	20./21.09.2014
München	ATLS-Providerkurs	27./28.09.2014
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	26./27.09.2014
Freiburg	ATLS-In-house-Kurs	26./27.09.2014

Oktober

Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	11./12.10.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	10./11.10.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	11./12.10.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	17./18.10.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	18./19.10.2014

November

Dresden	ATLS-Providerkurs	08./09.11.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Murnau	ATCN-Providerkurs	15.-17.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	21./22.11.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	21./22.11.2014
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	22./23.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2014

Service / Fort- und Weiterbildung

Dezember		
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	06./07.12.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	06./07.12.2014
Ulm	ATLS-Providerkurs	13./14.12.2014
München	ATLS-Providerkurs	13./14.12.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	12./13.12.2014