

Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Dezember 2013



**Menschen bewegen
– Erfolge erleben**



**Abschied von
Prof. Siebert**

**Das Bielefelder
Urteil**

Wie geht's weiter?

Das nahende Jahresende bietet sich an zum Innehalten und lädt ein zum Nachdenken, zu Reflektionen und nicht zuletzt zu einem Ausblick auf das Kommende. Bei dieser Gelegenheit ziehen in Gedanken besondere Erlebnisse und Ereignisse der vergangenen Monate am inneren Auge vorbei: berufliche, private, schöne, erschreckende – manchmal erreichen sie die Qualität des Überdauerns. Nur selten wird diese Zeit genutzt und der Mut aufgebracht, auch längere Zeitspannen anzuschauen, zu bedenken, Erreichtes zu analysieren, Prioritäten zu prüfen, Einstellungen zu hinterfragen. Wie oft ist mit dem „Blick nach vorn“ eher der Dienstplan für den nächsten Monat und die Urlaubsplanung unter Berücksichtigung der Brückentage gemeint, als grundsätzliche Überlegungen oder Konzepte zu Kontinuität oder möglicher Weise notwendigen Veränderungen.

Auf der Bühne der deutschen Politik haben die letzten Wochen im Zusammenhang mit den Verhandlungen zur Bildung der „GroKo“ (Großen Koalition) vermittelt und gezeigt, dass ein vordergründig – auf den ersten Blick – großer Sieg nicht unbedingt und zwangsläufig im weiteren Verlauf eine starke Position bedeutet; und dass ein schlechtes Wahlergebnis durch geschicktes Manövrieren und Verhandeln einen überproportionalen Machtgewinn einbringen kann, wenn man als Partner „gebraucht“ wird.

Was genau ist die „eigene Identität“?

Es ist erneut klar geworden, dass Koalitionen und Kooperationen aller Arten mit Kompromissen einhergehen, die zum Teil zunächst wehtun können – dieser Schmerz aber zumeist für ein „größeres Ganzes“ gerne in Kauf genommen wird. Gleichwohl besteht die berechtigte Befürchtung, durch Kompromisse auch einen Teil der eigenen Überzeugung und Identität aufzugeben. Genau hier wird es gedanklich und argumentativ anspruchsvoll, manchmal schwierig: Was ist denn nun eigentlich genau die „eigene Identität“? Welche Gesamtheit von Eigentümlichkeiten oder Eigenschaften ist als Übereinstimmungs- oder Unterscheidungsmerkmal gemeint?

Die Überzeugungen, die man seit jungen Jahren im Herzen mit sich herumgetragen hat, die sich aber möglicherweise über all die vielen Jahre an vermeintliche Realitäten angepasst haben, schon längst verschwommen sind? Die Abgrenzungen anderen Gruppen oder Gruppierungen gegenüber, die sich ihrerseits zwischenzeitlich auch schon längst weiterentwickelt haben und somit eine ständig neuartige Abgrenzung erfordern? Der Mensch scheint seine Identität in einem Wechselspiel von „Dazugehören“ und „Abgrenzen“ ständig weiterzuentwickeln. Heraklit wird der Ausspruch zugeschrieben: „Wir steigen alle in denselben Fluss und doch nicht in denselben, wir sind es und wir sind es nicht.“

Menschen, insbesondere aber auch Gruppierungen (Parteien, Verbände, Länder) können ihre Orientierung und Ausrichtung verändern – mit dem Effekt, dass dadurch einige Mitglieder ihre ureigene Zugehörigkeit zu dieser Gruppe oder Gruppierung gefährdet sehen oder sogar verlieren. Dies kann für politische Parteien zutreffen, deren politische Programme oder Diskussionen sich in unterschiedliche Strömungen oder Gruppierungen immer mehr einer vermeintlich bürgerlichen, gemeinsamen politischen Mitte nähern. Veränderungen oder Weiterentwicklungen können auch zu einem Problem für die einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände werden, die durch Fusionen an Größe und Stärke gewinnen – aber möglicherweise oder nur vermeintlich die eigene Identität verlieren. Derartige Gedanken könnten so manchem Orthopäden oder Unfallchirurgen ganz im Stillen kommen, der über viele Jahre in seinem Bereich Großes geleistet oder bewegt hat und nun bemerkt, dass seine eigenen Schwerpunktinteressen nicht mehr im „Main Stream“ des Faches liegen. Aber gerade dann kann es so wichtig sein, sich erst recht bemerkbar zu machen, sich zu artikulieren und zu positionieren – dies gilt gleichermaßen für den konservativen Orthopäden wie für den chirurgischen Intensivmediziner, den technischen Orthopäden oder den Rettungsmediziner.



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer,
BVOU-Vizepräsident

Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung

Die Identitätsentwicklung beim Menschen beruht auf zwei Prozessen, nämlich Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung (Leo Montada). Dieses setzt zwei Eigenschaften voraus: die Fähigkeit, sich selbst und die aktuelle Situation zu hinterfragen, sowie Mut und die Kraft, gestalterisch tätig zu werden. Die gelebte Erfahrung lehrt, dass es keine Konstanz im Leben gibt, und auch die Wunschvorstellung, dass man diese Konstanz im beruflichen Umfeld erwarten kann, erscheint nur bedingt realistisch. Die Flusslehre Heraklits besagt auch: Alles fließt und nichts bleibt; es gibt nur ein ewiges Werden und Wandeln.

Diesen Herbst hatte ich meine 25jährige Examensfeier in Hannover – und neben der Freude über das Wiedersehen und -treffen alter Kommilitonen und Wegbegleiter fiel mir auf, wie unterschiedlich die Entwicklungen der Einzelnen geprägt worden waren. Und dennoch erschienen mittlerweile nahezu alle aus diesem Jahrgang ein überraschend „wertgleiches Weltbild“ zu haben. Offensichtlich werden die Generationen durch äußere Einflüsse relativ homogen geprägt. Dies zu realisieren und auch zu berücksichtigen, erscheint mir wie ein großer Marktvorteil.

Generationen im Wandel

Vor wenigen Monaten berichtete das Deutsche Ärzteblatt in einem sehr interessanten Beitrag über „Vier Generationen unter einem Dach“ (DÄ 19/2013: A928ff) mit unterschiedlichen Wertemustern und Haltungen, die dann beispielsweise im klinischen Arbeitsumfeld aufeinanderprallen. Mein Jahrgang und diejenigen drum herum – die sogenannten Babyboomer – stellen die größte Population aller vorangegangenen Generationen dar. Wir sind der sogenannten „Wirtschaftswundergeneration“ gefolgt, die in den vergangenen Jahren die Kliniken und Fachgesellschaften geprägt haben. Während diese als idealistisch, skeptisch gegenüber Autoritäten und loyal zum Unternehmen bezeichnet werden, wird unser Jahrzehnt als durch den Wettbewerb um Positionen und Karriere charakterisiert, geprägt von Umweltbewusstsein und Emanzipation. Wir haben den Begriff „Workaholic“ das erste Mal gehört – und häufig persönlich umgesetzt – und waren und sind vor allem durch Partizipation und zum Teil durch materielle Anreize zu motivieren. Die nachfolgende „Generation X“ (1966-1985) wird durch den Begriff der „Work-Life-Balance“ beschrieben: Individualismus und materielle Wertorientierung haben eine große Bedeutung, sie sei karriereo-

rientiert und ehrgeizig. Während die Babyboomer leben, um zu arbeiten, hat die Generation X es gedreht und arbeitet, um zu leben. Die anschließend Geborenen (nach 1986) werden der „Generation Y“ zugerechnet, den sogenannten Millennials. Während sich die vorangehenden Generation Sorgen um einen Arbeitsplatz machen mussten, ist die „Generation Y“ aufgewachsen mit der Gewissheit, dass es einen Fachkräftemangel geben wird. Das Arbeitsmotto lautet „Leben beim Arbeiten“, sie sind lernbereit, flexibel und mobil, aber die Arbeit muss Spaß machen und fordern. Privatleben kommt vor Arbeit, und somit sind finanzielle Anreize, Titel und Hierarchiestufen ohne wesentliche Bedeutung, hingegen sollte es geregelte und planbare Arbeitszeiten geben.

Wenn wir nun dieses zur Kenntnis nehmen, wird es relativ schnell offensichtlich, dass es für die „Bewahrer“ schwierig werden wird. Die Einstellungen, die unsere Generation zum Umfang und Inhalt der Aus- und Weiterbildung hat, aber insbesondere auch zur Arbeit im klinischen Alltag, sind nicht mehr unbedingt deckungsgleich mit den Vorstellungen der nachfolgenden Jahrgänge. Anreize und Motivationstrigger sind unterschiedlich – und dennoch arbeiten wir gemeinsam im gleichen beruflichen Um-

feld. Sicherlich ist ein anderer, ein offener Führungsstil ebenso notwendig wie die beiderseitige Bereitschaft, sich aufeinander einzustellen.

Führung bedeutet auch und insbesondere, Position zu beziehen. Es sollte sich ein jeder fragen, welche Werte und Haltungen in der medizinischen Versorgung unabhängig von den Schwerpunkten der Generationen erhaltenswert erscheinen – und diese sollten wir gemeinsam diskutieren und uns um ihre Erhaltung und Kultivierung bemühen, gegebenenfalls sogar dafür kämpfen. Eine weiter zuge-spitzte Ökonomisierung der Medizin erscheint mir persönlich genauso bedrohlich wie die Einstellung zum Beruf des Arztes als reinem „Job“. Wir arbeiten in einem unglaublich privilegierten Umfeld: Menschen mit großen persönlichen Sorgen und Problemen kommen zu uns und vertrauen uns – dies ist eine große persönliche Verantwortung, über die wir uns täglich klar sein sollten – unabhängig vom externen Druck und vom Zeitgeist.

Im Namen der Redaktion wünsche ich Ihnen und Ihren Familien besinnliche und geruhsame Feiertage und alles Gute für das Neue Jahr!

Ihr
Karsten Dreinhöfer



*Die Vorstände von BVOU, DGOOC, DGOV und DGU
wünschen allen Mitgliedern frohe Tage im Kreise ihrer Familien
und einen schwungvollen Start ins neue Jahr!*

1/1 Anzeige



658 Ein Lotse geht von Bord: Prof. Dr. Hartmut Siebert verabschiedet sich aus dem Amt des DGU/DGOU-Generalsekretärs. Was er selbst und einige seiner Mitstreiter dazu sagen, lesen Sie ab S. 658.



664 Menschen bewegen – Erfolge erleben: Vom 22. bis 25. Oktober 2013 zog Europas größter Kongress für O&U, der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, fast 12.000 Besucher an.



724 Das Bielefelder Urteil: Im Oktober vergangenen Jahres verurteilte das Landgericht Bielefeld einen angehenden Arzt wegen fahrlässiger Tötung. Was können wir daraus lernen?

Editorial

Wie geht's weiter? **643**

Impressum

648

Nachrichten

Kurz und bündig **650**

„Jeden kann es treffen“ neu erschienen **650**

TraumaNetzwerk DGU® gewinnt MSD-Gesundheitspreis **651**

TKmed® auf Überholspur **651**

Mediziner so positiv gestimmt wie nie **651**

Verspätete Behandlungen kosten Deutschland jährlich 217 Millionen Arbeitsstunden **652**

Politik

HONORARSITUATION IN O&U KBV stellt sich der Realität **654**

KOALITIONSVERTRAG Relevante Themen für O&U **655**

Aus unserem Fach

PROF. DR. HARTMUT SIEBERT Ein herzlicher Dank – kein Abschied **658**

DKOU 2013 Menschen bewegen – Erfolge erleben **664**

PRÄSIDENTENREDE PROF. HELLER Wir bewegen Menschen! **668**

PRÄSIDENTENREDE PROF. HOFFMANN „Nichts ist überzeugender als der Erfolg“ **670**

PRÄSIDENTENREDE PROF. KLADNY O&U – ein Fach mit Zukunft **672**

INTERVIEW Ein Kongress auf Neuland **676**

PREISE UND EHRUNGEN Die Crème de la Crème von O&U **680**

JOURNALISTENPREIS FÜR O&U Fast ein Wunder und gute Führung **688**

BERLIN DECLARATION Für einen Wissenschaftsaustausch mit China **690**

JUNGES FORUM Tag der Studierenden feiert fünfjähriges Jubiläum **692**

TAG DER STUDIERENDEN Ein guter Weg, den Nachwuchs zu begeistern **694**

TAG DER TECHNISCHEN ORTHOPÄDIE Weiter auf Erfolgskurs **696**

SYMPOSIUM Deutsch-Japanische Gesellschaft für O&U tagte in Berlin **698**

DKOU ABSCHLUSSVERANSTALTUNG Zum Abschied die Kongressdoktorwürde **699**

ORTHOFOIT Über den Regenbogen balancieren **701**

SUMMER SCHOOL 2013 Wissen! Können! Machen! **702**

MUP-FORUM Qualität und Sicherheit von Kongressveranstaltungen **704**

KLINIKSUCHMASCHINE Der AOK-Navigator vor Gericht **705**

UNFALLCHIRURGISCH-ORTHOPÄDISCHE BEGUTACHTUNG Kurs IV: Arzthaftungsfragen **707**

KLINIKFUSION Kräfte bündeln – Synergien nutzen **709**

PHYSICIAN ASSISTANT O&U Eine Initiative der DGOU **711**

ANOVA-KONGRESS Schmerz und Funktion **713**

DGKM-FORUM Medizinisches Management von MANV-Lagen > 50 **716**

CHIRURGISCHE FORSCHUNGSTAGE „Mastering Surgical Biology“ **718**

CHIRURGISCHE FORSCHUNGSTAGE
„Mastering Surgical Biology“ 718

ESTES-KONGRESS 2014
Einladung nach Frankfurt am Main 720

VSOU-JAHRESTAGUNG 2014
Kongress-Zepter der VSOU
erstmals in Frauenhand 721

UEMS
Die konservative Orthopädie
in Europa stärken 723

LESERBRIEF
Zur periradikulären Therapie 726

Qualität und Sicherheit

KOMMENTAR
Was lernen wir aus dem
Bielefelder Urteil 728

AE-KONGRESS
Qualitäts- und Sicherheitsinitiative
– Endoprothetik 2013 730

Recht

KRANKENHAUSABRECHNUNG
Gelungene Reform oder
bürokratischer Overkill? 732

WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN
Neue Risiken bei der Abrechnung 734

AWMF
Frühjahrssitzung 2013 des
Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ 737

Namen

Personalia 740

Wir gratulieren ... 741

Nachruf für
Prof. Dr. Wolfgang Heipertz 742

Für unsere Mitglieder

Service/Preise 790

Kleinanzeigen 794

OU Medizin und Markt 795

Die Rubriken „Für Sie gelesen“ und „Kursangebote/Kalender“ finden Sie
in der Onlineausgabe von Heft 6/2013
Die Kursangebote und den Kalender finden Sie weiterhin auf den Homepages
der Verbände/Gesellschaften

BVOU

Basis im Erwartungsstand 745

Das Hüftgelenk 747

Aktuelles zur Berufs-Haftpflicht-
Versicherung 749

Neue Mitglieder 753

Änderungen der Mandatsträger
in den BVOU-Bezirken 753

DGOU

Protokoll der Mitgliederversammlung
der DGOU 754

Internationale Aktivitäten der
DGOU im Fokus 757

30 Jahre AGA 759

Jahresbericht 2013 der ASAMI
Deutschland e.V. 761

Neues von der AFACOT 762

Aktuelle Aktivitäten des Ausschusses
Wissenschaft und Forschung 763

Tätigkeitsbericht der AGiTEC 765

Neue Mitglieder 766

DGOOC

Mitgliederversammlung 2013
der DGOOC 768

Endoprothesenregister Deutschland
jetzt in der Einführungsphase 771

Ein Jahr Zertifizierung von
EndoProthetikZentren 772

Ein Jahr Arbeitskreis „Wachsende
Wirbelsäule“ der VKO 774

Weißbuch für Tumoren des Haltungs-
und Bewegungsapparates 775

Neue Mitglieder 776

DGU

Mitgliederversammlung der DGU 778

Gedenken jüdischer
Mitglieder 780

Georg Friedrich Louis
Stromeyer-Medaille 2013 781

Zum Tod von Urs Heim 782

Konstituierende Sitzung der neuen
AG Einsatz-, Katastrophen- und
Taktische Chirurgie (EKTC) 783

Symposium „Herausforderungen
in der Alterstraumatologie“ 784

Septische Chirurgie in O&U:
Wo stehen wir? 787

Neue Mitglieder 789



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. Hartmut Siebert

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

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert
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: hsiibert@office-sha.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

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. Hartmut Siebert,
Schwäbisch Hall

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. Reinhard Hoffmann,
Frankfurt/Main

Erster Vizepräsident

Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. Michael Nerlich, Regensburg

Generalsekretär

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Schatzmeister

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schriftführer und Schriftleiter der Website www.dgu-online.de

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

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



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGU)

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
Frankfurt/Main

Stellv. Präsident (und Präsident der DGOOC)

Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC

Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln
Prof. Dr. Henning Windhagen, Hannover

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Stellv. Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Aachen

Schatzmeister

Prof. Dr. Werner E. Siebert, Kassel

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat

Dr. Richard Stange, Münster/
Dr. Babak Moradi, Heidelberg

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 Wissenschaftsausschusses

Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Grifka,
Bad Abbach

Vertreter des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen

Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums

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@dgu.de
www.dgu.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Bernd Kladny,
Herzogenaurach

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier,
Rostock

2. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Henning Windhagen,
Hannover

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Berlin

Schatzmeister

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Leiter der Ordinarienkongress

Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka,
Bad Abbach

2. Vorsitzender des VLOU

Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck,
Heidelberg

Geschäftsstelle der 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: info@dgooc.de
www.dgooc.de



Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Stefan Nehrner, Krems/Österreich

1. Vizepräsident

Prim. Dr. Josef Hochreiter, Linz/Österreich

2. Vizepräsident

Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

Generalsekretär

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

Kassierer

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

Schriftführer

Prof. Dr. Catharina Chiari, Wien/Österreich

Fachgruppenobermann

Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

Sekretariat der ÖGO

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



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



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

Mitglieder dieser Vereine erhalten die
Zeitschrift im Rahmen der Mitgliedschaft.

1/1 Anzeige

Kurz und bündig

Honorare für Gutachten wurden angepasst

Die Honorare für Gutachten laut Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) wurden ab 1. August 2013 angepasst. Für Leistungen der in Abschnitt O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) bezeichneten Art bemisst sich das Honorar nach dem 1,3 fachen Gebührensatz. § 4 Absatz 2 Satz 1, Absatz 2a Satz 1, Absatz 3 und 4 Satz 1 und § 10 der Gebührenordnung für Ärzte gelten entsprechend; im Übrigen bleiben die §§ 7 und 12 unberührt. So erhält ein Sachverständiger in der Honorargruppe M1 = 65 Euro/Stunde, in M2 = 75 Euro/Stunde, und M3 = 100/Euro/Stunde. (VLOU)

OPS 2014 veröffentlicht

Das DIMDI hat die endgültige Fassung der Version 2014 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) veröffentlicht. Eingeflossen sind 264 Vorschläge und zusätzliche Anforderungen aus der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Krankenhausleistungen: www.dimdi.de → Klassifikationen, Terminologien, Standards → OPS → OPS 2014 online (DIMDI)

DGOU jetzt neu bei Facebook



Die DGOU wird interaktiv: Zum Auftakt des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin hat die DGOU eine Facebook-Fanpage gestartet: www.facebook.com/dgou.ev. Dort gibt es ab jetzt News, Veranstaltungstipps, Fotos und viele andere interessante Infos. Wir freuen uns auf viele Besucher und Kooperationen! (MBA)

DGOU jetzt neu bei Facebook



Mitte Oktober 2013 hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) ihre neue Website freigeschaltet: www.dgou.de. Diese enthält jetzt sehr viel mehr Informationen als bislang und soll stetig weiter ausgebaut werden. Unter anderem bietet die DGOU dort in

Kooperation mit dem Thieme Verlag und Stepstone eine Jobbörse für den Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie an: www.dgu-online.de/dgu/stellenboerse.html (MBA)



„Jeden kann es treffen“ neu erschienen

Das Buch „Jeden kann es treffen – Gesichter jenseits der Statistik“ ist jetzt in zweiter, überarbeiteter Auflage erschienen.

Bereits die Erstauflage aus 2009 hat große Beachtung in der Öffentlichkeit erfahren. Die Publikation ist das Ergebnis einer Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) – der die Produktion finanziert hat – und Ina Kutscher, selbst Unfallopfer und Initiatorin des Projekts „Jeden kann es treffen“.

Ina Kutscher lässt Unfallopfer, Hinterbliebene, Ersthelfer und Unfallverursacher ihr Erlebtes in eigenen Worten erzählen, ihre Portraitfotos geben den Zahlen und Statistiken Gesichter. Die dargestellten Einzelschicksale machen deutlich, dass Verkehrsunfälle Familien zerrütten, Existenzen zerstören und immer auch tiefgreifende Spuren bei den Helfern hinterlassen. Damit erweitert das Buch die in der Öffentlichkeit oft genug sehr abstrakt geführte Diskussion um entscheidende Aspekte – Mitgefühl und Menschlichkeit. Schließlich sind es Menschen, die unvermittelt Opfer schwerer Unfälle werden, und die doch zu oft hinter nüchternen Zahlen und Statistiken verborgen bleiben.

Die DGU unterstützt dieses Buch ausdrücklich und tatkräftig. Als Fachgesellschaft sieht sie gemeinsam mit ihrer Arbeitsgemeinschaft „Prävention von Unfällen“ eine ihrer wichtigsten Aufgaben darin, Unfälle zu vermeiden.

Elke Leopold

Jeden kann es treffen

Das Buch kann kostenfrei in der DGOU-Geschäftsstelle bestellt werden: office@dgu-online.de

Weitere Informationen: www.jeden-kann-es-treffen.de



Foto: MSD/Angelika Bardehle

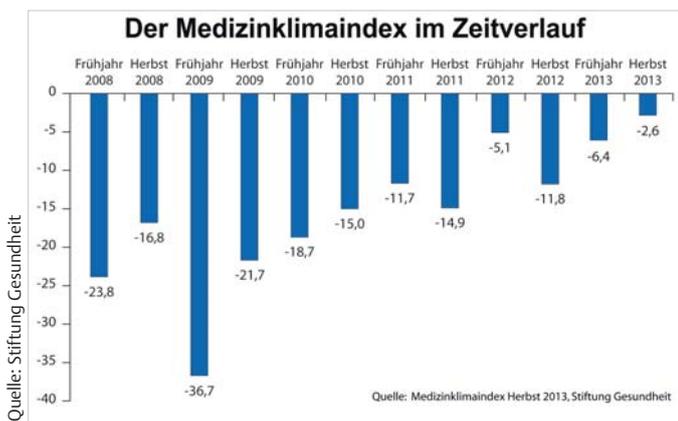
Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Sprecher des Arbeitskreises zur Umsetzung Weißbuch/TraumaNetzwerk DGU® (hinten, 3. v.li.), nahm am 18. September 2013 den MSD-Gesundheitspreis entgegen.

TraumaNetzwerk DGU® gewinnt MSD-Gesundheitspreis

Für die flächendeckende Verbesserung der Schwerverletztenversorgung in Deutschland wurde das TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V. am 18. September dieses Jahres mit dem 1. Preis des MSD-Gesundheitspreises 2013 ausgezeichnet.

Mit dem MSD-Gesundheitspreis werden wegweisende Versorgungsprojekte geehrt, die zu einer Verbesserung der flächendeckenden Patientenversorgung beitragen können, die finanzierbar und deren Effekte nachweisbar sind. Der Preis ist mit insgesamt 100.000 Euro dotiert und stand in diesem Jahr unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Von den 35 eingereichten Versorgungsprojekten schafften es zehn in die Endrunde – aus diesen ermittelte die Jury schließlich sechs Preisträger. Das TraumaNetzwerk DGU® war das einzige Projekt aus dem Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Es erhielt von der Jury einen der beiden ersten Preise. (EL)

Mediziner so positiv gestimmt wie nie



Der Medizinklimaindex im Zeitverlauf

TKmed® auf Überholspur



Das Projekt TKmed®/TeleKooperation TNW® erntet in diesem Jahr Lorbeeren: den Telematik Award sowie den Karl Storz Telemedizinpreis.

Auf der Internationalen Funkausstellung Berlin (IFA) im September 2013 wurde das Projekt TKmed®/TeleKooperation TNW® – das bundesweite Netzwerk für Telekooperation in der Medizin mit dem Telematik Award im Bereich der Human Telematik ausgezeichnet. Der renommierte Preis würdigt die besondere Entwicklungsleistung und anwenderfreundliche technische Umsetzung. Zudem wurde am 7. November die interdisziplinäre „Arbeitsgemeinschaft Telekooperation“ der AUC – Akademie der Unfallchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) für TKmed® – mit dem Karl Storz Telemedizinpreis des Jahres 2013 ausgezeichnet. Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert. Damit würdigt die DGTeled (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin) gleichzeitig das Engagement der DGU, durch telemedizinische Anwendungen die Schwerverletztenversorgung zu optimieren. Gemeinsam entwickelt von der AUC-Akademie der Unfallchirurgie, einer Tochter der DGU, sowie den Technologiepartnern CHILI GmbH und pegasus GmbH ermöglicht das innovative System die multidisziplinäre, bundesweite und sektorenübergreifende Vernetzung medizinischer Dienstleister. Derzeit sind zirka 80 Kliniken über TKmed® miteinander vernetzt und nutzen den schnellen, sicheren und datenschutzkonformen Transfer von Bild- und Patientendaten (Befunde, Arztbriefe etc.). TKmed® kann zur Notfallkonsultation und zur Einholung von Zweitmeinungen eingesetzt werden. Teleradiologie nach Röntgen ist ebenfalls möglich. Ein erweitertes Befundmanagement, die Möglichkeit von standortübergreifenden Tele-Konferenzen sowie volle Funktionalität auch am privaten Rechner im Rufdienst erleichtern die tägliche klinische Arbeit enorm. Weitere Informationen finden Sie auf: www.tkmed.org. (DGU)

Seit 2006 befragt die Stiftung Gesundheit zweimal jährlich Ärzte nach ihrer Stimmung. Im Herbst dieses Jahres erreichte diese ein Rekordhoch.

Mit einem Index von -2,6 beurteilen die Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland im Herbst 2013 ihre wirtschaftliche Lage positiver als je zuvor. Im Frühjahr hatte der MKI bei -6,4 gelegen - schon damals war ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Optimistische Spitzenreiter bleiben auch im Herbst die Zahnärzte mit einem MKI von +15,6 (Frühjahr: +8,9). Sehr viel positiver als noch vor einem halben Jahr blicken die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem MKI von +6,3 in die Zukunft (Frühjahr: -7,0). Einzig die Ärzte zeigen sich mit einem MKI von -9,6 etwas pessimistischer (Frühjahr: -9,2).

Verspätete Behandlungen kosten Deutschland jährlich 217 Millionen Arbeitsstunden

Eine Millionen mehr Beschäftigte als bisher könnten täglich zur Arbeit gehen, wenn sie besseren Zugang zu frühzeitiger Intervention bei muskuloskelettalen Erkrankungen (MSD) wie Rückenschmerzen hätten. Dies ist einem von der Work Foundation verfassten Bericht der Fit for Work Europe Coalition zu entnehmen, der im Oktober 2013 in Brüssel vorgestellt wurde.

Nachdem viele EU-Mitgliedsstaaten damit rechnen müssen, dass bis 2030 bei 50 Prozent der Bevölkerung muskuloskeletale Erkrankungen diagnostiziert werden, rät der Bericht dringend dazu, einer frühzeitigen Behandlung von MSD höchste Priorität einzuräumen, um das Problem in den Griff zu bekommen. Darüber hinaus veranschaulicht die Studie, wie mit Hilfe eines erprobten und bewährten Modells dauerhafte Arbeitsbeeinträchtigungen länderübergreifend um 50 Prozent reduziert werden könnten.

MSD gelten als die EU-weit häufigste Ursache für krankheitsbedingte Ausfälle: 44 Millionen Beschäftigte leiden an muskuloskelettalen Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Verspannungen in Nacken, Schultern und Armen. Die Fehlzeiten und Produktivitätsausfälle verursachen jährlich Kosten in Höhe von bis zu 240 Milliarden Euro. Das entspricht zwei Prozent des EU-weiten Bruttoinlandsprodukts. Der Bericht fordert deshalb die EU-Mitgliedsstaaten auf, zwischen Regierungsbehörden, Arbeitgebern und Medizinern koordinierte Maßnahmen zu ergreifen, um das Problem anzugehen und Kosten in Milliardenhöhe einzusparen sowie den von den massiven Beschwerden Betroffenen zu helfen.



Muskuloskeletale Erkrankungen verursachen jährlich in Europa Kosten von bis zu 240 Milliarden Euro.

„Unsere Analyse hat ergeben, dass der Zugang zu frühzeitiger medizinischer Intervention für Beschäftigte mit MSD derzeit keine Priorität hat“, sagte Prof. Stephen Bevan, Gründungspräsident der Coalition, die praktizierende Ärzte, Patientenverbän-

Land	Fehltage in Folge von MSD	Zahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten entsprechend der in Madrid erzielten Ergebnisse	Zahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten bei einer Reduzierung um 25 %
Deutschland	217 Mio.	479.973	307.675
Großbritannien	35 Mio.	62.045	39.773
Spanien	26 Mio.	46.091	29.545
Polen	21,7 Mio.	38.538	24.704
Frankreich	13,4 Mio.	23.724	15.208
Österreich	7,7 Mio.	13.650	8.750
Irland	7 Mio.	12.409	7.955
Finnland	5,15 Mio.	9.142	5.860
Rumänien	3,15 Mio.	5.594	3.586
Slowenien	2,47 Mio.	4.379	2.807
Griechenland	1,2 Mio.	2.472	1.584
Estland	1,02 Mio.	1.815	1.164
Gesamt	102 Mio.	699.832	448.610

Tabelle Fehltage aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen in Europa: Da die Bezeichnung von Patienten bei Frühinterventionsdienstleistungen in den Ländern erheblich variiert, basieren die hier erhobenen Daten auf einer vorsichtigen Schätzung zur Verbesserung der Gesamtsituation um 25 Prozent, statt um die in Madrider Klinik erzielten 39 Prozent. Nichtsdestoweniger wäre die Zahl verhinderter Ausfälle auch bei dieser konservativen Schätzung erheblich und zeigt die signifikante Wirkung, die ein breiterer Zugang zu früher Intervention EU-weit erzielen würde.

de, Ökonomen und Forscher vertritt, die sich für gesundheitsfördernde Bedingungen für Arbeitnehmer einsetzen. „Tausende Beschäftigte sind unnötig lange krank oder fallen dauerhaft aus, obwohl bewährte Maßnahmen dabei helfen könnten, ihre Genesung zu beschleunigen und sie früher an den Arbeitsplatz zurückzubringen“, fügte er hinzu.

Frühzeitige Behandlung reduziert Fehlzeiten

An einer Klinik für frühzeitige Interventionen bei MSD in Madrid wurde ein zweijähriger erfolgreicher Modellversuch durchgeführt. Auf Grundlage der hier gewonnenen Daten hat die Fit for Work Europe Coalition eine Hochrechnung erstellt, die einen vergleichbaren Erfolg für zwölf EU-Mitgliedstaaten in Aussicht stellt. 13.000 Arbeitnehmer mit MSD wurden nach fünf Krankheitstagen untersucht und behandelt. Dadurch gelang es der Madrider Klinik, die temporären Fehlzeiten um 39 Prozent und Fälle dauerhafter Arbeitsunfähigkeit um 50 Prozent zu reduzieren. Der Bericht erläutert die Implikationen dieser Ergebnisse für zwölf EU-Mitgliedstaaten und legt Schätzungen für alle 28 EU-Mitgliedstaaten vor. „Wenn dieses Vorgehen in der gesamten EU wiederholt würde, könnten unseren Schätzungen zufolge täglich bis zu einer Million Beschäftigte, die derzeit ausfallen, am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen“,

fuhr Bevan fort. „Dies würde zu einem deutlichen Produktivitätsschub führen sowie Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall spürbar reduzieren. Und das zu einer Zeit, in der die Mitgliedstaaten gezwungen sind zu sparen und ihr Wirtschaftswachstum anzukurbeln. Selbst wenn die Fehlzeiten statt um 39 Prozent nur um 25 Prozent reduziert würden, stünden unseren Berechnungen zufolge täglich 640.000 Beschäftigte mehr zur Verfügung.“

Die Studie unter Federführung von Prof. Juan Jover hat gezeigt, dass ähnliche Ergebnisse alleine in Spanien, wo jährlich 26 Millionen Arbeitstage MSD-bedingt ausfallen, dazu führen würden, dass täglich 46.000 Beschäftigte zur Verfügung stünden, die derzeit gesundheitsbedingt fehlen. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, ergeben sich für die elf weiteren EU-Mitgliedstaaten ähnlich signifikante Werte. In Deutschland, wo jährlich 217 Millionen Arbeitsfehltag aufgrund von MSD verzeichnet werden, könnten bis zu 480.000 Menschen mehr pro Tag als Arbeitskräfte zur Verfügung stehen (39 Prozent).

Quelle: Fit for Work Europe

Hinweis: Fit for Work ist ein Projekt der Work Foundation und wird von AbbVie und GE Healthcare unterstützt.

1/2 Anzeige

KBV stellt sich der Realität

Spitz könnte man formulieren, jetzt geht es den Orthopäden und Unfallchirurgen wirklich schlecht – denn in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verlieren sie das Image der „Jammernden auf hohem Niveau“. Auch dort dringen die herben Verluste, die das Fach zu verzeichnen hat, ins Bewusstsein vor.



Foto: KBV

Dr. Andreas Köhler, KBV: „Es gibt Handlungsbedarf bei der Gruppe.“

Die Einsicht, die in der KBV reift, steht bei den Kassen allerdings noch aus. Bislang galt die Selbstverwaltung mit den Kassen als Bastion der Ignoranz gegenüber der Situation der OU. Doch jetzt der Schwenk: „Man muss feststellen, es gibt Handlungsbedarf bei der Gruppe“, bekannte Dr. Andreas Köhler, 1. Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) während des DKOU in einem Vortrag auf Einladung von Dr. Andreas Gassen und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller zum Seminar „Vergütungs- und Honorarsystem: Wie werden wir in Zukunft bezahlt?“.

OU haben signifikante Verluste erlitten

Die Orthopäden und Unfallchirurgen hatten in den Jahren 2000 bis 2012 einen Rückgang beim GKV-Umsatz von 1,1 Milliarden auf 985 Millionen Euro zu verzeichnen. Der Anteilsverlust sei signifikant, wie Dr. Andreas Köhler ausführte. Damit gehören die OU neben den Gynäkologen und HNO-Ärzten zu den Verlierern. Andreas Köhler legte in seinem Vortrag Zahlen vor, die die schlechte Lage im Fach O&U verdeutlichen. Beispiel

GKV-Umsatz pro OU: In den Jahren zwischen 2000 und 2012 stieg die ärztliche Vergütung um 15 Prozent an. Nicht so bei den OU, die einen Umsatzrückgang zu verzeichnen hatten.

Zurückzuführen sei diese Entwicklung auch auf Umverteilungen zwischen den Fachgruppen. Einen nicht unerheblichen Anteil hätten die Medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen, deren GKV-Anteil mittlerweile bei zehn Prozent liege – nebenbei ein Signal des Wechselwindes in der Versorgungslandschaft. Aber allein daran liege es nicht, so Dr. Andreas Köhler, und prüfte mehrere Antworten auf deren Erklärungskraft für die Verluste:

- „Mehr Orthopäden?“ – Nein, deren Zahl ist, wenn auch leicht, eher rückläufig.
- Nächster Versuch: „Sind es mehr Fälle?“ – Nein, es gibt einen Fallzahlrückgang, aber auch einen moderaten Anstieg des Honorarumsatzes je Fall von 45 auf 48 Euro –, das heißt, keine Auswirkungen.
- Schließlich: Es sind EBM-Effekte, die dies verursachen.

Zuviel pauschaliert

Man könnte EBM-Verluste rechtfertigen, wenn die Kosten in den OU-Praxen gesunken wären. Dem ist aber nicht so, im Gegenteil, es hat Kostensteigerungen gegeben. Parallel sind auch die Überschüsse der OU gesunken. Ursächlich für die Vergütungsverluste sind die enormen Pauschalierungen im EBM: „Im Grunde haben Sie vier Leistungen, die 90 Prozent Ihres Leistungsspektrums abdecken. Dies in Kombination mit der Tatsache, dass wir bisher immer feststellen mussten, dass die fachärztlichen Grundversorger – und dazu zähle ich auch die konservativen Orthopäden – Verlierer jeder EBM-Reform waren.“

Kassen überzeugen

Den Handlungsbedarf sieht Dr. Andreas Köhler in der Herstellung der Chancengleichheit zu anderen Facharztgruppen. Dazu sei die Gesetzliche Krankenversicherung zu informieren, dass die O&U ihr Image, „denen geht es gut“ längst verloren hat. Konkreten Handlungsbedarf sieht der KBV-Chef weniger bei den operativ tätigen OU, sondern gezielt müssen die konservativ tätigen OU gefördert werden. Die Stärkung der konservativen Schiene soll auch bei Gynäkologen und HNO-Ärzten erfolgen. „Wir müssen das orthopädische Leistungsspektrum wieder abbilden“, so Dr. Andreas Köhler. Grundleistungen sollen außerhalb der budgetierten, morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen vergütet werden. Dies auch, weil sonst eine flächendeckende fachärztliche Versorgung im ländlichen Bereich gar nicht mehr sichergestellt werden kann.

Unter besonderem Schutz

Dr. Köhler erläuterte auch noch die ärztliche Zielstruktur der KBV, in der eine wohnortnahe, fachärztliche Versorgung

DER FADEN GEHT NICHT VERLOREN

Die Fachärzte haben ein Gremium gewählt, das den KBV-Vorstand beraten wird. Das Gremium besteht aus fünf hauptamtlichen KV-Vorständen. Aufgrund seiner Funktion als einer der stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung und der damit verbundenen engen Anbindung an den Vorstand wurde Dr. Andreas Gassen zum Sprecher des Gremiums ernannt. Assoziiert sind auch die Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse Psychotherapie und fachärztliche Versorgung, Dieter Best und Dr. Horst Feyerabend. „Wir werden die Fäden nicht aus der Hand geben und die ärztliche Selbstverwaltung arbeitsfähig halten“, so Dr. Andreas Gassen. Die Arbeit am neuen EBM wird unvermindert fortgesetzt.

Die gewählten Gremiummitglieder:

- Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Rheinland-Pfalz
- Dr. Ralph Ennenbach, Schleswig-Holstein
- Dr. Hans-Joachim Helming, Brandenburg
- Dr. Norbert Metke, Baden-Württemberg
- Dr. Pedro Schmelz, Bayern

ebenso definiert wird wie eine spezialisierte. Letztere wird eher im Zusammenhang mit der stationären Grund- und Regelversorgung in Ober- und Mittelzentren zu sehen sein. Sie ist übrigens nicht zu verwechseln mit der Ambulanten Spezialisierten Versorgung, die eine Teilmenge der Spezialisierten Versorgung ist. Wo gehören die OU hin? Fallbezogen werden sich die Orthopäden dort jeweils einsortieren. Mit der fachärztlichen Pauschale für die Grundversorger wird mit dieser Systematik seit 1. Oktober begonnen. Dabei wird fallbezogen definiert, ob der OU Grundversorger oder spezialisiert tätig ist. In dieses Konstrukt flossen auch alle Zuwächse im fachärztlichen Versor-

gungsbereich – also nicht nur die zusätzlich verhandelten 126 Millionen Euro aus dem Verhandlungsjahr 2012/2013. Und für 2014 wird es nochmals 70 Millionen Euro dazu geben. Aus diesem Finanzvolumen der PFG (Pauschale Fachärztliche Grundvergütung) soll den konservativen Orthopäden ein Zuwachs in Höhe von 5,9 Prozent ermöglicht werden: „Hier spiegelt sich die Bedürftigkeit dieser Gruppe wieder, denn dies liegt über dem Bundesdurchschnitt. Die konservativen Orthopäden sind damit der Gruppe zugeordnet, die besonders geschützt werden müssen“, führte Dr. Andreas Köhler aus.

Neukalkulation im EBM

Im Zuge der EBM-Reformen werden die Parameter für die OU erhöht – was zu einer Neukalkulation der EBM-Leistung führt. Auch die Sachkostenpauschale wäre neu zu bewerten. Besonders wichtig sei es, die vier Pauschalen aufzulösen: „Die Leistungen, die über diese Pauschalen nicht mehr abgebildet werden, müssen ausgegliedert werden“, schloss Dr. Andreas Köhler. Dr. Andreas Gassen zum Abschluss: „Wir werden alles daran setzen, den konservativen Orthopäden in der Praxis zu erhalten. Die KBV ist bereits in der Anerkenntnis dieses Fakts weit vorgekommen. Gemeinsam werden wir auch die Gesetzliche Krankenkassen von der Notwendigkeit überzeugen.“

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

KOALITIONSVERTRAG

Relevante Themen für O&U

Die Verhandlungen in der großen Koalition, die in jedem Fall notwendige Neubesetzung des Bundesgesundheitsministeriums und die zwischenzeitlich immer wieder durchsickernden Verhandlungsargumente von Jens Spahn und Karl Lauterbach haben verständlicherweise alle Mediziner interessiert. Nun ist er also geboren, der Koalitionsvertrag. Darin steht einiges, was die Ärzte in ihrer Gesamtheit, aber auch Orthopäden und Unfallchirurgen interessiert.

Der Koalitionsvertrag enthält einige Punkte, die die Ärzte im Allgemeinen und die Orthopäden und Unfallchirurgen im Besonderen interessieren dürften. Das Kapitel Gesundheit und Pflege umfasst immerhin elf Seiten und ist damit mehr als dreimal so lang wie dasjenige über die soziale Sicherheit. Einige Aspekte, die für O&U relevant sind, werden dort detailliert abgehandelt.

Ambulante Gesundheitsversorgung

Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen wird für die ambulante Gesundheitsversorgung nachdrücklich unterstrichen. In unterversorgten Gebieten sollen die Krankenhäuser verbesserte Möglichkeiten zur Zulassung im ambulanten Bereich erhalten. Wartezeiten auf einen Facharztter-

min sollen durch eine zentrale Termin-Servicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) reduziert werden. Den Hausärzten wird eine größere Mitsprache in den Vertreterversammlungen der KV eingeräumt. Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe soll gestärkt und die Substitution ärztlicher Leistungen soll in Modellvorhaben evaluiert werden.



Foto: Fotolia

Schwarz-Rot widmet dem Kapitel Gesundheit und Pflege ganze elf Seiten des Koalitionsvertrages. Einige Punkte sind für O&U von großem Interesse.

Maßnahmen, die ein gewisses Misstrauen den Forderungen der Ärzteschaft gegenüber darstellen. Dazu gehört auch, dass die Sektoren übergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten ausgebaut werden soll – ein Projekt, das wohl mindestens zwei Legislaturperioden benötigt. Und dazu gehört auch, dass ein neuer Straftatbestand Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch geschaffen werden soll. Für Orthopädie und Unfallchirurgie besonders interessant sind die vorgesehenen strukturierten Behandlungsprogramme – so auch für die Behandlung von Rückenleiden.

Krankenhausversorgung

Die Qualität der Krankenhausversorgung soll verbessert werden. Dafür soll ein neues Qualitätsinstitut (haben wir nicht schon genug?) eingerichtet werden, in dem Sektoren übergreifend die Daten gesammelt und publiziert werden. Besonders interessant ist die Verkoppelung von Qualität und Quantität in der Leistungserbringung. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität sollen nämlich von Leistungsabschlägen ausgenommen werden können, was ja eine differenzierte Qualitätsbeurteilung in den Krankenhäusern erfordert. Wie schwierig diese ist, zeigt der Umgang mit dem AOK-Navigator (siehe: „Der AOK-Navigator vor Ge-

richt“, Seite 705). Für vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählte planbare Leistungen sollen die Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 modellhaft Qualitätsverträge schließen dürfen. Das ist quasi ein Einstieg in Selektivverträge.

Das gewisse Misstrauen den Ärzten gegenüber zeigt sich auch in der nun eingeforderten Zweitmeinung bei Operationen. Hierüber ist bei der Aufklärung verbindlich zu informieren. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen (!).

Ein besonders wichtiger Aspekt ergibt sich für das Endprothesenregister Deutschland (EPRD). Die Koalition möchte nämlich als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantateregister aufbauen, wofür die Datenlieferung verpflichtend ist. Bestehende Register sollen in diese Projekte einbezogen werden, wozu sicher das EPRD gehört. Dies wäre ein starker Anschlag für das Register, das am 1. Januar 2014 in den Echtbetrieb geht.

Die von der OECD geäußerte Kritik am deutschen DRG-System (siehe: „Die Hütte brennt“, OUMN 3/2013, Seite 246) ist auch bei den Koalitionspartnern angekommen. Vorhaltekosten von speziell ausgestatteten Krankenhäusern sollen berücksichtigt werden (zum Beispiel

Notfallversorgung). Auch die Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung sollen im DRG-System besser vergütet werden. Dies gilt auch für die Leistungen der Hochschulambulanzen.

Masterplan Medizinstudium 2020

Ein „Masterplan Medizinstudium 2020“ plädiert für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, die Förderung und Praxishäufigkeit und Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium. Dass auch dieses Thema nicht kurzfristig gelöst werden kann, wurde beim eben zu Ende gegangenen Workshop über „Die Finanzierung der Weiterbildung“ der DGOU klar. Wir werden darüber berichten.

Präventionsgesetz

Noch 2014 soll ein Präventionsgesetz verabschiedet werden, das die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht. Auch das im großen Umfang ein Thema für O&U.

Was wird sich davon als realistisch herauskristalisieren? Erfordert dies alles Berücksichtigung und Maßnahmen bei DGOU und BVOU? In der WELT am Sonntag (Nr. 48/2013) heißt es: „Die politische Haltbarkeit solcher Dokumente war schon immer sehr begrenzt, zeigt die Geschichte der Bundesrepublik... Ob eine Regierung Erfolg hat, hängt von Mut und Tatkraft ab – nicht vom Vertrag!“

Dennoch – vorausgesetzt, dass die SPD-Basis dem Koalitionsvertrag zustimmt – werden sich BVOU und DGOU auf den Weg machen, um den ein oder anderen Aspekt des Koalitionsvertrages für sich auszuloten.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOU

1/1 Anzeige



PROF. DR. HARTMUT SIEBERT

Ein herzlicher Dank – kein Abschied

Mit diesem Jahr endet die Amtszeit von Prof. Dr. Hartmut Siebert als Generalsekretär von DGOU und DGU. Dies sind seine letzten offiziellen Zeilen als Generalsekretär – wenn auch nicht die einzigen in diesem Heft. Und erst recht nicht die letzten, die wir von ihm vernehmen werden.

Zum 1. Januar 2014 wird Reinhard Hoffmann, unser derzeitiger Präsident, die Tätigkeit und das Amt des Generalsekretärs der DGU übernehmen. Er hat sich darauf gut vorbereiten können, war Leiter des Ausschusses für Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU, des Berufsständischen Ausschusses der DGU und ist seit vier Jahren Mitglied des Vorstandes. Als ein nach Jahren der Fort- und Weiterbildung an Universitätsklinik verantwortlicher Leiter einer unfallchirurgischen Klinik eines kommunalen Klinikums und derzeitiger Direktor der BG-Unfallklinik Frankfurt am Main hat er viele Facetten unserer beruflichen Tätigkeiten und das „kleine Einmaleins“ der Arbeit in Gremien unserer Gesellschaften kennengelernt. Der richtige Mann am richtigen Platz zur richtigen Zeit – dies darf ich, ohne anmaßend zu sein, mit großer Freude feststellen!

Den Ämterwechsel nehme ich zum Anlass, um mich von Ihnen in meiner Funktion als Generalsekretär und damit auch Mitherausgeber unserer OUMN zu verabschieden. Diese Zeitschrift, die Sie soeben lesen, ist ein großartiges Beispiel dafür, wie rasant sich die Vision von einem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, einer gemeinsamen Interessenvertretung in Klinik und Niederlassung, in Forschung und berufsständischer Politik, in der Förderung von Qualität, Sicherheit und Zufriedenheit, aber auch im kollegialen Zusammenwirken der Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Chirurgen realisiert. Ich möchte aber auch nicht verschweigen, dass aus den verschiedensten Gründen in manchen Strukturen der verschiedenen Behandlungssektoren O&U noch nicht verwirklicht ist und von Manchen eher die Risi-

ken und Nebenwirkungen dieses neuen Faches wahrgenommen werden; und diese gibt es!

Nahezu 10.000 Mitglieder

Machten wir uns Anfang dieses Jahrtausends noch Gedanken, wie wir das neue Fach als neue Entität und nicht als „1+1“ begreifen und benennen – manche Ältere entsinnen sich noch an den Vorschlag einer Propellerlösung zur Benennung des neuen Faches „Orthopädie und Unfallchirurgie/Unfallchirurgie und Orthopädie“, entsprungen aus dem Gedanken, „alle mitzunehmen“ und als Vertreter der eigenen Fachgesellschaft „nicht das Gesicht zu verlieren“ –, so tritt die DGOU heute mit nahezu 10.000 Mitgliedern selbstsicher, nicht selbstgefällig, gut gerüstet, jedoch nicht unverwundbar auf.

Sowohl das Potenzial von DGU wie DGOOC ist in der DGOU notwendig, um die besonderen Bereiche des Faches zu gestalten und vor allem, dies durch spezifische Projektarbeit im Versorgungsalltag abzubilden.

Wir prägen den Goldenen Standard in O&U

Die DGOU präsentiert sich als Interessenvertretung des Faches, geprägt vom hohen Engagement ihrer Mitglieder und der Verantwortung, die Rahmenbedingungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung, Prävention sowie Nachwuchsgewinnung und -förderung aktiv und kraftvoll so zu gestalten, dass der von uns gestaltete Goldene Standard in O&U flächendeckend für unsere Patienten umgesetzt werden kann. Dabei wurde klar erkennbar, dass sowohl das Potenzial von DGU wie DGOOC in der DGOU notwendig ist, um die besonderen Bereiche des Faches zu gestalten und vor allem, dies durch spezifische Projektarbeit im Versorgungsalltag abzubilden. Noble und große Worte, Füllsel, leere Hülsen?

Die Umsetzung konkreter, der Qualität und Sicherheit in der Behandlung unserer Patienten dienender Projekte, die Etablierung erfolgreicher gemeinsamer Forschungsnetzwerke, die erfolgreiche Mitwirkung in politischen Gremien, Verbänden, Institutionen, europäischen Fachgesellschaften und – last, but not least – Standesorganisationen sprechen dafür, dass wir die richtigen Entscheidungen getroffen haben und umsetzen.

Wo ständen wir, jeder von uns, in seiner Klinik, seiner Praxis, seinem Labor oder einer anderen Wirkungsstätte, wenn wir Ende des vergangenen Jahrtausends nicht diese Vision „zusammenzufügen, was zusammengehört“ gehabt hätten? Hätten wir uns nicht weiterhin zur Freude eines „lachenden Dritten“ um Zuständigkeiten, Abrechnung, Qualifikation der Behandlung mancher Erkrankungen oder Verletzungsfolgen oder gar um den „bes-

ten“ Nachwuchs gestritten und viel, sehr viel Energie in unseren Fachgesellschaften darauf verwendet?

Unsere Mitglieder gestalten unser Fach

Dass wir, die wir für eine gewisse Zeit die Verantwortung im täglichen „kleinen Einmaleins“ wie auch für das „Große und Ganze“ übernommen haben, viel Unterstützung erfahren, zeigen unter anderem die sehr gut besuchten Mitgliederversammlungen unserer Gesellschaften beim letzten DKOU. Und noch mehr die Bereitschaft Vieler, Verantwortung in Gremien, Arbeitsgemeinschaften, Sektionen und anderen „Geschäften“ unserer Gesellschaften zu übernehmen.

Die ausgedehnten, oft konträren Diskussionen in Vorständen und Präsidien, in Kommissionen und Konventen über den „richtigen“ künftigen Weg wie auch die vielen Vorschläge für neue gemeinsame Projekte und die Optimierung unserer Strukturen machen offenkundig, dass unsere Fachgesellschaften nicht von einigen Wenigen zum Zwecke der Eigendarstellung und Verwirklichung genutzt, sondern von vielen Mitgliedern getragen werden, die bereit sind, unser Fach mitzugestalten.

Zusammenarbeit mit verlässlichen Partnern

In Fachgesellschaften, Verbänden, Körperschaften und Institutionen haben wir verlässliche Partner und vielfältige Unterstützung gefunden. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, der Deutsche Verkehrssicherheitsrat, der Bundesverband der AOK, die Deutsche Rheumaliga, Berufsverbände, Ärztekammern, um nur einige beispielhaft zu nennen, sie alle trugen und tragen ein gerüttelt Maß

dazu bei, dass wir unserer Verantwortung „von der Prävention bis zur Integration als Kümmerer agierend“ erst gerecht werden können.

Weniger verwalten – mehr gestalten

Über einige Jahre hatte ich im Team der wechselnden Präsidenten, Vorstände und – last, but not least – zusammen mit meinem den Disput nicht scheuenden, den Interessen seines Amtes verpflichteten Freund Fritz Niethard Gelegenheit, weniger zu verwalten als mehr mitzugestalten. Das Ergebnis unserer Arbeit ist der hervorragenden Unterstützung durch das unermüdliche, nie verdrießliche Wirken unseres Geschäftsstellenteams, der kritischen Begleitung und dem Vertrauen unserer Präsidien, vor allem aber der unermüdlichen Arbeit der Aktiven Mitglieder in Sektionen und Arbeitsgemeinschaften, Kommissionen und Ausschüssen geschuldet.

Während dieser Jahre erfuhr ich langjährige, sehr hilfreiche Unterstützung, nie verletzend Offenheit und viel Vertrauen – Werte, ohne die man solch eine Tätigkeit nur wenige Wochen ausüben könnte. Herzlichen Dank!

Reinhard Hoffmann wünsche ich, dass er im selben Maße Unterstützung, Wertschätzung und Vertrauen erfährt, wie ich dies über all die Jahre erlebt habe. Werte, auf die ich mich dankbar in den acht Jahren meiner Tätigkeit stützen durfte. Er wird viel anzupacken und zu bewegen haben. Ich wünsche ihm dazu alles Gute, Glück, Kraft und Geduld! Und die Gewissheit, dass ihn viele dabei unterstützen werden.

Ihr



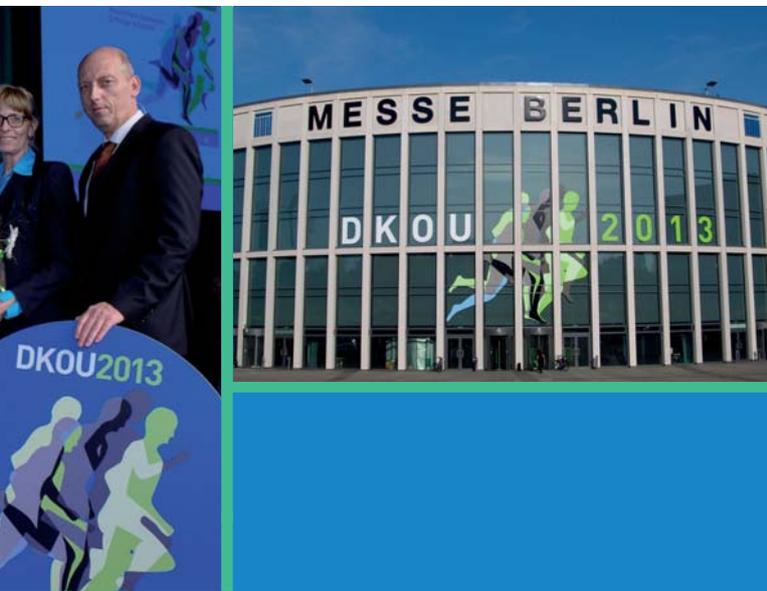
Hartmut Siebert



DKOU 2013

Menschen bewegen – Erfolge erleben

Vom 22. bis 25. Oktober 2013 fand der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Messe Süd, Berlin, statt. Das neue Kongress-Areal bot die perfekte Kulisse für das diesjährige Motto: Die Besucher blieben in den weitläufigen Messehallen auf jeden Fall in Bewegung. Und den Präsidenten kann zum Erfolg ihres Kongresses nur gratuliert werden.



Der Mensch ist ein Gewohnheitstier. Das gilt auch für den Kongressbesucher. Da muss er sich in einer Pause zwischen zwei Vorträgen mal nicht durchs Gedränge auf dem Brückenfoyer schieben, weil das ICC Berlin stark renovierungsbedürftig ist und der DKOU deshalb zum ersten Mal in der Messe Süd stattfindet – und schon sind die Weitläufigkeit der Messehallen und die Entfernungen zwischen den Vortragssälen in aller Munde (und werden deshalb auch in der Berichterstattung aufgegriffen). Dabei sind die Distanzen eher gefühlt denn wirklich groß, was wahrscheinlich den hohen Hallen und dem damit einhergehenden Eindruck von Weite geschuldet ist. Außerdem kennt man sich einfach noch nicht so gut aus wie im altbewährten ICC, muss auf der Suche nach den Räumen neue Strecken erkunden. Der Schrittzählertest beweist jedenfalls: An einem ganz normalen Kongresstag mit Rundgang durch die Industrieausstellung und mehreren besuchten Vorträgen zeigt das kleine Gerät knapp 6.000 Schritte an. Bei einer durchschnittlichen Schrittlänge von 60 Zentimetern sind das mal eben 3,6 Kilometer – also nichts, was man für Blasen und Wadenkrämpfe verantwortlich machen könnte.

Bewegung ist Leben

Das Thema Bewegung, nicht umsonst ins Motto geschrieben, dominierte den Kongress auf ganz andere Weise. Ist es doch das ureigene Thema der Orthopädie und Unfallchirurgie, Menschen aller Altersgruppen – vom Säugling bis zum Greis – nach Unfällen, Sportverletzungen, bei Leiden am Bewegungsapparat oder Tumorerkrankungen zu behandeln und ihnen ihre Mobilität wieder zu schenken. Das wissenschaftliche Programm spiegelte wider, wie sich das Fach in klinischer, wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht vorwärts bewegt, um diese Aufgabe erfüllen zu können. Auch die Bewegung über Grenzen hinweg – etwa die zwischen ambulant und stationär – wurde behandelt. Schwerpunktthemen auf der Kongress-Agenda waren: Der alte Mensch und seine Besonderheiten, Fortschritte und Grenzen der Endoprothetik, innovative Osteosyntheseverfahren sowie konservative Behandlungsverfahren und Rehabilitation.

Die drei Kongresspräsidenten mit ihren jeweiligen fachlichen Schwerpunkten verkörperten und propagierten diese Themen hervorragend. So stand BVOU-DKOU-Präsident Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Braunschweig am Herzogin-Elisabeth-Hospital, für die Endoprothetik und – als BVOU-Mann – für die berufspolitischen Inhalte; DGOU/DGU-Präsident Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Frankfurt/Main, repräsentierte die unfallchirurgischen Themen im Programm; und Prof. Dr. Bernd Kladny, Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie der Fachklinik Herzogenaurach, hat als diesjähriger Präsident der DGOOC die Fahne der konservativen Orthopädie hoch gehalten. So sagte Prof. Heller in seiner Kongressansprache, dass durch die Zusammenlegung von O&U ein Team aus 15.000 Orthopäden und Unfallchirurgen entstanden und damit zu einer Kraft geworden sei, die politisches Gewicht habe. Trotzdem müsse man sich immer weiter aufeinander zubewegen (siehe: „Wir bewegen Menschen!“, Seite 668). Prof. Hoffmann hob die Erfolge der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie hervor, so das Traumaregister und das Traumanetzwerk, das Weißbuch Schwerverletztenversorgung und die

Fotos: Starface (10) / Ehrhardt (1)



11.635 Besucher

davon

8.847 registrierte Teilnehmer

2.145 Ausstellende

243 Journalisten

400 Betroffene (beim Patiententag)

Aus unserem Fach

S3-Leitlinie Polytrauma. Er betonte aber auch, dass DGOOC und DGU fünf Jahre nach der Gründung der DGOU „wie zwei Seiten einer Medaille“ zu einer unauflösbaren Einheit zusammengewachsen sind (siehe: „Nichts ist überzeugender als der Erfolg“, Seite 670). Prof. Kladny warnte wie Prof. Hoffmann vor einer frühzeitigen „Superspezialisierung“ sowie vor einer Zersplitterung des Faches in immer neue Fachgesellschaften. Er forderte eine sinnvolle und breit gefächerte Ausbildung und warnte davor, Patienten nach normierten Gebrauchsanweisungen zu behandeln, da Erkrankungen vielfach zu komplex sind, um sie in ein Schema zu pressen – die evidenzbasierte Medizin würde in der Hand von Krankenhausökonomern zu einem Instrument der Kostendämpfung. „Wir sind aktuell dabei, unser anerkannt hohes Renommée zu verspielen“ (siehe: „O&U – ein Fach mit Zukunft“, Seite 672). Diesen Tenor griff Festredner Ulrich Wickert in seiner Ansprache auf. Durchaus mit einem Augenzwinkern widmete er sich der Frage „Werte im Wandel – erfolgreich um jeden Preis?“ Doch obgleich er die Zuhörer oft zum Schmunzeln brachte, war seine Kernaussage sehr ernst zu nehmen: dass nämlich Ethik und Verantwortung das ärztliche Wirken stärker bestimmen müssten als die vielbeschworene Ökonomie (siehe Kasten „Mister Tagesthemen hält die Eröffnungsrede“).

Stellenwert der konservativen Therapie immer wieder betont

Gerade in der Orthopädie und Unfallchirurgie kann dieser Aussage nicht genug Bedeutung beigemessen werden. Ist das Fach doch sehr häufig mit dem Vorwurf konfrontiert, dass Patienten zu früh und unnötig operiert werden. Das gilt für Eingriffe an der Wirbelsäule, aber auch für den Bereich der Endoprothetik. „Die Endoprothetik gehört zu den erfolgreichsten operativen Eingriffen der vergangenen Jahrzehnte“, sagt Prof. Heller. „Doch wir müssen gleichzeitig eine differenzierte Indikation stellen. Denn nicht jeder ältere, aber auch nicht jeder junge Mensch bringt für einen solchen Eingriff alle Voraussetzungen mit. Die

individuelle wie auch die gesamtgesundheitliche Situation des Patienten ist für eine Entscheidung zur Operation unbedingt im Vorfeld abzuklären“, so der BVOU-DKOU-Kongresspräsident. Die drei Präsidenten betonten immer wieder, was für eine große Bedeutung Behandlungsansätze jenseits des Skalpells, also nicht-operative Therapien haben. Andererseits gelte es ebenso, die Patienten, die von einer Operation profitieren, rechtzeitig zu identifizieren.

Vor welchen Herausforderungen Orthopäden und Unfallchirurgen täglich stehen, veranschaulichte das Schwerpunktthema „Der alte Mensch und seine Besonderheiten“. Beispiel: Knochenbrüche bei älteren und alten Menschen. Etwa 160.000 Menschen erleiden jährlich eine Schenkelhalsfraktur infolge eines Sturzes. Diese Unfälle belasten das Gesundheitssystem mit direkten Kosten von etwa 2,5 Milliarden Euro. Doch mit der Akutversorgung allein ist es nicht getan. „Ein Drittel der Betroffenen leidet nach einem Knochenbruch auch unter persönlichen wie sozialen Einschränkungen, findet nicht mehr in sein Wohnumfeld zurück und ist auf ein Pflegeheim angewiesen. Ein weiteres Drittel stirbt sogar an den Folgen“, erklärt Prof. Hoffmann. Viele Betroffene durchlaufen einen Teufelskreislauf mit Osteoporose, Muskelabbau, Kreislaufproblemen und kognitiven Einschränkungen und verlieren dadurch ihre sozialen Kontakte. „Es ist daher nicht nur von enormer volkswirtschaftlicher Bedeutung, sondern auch für den betroffenen Patienten besonders wichtig, dass der medizinischen Notfallversorgung eine Nachbehandlung, einschließlich der Rehabilitation zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit, folgt“, mahnt Prof. Kladny. Wie Stürze im Alter vermieden werden können, welche Sportarten sich für Menschen in höheren Lebensjahren eignen, Risikoassessment und Behandlung der Osteoporose als tertiäre Prävention, welche Besonderheiten bei der Behandlung hochbetagter Patienten beachtet werden müssen – das alles waren Fragestellungen, die auch bei den Pressekonferenzen sehr rege diskutiert wurden.

BAUMPFLANZUNG ANLÄSSLICH DES DEUTSCHEN KONGRESSES FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE



Foto: Ehrhardt

Ein neuer Stadtbaum für Berlin: BVOU-DKOU-Präsident Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, DGOOC-Generalsekretär Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, BVOU-Präsident Helmut Mälzer, DGOOC-Präsident Prof. Dr. Bernd Kladny und DGOU/DGU-Präsident Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (v. re. n. li.) pflanzten die erste von zehn Spreeeichen gegenüber vom Reichstag. Matthias Bauche vom BIV-OT (li.) war Gast bei der Pressekonferenz.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) sowie die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt haben gemeinsam mit dem Bezirksamt Mitte die erste der insgesamt zehn von DGOU und BVOU gespendeten Spreeeichen in der Nähe des Regierungsviertels gepflanzt. Die Baumpflanzaktion fand im Anschluss an die Eröffnungspressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Um dem Verlust an Straßenbäumen der vergangenen Jahre entgegenzuwirken, hat die Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt in Zusammenarbeit mit den Bezirken im letzten Jahr die Baumspendekampagne „Stadtbäume für Berlin“ ins Leben gerufen. Das Ziel ist, bis 2017 bis zu 10.000 zusätzliche Bäume an Berlins Straßen zu pflanzen. Die DGOU und der BVOU unterstützen das Projekt des Berliner Senats, denn seit Entstehung des Fachbereichs der Orthopädie stehen der Aufwuchs und die Pflege des jungen Baumes sinnbildlich für die Früherkennung, die Vorbeugung und die Therapie bei Haltungsschäden von Kindern und symbolisieren die ganzheitliche Versorgung der orthopädischen Patienten vom Kindes- bis zum Seniorenalter. (MBA)

MISTER TAGESTHEMEN HIELT DIE ERÖFFNUNGSREDE



Foto: Staffface

„Mister Tagesthemen“ Ulrich Wickert

Zu Anfang konstatierte Ulrich Wickert, dass diejenigen, die Medizin betreiben, sich von ökonomischen Zwängen unter Druck gesetzt fühlen. Daher müsse man sich grundsätzlich die Frage in der Gesellschaft stellen: „Welche Gesundheitspflege, nicht Gesundheitspolitik wollen wir haben?“ Dies ist, so der ehemalige, langjährige Moderator der ARD-Tagesthemen, eine gesellschaftliche Frage, nicht eine politische. Sie erfordere in Bezug auf die Medizin einen breiten Dialog, bei dem es unter anderem um die Klärung der Frage gehe, ob die Gesellschaft eine besonders billige oder eine effiziente Medizin möchte. Dabei werde in vielen Bereichen zu ökonomisch gedacht. Dass es auch anders geht, schilderte Wickert aus eigenen Erfahrungen: „Ich kenne Ärzte, die freiwillig einmal im Jahr und auf eigene Kosten in eine Krisenregion fahren. Das sind Menschen, die an den Menschen denken.“ Aber das Ökonomische überdecke Vieles: „Sprechen wir über Erfolge, wird die Freiheit vorausgesetzt. Sie ist für die Ökonomen die Voraussetzung für die Wirtschaft. Je mehr Freiheit, desto mehr Erfolg. Der ökonomisch handelnde Mensch soll frei sein von den Zwängen – auch den ethischen Zwängen. Dies steht jedoch im Gegensatz zum Gedanken des Grundgesetzes, das die Grundordnung als eine Werte gebundene definiert.“ Ulrich Wickert zum Abschluss: „Aufgrund unserer Vergangenheit haben wir die Verpflichtung, uns für die humane Gesellschaft einzusetzen. Wir haben die Verpflichtung, uns Gedanken darüber zu machen, was eine humane Gesellschaft ausmacht. Das sind Gedanken, die nicht aus dem Ökonomischen kommen. Das sind grundlegende Gedanken, die Sie sich machen müssen. Dann kommen wir weiter, als wenn sich Ökonomen darüber Gedanken machen.“ (J5)

Im Zuge des demografischen Wandels wird auch die Frage immer drängender, ob in Zukunft noch genügend Orthopäden und Unfallchirurgen vorhanden sein werden. Zwar steigen die Arztzahlen in Deutschland an – doch aufgrund des allgemeinen Trends zur Arbeitszeitverkürzung, des medizinischen Fortschritts und der daraus resultierenden Spezialisierung droht ein Fachärztemangel. In O&U ist dieser Mangel besonders spürbar, da zum einen immer mehr Frauen in diese Fachrichtung gehen und deshalb Teilzeitmodelle sehr gefragt, aber längst noch nicht ausreichend vorhanden sind. Zum anderen nehmen Erkrankungen und Verletzungen am Bewegungsapparat im Alter zu – der Versorgungsbedarf in O&U steigt also unaufhaltsam an. Die DGOU hat verschiedene Initiativen gestartet, um Medizinstudenten für das Fach zu begeistern. Sehr erfolgreich ist der Tag der Studierenden, der in diesem Jahr bereits zum fünften Mal stattgefunden hat und vom DKOU nicht mehr wegzudenken ist (siehe: „Tag der Studierenden feiert fünfjähriges Jubiläum“, Seite 692; und: „Ein guter Weg, den Nachwuchs zu begeistern“, Seite 694).

Fast schon traditionell findet der Tag der Technischen Orthopädie, eine Kooperation von DGOOC und Bundesinnungsverband Orthopädietechnik (BIV-OT), statt. Nicht nur der BIV-OT-Mittagsbrunch, sondern auch die zwei wissenschaftlichen Sitzungen zur Rheumaorthopädie und Skolioseversorgung waren sehr gut besucht (siehe: „Weiter auf Erfolgskurs“, Seite 696). Ein Novum in diesem Jahr war, dass ein Track des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKFV) mit orthopädisch-unfallchirurgischen Themen der Versorgungsforschung im Rahmen des DKOU in der Messe Süd stattfand. Wer darüber hinaus noch Interesse am DKVF hatte, konnte diesen kostenfrei im ICC besuchen. Alle fünf Minuten steuerte zu diesem Zweck ein Shuttlebus das ICC an.

Ein Kongress mit internationalem Flair

Ebenfalls neu und deshalb etwas ganz Besonderes war: eine Delegation von etwa 80 Kolleginnen und Kollegen aus China.

Die Kongresspräsidenten und führende Vertreter der Chinese Orthopaedic Association (COA) unterzeichneten am Rande des Kongresses im Bundesgesundheitsministerium die „Berlin Declaration“, eine Übereinkunft über die Intensivierung der zukünftigen wissenschaftlichen Zusammenarbeit. Beim DKOU wurde das umgehend in die Tat umgesetzt: Wie die diesjährigen Gastländer Österreich und Spanien und Vertreter der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) sowie der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und die WOA hat auch die COA zum wissenschaftlichen Programm beigetragen. Es gab ein „COA-WOA-German Symposium“, bei dem deutsche und chinesische Experten über wichtige Themen, etwa das Versorgungsmanagement und aktuelle Entwicklungen im Fachbereich der jeweiligen Länder, referierten (siehe: „Für einen Wissenschaftsaustausch mit China“, Seite 690). Diese Initiative unterstreicht den Stellenwert des DKOU in der Welt von O&U. Im OUMN-Interview (siehe: „Ein Kongress auf Neuland“, Seite 676) bringt es Prof. Heller auf den Punkt: „Der DKOU ist wirklich ein hochrangiger Kongress von großer internationaler Bedeutung – allerdings einer mit Sprachbarriere. Wäre unser Kongress englischsprachig, wäre die Zahl der ausländischen Gäste noch viel höher. Die würden gerne kommen, wenn sie etwas verstehen würden.“ Diesem Umstand wurde in diesem Jahr mit Simultanübersetzungen schon zunehmend Rechnung getragen.

Jana Ehrhardt-Joswig



Jana Ehrhardt-Joswig ist freie Journalistin und Redakteurin der OUMN.

PRÄSIDENTENREDE PROF. HELLER

Wir bewegen Menschen!

In seiner Präsidentenrede hob der BVOU-Kongresspräsident Karl-Dieter Heller hervor, dass durch die Zusammenlegung von O&U ein Team von 15.000 Orthopäden und Unfallchirurgen entstanden sei – und damit eine Kraft, die politisch gehört werde. Trotzdem müssten sich Orthopäden und Unfallchirurgen ebenso wie Kliniker und Niedergelassene weiter aufeinander zu bewegen.

**Sehr geehrte Ehrengäste,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

„Menschen bewegen – Erfolge erleben“. Unser diesjähriges Kongressmotto drückt die Faszination unseres facettenreichen Fachgebietes Orthopädie und Unfallchirurgie ganz wunderbar aus. Ja, wir bewegen Menschen, im wahrsten Sinne des Wortes. Unsere Erfolge haben etwas elementar Menschliches: Wir befreien Patienten von Schmerzen und ermöglichen ihnen Mobilität. Diese Erfolge erleben wir in allen Bereichen unseres Fachgebietes, sei es in Orthopädie oder Unfallchirurgie, sei es in Praxis oder Klinik. Dies ist ein uns alle verbindender, zentraler Punkt.

DKOU 2013

In der Mythologie ist die 13 die Zahl für Wandel und Umbruch. Mit der Veränderung des Kongressortes und der zeitlichen Umstrukturierung des Programmes vollziehen wir diesen Wandel. Die 13 steht ebenso für Neubeginn, Wachstum und Weiterentwicklung. Ein Neubeginn in diesem Jahr war die Zusammenlegung der Geschäftsstellen, so dass nun alle wesentlichen Bereiche von Orthopädie und Unfallchirurgie an einem Ort wirken können. Synergien können genutzt werden.

Wachstum ist wesentlich für unsere Gesellschaften. Wir müssen unsere hohe Bedeutung in der Fachgruppe der Chirurgen halten und ausbauen. Insgesamt sind wir nun ein Team von über 15.000 Orthopäden und Unfallchirurgen. Damit sind wir innerhalb der Chirurgie eine Kraft, auf die gehört werden muss, die auch politisch wahrgenommen wird.

Weiterentwicklung ist ein wesentlicher Punkt, der beherzigt werden muss. Wir Orthopäden und Unfallchirurgen, Kliniker und Niedergelassene werden uns weiterhin aufeinander zu bewegen, auch



Foto: Starface

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller: „Eines verbindet uns alle, ungeachtet unserer generationsbedingten Einstellung: Wir sind empathisch für den Menschen. Wir arbeiten leidenschaftlich. Für uns ist Beruf immer auch Berufung.“

wenn dies einigen Wenigen noch schwer fällt. Es ist politischer Wille, die Sektorengrenzen zwischen Klinik und Praxis aufzuweichen.

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wurden für beide Sektoren Möglichkeiten geschaffen. Punkte, die wir hier in den nächsten Tagen noch diskutieren werden. Eine Entwicklung, der wir uns stellen müssen, die aktiv und konstruktiv von uns begleitet wird, denn nur wenn wir uns hier einbringen, haben wir Gestaltungsmöglichkeiten. Wer nicht gestaltet, wird gestaltet.

Wir beschäftigen zunehmend junge Kolleginnen und Kollegen der Generation Y. Familie und Freizeit nehmen mehr Raum im Leben ein. – Da vollzieht sich ein Wandel. Während die Nachkriegsgeneration und Babyboomer nach dem Motto „Wir leben, um zu arbeiten“ gehandelt haben, definieren die jüngeren Kolleginnen und Kollegen ihr Lebensziel nun anders. Die Work Life Balance wird Richtung Life und Familie verschoben.

Was bedeutet das für unseren Beruf?

Unser Beruf hat schon immer und wird auch immer einen besonderen Einsatz fordern. Denn: Arzt-Sein, das ist kein Acht-Stunden-Job mit tariflich geregelter Mittagspause plus regenerativem Turnen in der Kaffeepause. Ob Babyboomer oder Generation Y, der goldene Weg liegt vermutlich in der Mitte.

Weitere Punkte, die die jungen Kollegen einfordern und groß schreiben, sind Ausbildung und Ausbildungsqualität, was nicht positiv genug bewertet werden kann. Dem muss sich auch die neue Weiterbildungsordnung anpassen. Danke an die jungen Kollegen für dieses Engagement. Eines verbindet uns alle, ungeachtet unserer generationsbedingten Einstellung: Wir sind empathisch für den Menschen. Wir arbeiten leidenschaftlich. Für uns ist Beruf immer auch Berufung. Sicher ist auch: Letztendlich wird sich alles um die eine Frage drehen: Was ist das Beste für den Patienten?

Sehr geehrte Damen und Herren,

was ist das Beste für den Patienten? Auf diese Frage haben unsere Kritiker eine ganz klare Antwort: Lasst ihn nicht in die Hände von Orthopäden und Unfallchirurgen geraten. Schauen wir uns einmal das zurückliegende Jahr an. Es war geprägt von Berichten in Presse, Funk und Fernsehen zu orthopädischen und unfallchirurgischen Themen. Leider wurde weniger das Positive betont, sondern tendenziell und pointiert das Negative. Wenn man liest und hört, was öffentliche Meinung sein soll, hat man das Gefühl, wir Ärzte würden den Patienten auflauern, sie von der Straße direkt in den OP zerren, sie mit mangelhaften Prothesen versorgen und sie zusätzlich mit Krankenhauskeimen infizieren. Kurz gesagt: Der schlimmste Ort, den ein Mensch aufsuchen könne, sei die orthopädische und unfallchirurgische Klinik im Krankenhaus.

Der Alltag sieht gänzlich anders aus. Die Patienten kommen freiwillig und verlassen uns im höchsten Maße zufrieden. Dank innovativer OP-Methoden, moderner Implantate und neuer konservativer Behandlungsmethoden wird eine schnelle Mobilität mit kurzer Rekonvaleszenz erreicht. Das muss jeder von uns in seinem Umfeld viel stärker betonen.

OP-Zahlen stagnieren oder gehen zurück

Von steigenden Operationszahlen in der Endoprothetik kann auch keine Rede sein, diese stagnieren seit 2009 bzw. sind seitdem leicht rückläufig. Ein seitens der DGOOC erstellter Versorgungsatlas verdeutlicht einen Aspekt auf beeindruckende Art und Weise. Dort, wo die Dichte qualifizierter niedergelassener Fachärzte für O&U über dem Durchschnitt lag, war eine differenziertere Indikationsstellung nachzuweisen. Dies zeigt klar und deutlich den Stellenwert der konservativen Orthopädie, welche dringend gefördert und besser vergütet werden muss. Ein Abwandern in andere Fachgebiete, wie zum Beispiel die internistische Rheumatologie oder Osteopathie, ist inakzeptabel.

Und überhaupt: Was sagt eine OP-Zahl über die Qualität der Versorgung? Wir leben in einer alternden Gesellschaft, aber viele ältere Menschen wollen noch teilhaben am Leben, wollen reisen, wollen mobil bleiben. Patienten sind bis ins hohe Alter sportlich und aktiv, belasten

Wir Orthopäden und Unfallchirurgen, Kliniker und Niedergelassene werden uns weiterhin aufeinander zu bewegen, auch wenn dies einigen Wenigen noch schwer fällt. Es ist politischer Wille, die Sektorengrenzen zwischen Klinik und Praxis aufzuweichen.

sich deutlich mehr und erleiden in einem höheren Maße Arthrosen und Frakturen. Der Erhalt der Lebensqualität ist von hoher Bedeutung. Und dank des medizinisch-technischen Fortschritts können wir diese erhalten. Wir leisten hierzulande Spitzenmedizin.

Umso betrüblicher ist es, wenn sich der geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes im März 2013 zu folgender Aussage hinreißen lässt: „Zu viele Operationen, die nicht notwendig und in der Qualität häufig mangelhaft sind.“ Das ist ein Schlag ins Gesicht für jeden Mediziner.

Rationalisierungsdruck gefährdet die Qualität

Dabei wären längst andere Schlagzeilen fällig: zum Beispiel die wirtschaftliche Notlage von Krankenhäusern. In Niedersachsen erwirtschaftet nur noch ein Drittel der Häuser ein positives Ergebnis. Ursächlich ist das DRG-System, welches die Unterfinanzierung eines Teiles der Krankenhäuser als erklärtes Ziel hat. Die Preise werden anhand der Durchschnittskosten kalkuliert, was Jahr für Jahr eine Abwärtsspirale unterhält. Prof. Simon, Hochschule Hannover, bezweifelt im „Deutschen Ärzteblatt“, ob ein solches Finanzierungssystem überhaupt mit den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik vereinbar ist. Der momentane Rationalisierungsdruck gefährdet das hohe Qualitäts- und Leistungsniveau. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung brauchen wir gut ausgebildetes und hoch motiviertes Personal. Der Kampf um die Besten hat schon lange begonnen. Es gilt, die besten Mitarbeiter zu halten, kontinuierlich fortzubilden und attraktiv für neue Bewerber zu sein. Wer am Personal spart, gefährdet das Wohl jedes einzelnen Patienten.

Eine zweite Schlagzeile wäre die Frage wert: Wie wird in Zukunft das Gesundheitssystem finanziert? Der ideologische Grundsatzstreit zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale, Einheitskasse gegen Duales System ist auch nach der Wahl noch offen. Wir unterstützen Frau

Klackow-Frank vom Gemeinsamen Bundesausschuss, die Qualität der Leistung in den Mittelpunkt zu stellen. Thema Pay for Performance. Dann bedarf es hierzu jedoch einer adäquaten Risikoadjustierung und eines validen Indikatorensystems.

Trotzdem. Trotz aller Widrigkeiten: Nichts kann und wird die Faszination unseres Berufs schmälern. Sei es die Dokumentations- und Papierflut, die permanente politische Einflussnahme oder die ökonomischen Rahmenbedingungen. Das alles, so ärgerlich, so zeitaufreibend, so überflüssig es sein mag – es sollte uns nicht frustrieren, nicht desillusionieren.

An einem Strang ziehen

Es sollte uns antreiben, uns ermutigen, zusammen, als schlagkräftiges Team. Gemeinsam, ob in der Praxis oder in der Klinik. Hier sind Berufsverband und Fachgesellschaften und damit wir alle gefordert, auf die Rahmenbedingungen einzuwirken. Die Krankenhausfinanzierung muss ebenso wie die Praxisfinanzierung im GKV-Bereich verbessert werden. Mit 23 Euro pro Quartal in der Niederlassung kann ein Patient nicht zufriedenstellend behandelt werden. Wir werden hier erneut aktiv an die neue Regierung herantreten.

Die Entwicklung unseres gemeinsamen Fachgebietes erfordert das Ziehen an einem gemeinsamen Strang. Nur zusammen sind wir ausreichend stark, um die auf uns zukommenden Probleme zu lösen. Nur zusammen sind wir im politischen Sinne bedeutend.

Den Kolleginnen und Kollegen, die unsicher sind, ob Berufspolitik etwas bringt, rufe ich zu: Bringen Sie sich ein, machen Sie mit! In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, aktiv am Kongress teilzunehmen, zu diskutieren, Anregungen mit nach Hause nehmen und im Alltag umzusetzen.

Ich freue mich auf die intensive Zusammenarbeit und die Diskussionen mit Ihnen.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

PRÄSIDENTENREDE PROF. HOFFMANN

„Nichts ist überzeugender als der Erfolg“

In seiner Kongressansprache ging Prof. Reinhard Hoffmann, Präsident der DGU/DGOU, auf die Erfolge der Fachgesellschaften ein. Er hob Traumaregister und -netzwerk der DGU, das Weißbuch Schwerverletztenversorgung, die S3-Leitlinie Polytrauma sowie das Endoprothesenregister hervor. Er warnte vor einem Superspezialistentum und plädierte stattdessen für eine breitgefächerte Ausbildung.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

„Menschen bewegen – Erfolge erleben“. Das Motto unseres Kongresses weist darauf hin: Als Orthopäden und Unfallchirurgen sind wir erfolgreich – für unsere Patienten. Darauf können wir mit Recht auch ein wenig stolz sein. „Erfolg ist die Spitze des Fleißbergs“, hat Klaus Klages, ein deutscher Philosoph, konstatiert. Und fleißig waren wir in den vergangenen Jahren ganz gewiss.

Die DGU feiert in diesem Jahr das 20-jährige Bestehen des DGU-Traumaregisters. In Kombination mit dem DGU-Traumaregister wird die Schwerverletztenversorgung in Deutschland kontinuierlich und flächendeckend optimiert. Wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse konnten aus den erhobenen Daten gewonnen und in die klinische Praxis eingebracht werden. Die Sterblichkeit Schwerstverletzter, die die Kliniken erreichen, konnte auf um die 10 Prozent gesenkt werden. In den 90-er Jahren lagen diese Werte noch über 20 Prozent. Neben der reinen Überlebensrate rücken aber auch zunehmend die Rehabilitation, die berufliche und soziale Wiedereingliederung dieser Patienten in den Mittelpunkt. Hier übt die DGU gemeinsam mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) eine Schrittmacherfunktion aus. Die neuen stationären Heilverfahren der DGUV sind hierbei komplementär zur Initiative Traumanetzwerk der DGU und gehen gerade im Bereich Rehabilitation und Wiedereingliederung den entscheidenden Schritt weiter – letztlich eine ganz sicher erfolgreiche Blaupause für eine zukünftig hoffentlich optimierte Behandlung schwerverletzter Patienten auch anderer Kostenträger.



Foto: Starface

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann: „Ohne Zerstörung und schwerste Beschädigung der beiden einzelnen Bestandteile kann man die vor fünf Jahren als ‚Vernunfttehe‘ gestartete Verbindung der beiden Fachgesellschaften unter dem Dach der DGOU nicht mehr auflösen.“

International beachtete Initiativen der DGU

Weitere Meilensteine in diesem Zusammenhang sind das Weißbuch Schwerverletztenversorgung, in der 2. Auflage nun auch in Englisch, und die S3-Leitlinie Polytrauma. Erfolgreiche und über die Grenzen Deutschlands weithin beachtete Initiativen der DGU. Wegweisend in die Zukunft sind auch DGU-Projekte zur multidisziplinären medizinischen Kooperation, zum Beispiel mit den Fachgesellschaften und Verbänden der Geriatrie in der Alterstraumatologie. Oder interprofessionelle Ansätze wie das unter dem Dach der DGOU gemeinsam mit der Steinbeis-Hochschule erfolgreich gestartete Projekt „Physician Assistant“. Die ersten Absolventen haben vor wenigen Tagen in Berlin mit Spezialisierung in O&U erfolgreich mit Bachelorabschluss graduiert.

Meine Damen und Herren: „Nichts ist überzeugender als der Erfolg“, hat Leopold von Ranke, ein Berliner Historiker des 19. Jahrhunderts, gesagt. Die DGU ist erfolgreich. Unser sehr selbstbewusstes Motto lautet: „Die Unfallchirurgie in Deutschland – unsere Verantwortung und Verpflichtung“. Wir werden daher auch in Zukunft nicht nachlassen, diesen Anspruch – inklusive der Unfallprävention – für die DGU einzufordern und umfassend und auch weiterhin erfolgreich umzusetzen.

Zwei Seiten derselben Medaille

Die DGU steht aber nicht alleine: Sie ist gleichberechtigter und wesensbildender Bestandteil der DGOU – wie auch die DGOOC. Zwei Seiten derselben Medaille. Unauflösbar! Ohne Zerstörung und schwerste Beschädigung der beiden einzelnen Bestandteile kann man diese vor

fünf Jahren als „Vernunfttehe“ gestartete Verbindung der beiden Fachgesellschaften unter dem Dach der DGOU nicht mehr auflösen. Und das will ja auch niemand wirklich...

Fünf Jahre erfolgreicher Zusammenarbeit in Gremien, an der Basis und in der Versorgungsrealität: Das kann sich sehen lassen! Von außen werden wir praktisch bereits als Einheit wahrgenommen. Intern rüttelt sich das Ein und Andere noch zurecht – dies betrifft insbesondere die universitären Strukturen. Aber auch dort wird der erfolgversprechende Weg zu einer gemeinsamen Zentrumsbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie zunehmend beschritten. Hierbei müssen beide Fachgebiete umfassend und gleichberechtigt, gemeinsam strukturiert und abgebildet werden. Standortspezifische Lösungsmodelle und Modifikationen werden hierbei erforderlich sein. Fusionieren bedeutet ja „Der Wettbewerb findet nicht mehr untereinander statt“ – insofern kann man sich dann in den Fakultäten, in der Forschung und bei der Mitteleinwerbung zukünftig gemeinsam und sicher erfolgreicher positionieren.

Superspezialisierung darf nicht sein

Zentrumsbildung und Spezialisierung dürfen aber nicht zu einer sehr früh – schon im „zarten Assistenzarztalter“ – einsetzenden Superspezialisierung führen. Wir brauchen auch weiterhin eine breite orthopädisch-unfallchirurgische Grundausbildung in allen konservativen und operativen Disziplinen unseres Faches. Wer sehr früh als organ- und pathologiespezifischer Operateur ausgebildet wird, entwickelt zudem ein für das Selbstwertgefühl nicht unerhebliches, manchmal schwieriges Eigenverständnis. Ein Umstand, der sich in Anspruch mancher Universitätskliniken als „Supramaximalversorger“ in einem Wortmonster ausdrückt.

Diese derart ausgebildeten Superspezialisten werden sich ihren Markt suchen und selbstdefiniert auch finden. Wer praktisch nur als Operateur ausgebildet wurde, wird auch zukünftig nur operieren... und zwar das, worin er ausgebildet wurde. In der Versorgungsrealität mangelt es derweil jedoch zunehmend nicht an derartigen Spezialisten, sondern an Generalisten – man könnte auch sagen: an Ärzten mit fundierter, breiter

fachlicher Ausbildung – oder gar humanistischer Bildung. Gerade Versorgungskliniken mit breitem Spektrum haben zunehmend Schwierigkeiten, Leitungspositionen mit derartig breit profilierten Kolleginnen und Kollegen zu besetzen. Sie sind schlichtweg nicht mehr „am Markt“. Wir müssen daran arbeiten, dass sich dies wieder ändert!

Erfolgreiche Arbeit der DGOU-Sektionen und Arbeitsgemeinschaften

„Erfolge muss man langsam löffeln, sonst verschluckt man sich“, meint Erika Pluhar. Die DGOU ist hierbei mit ihren Sektionen und Arbeitsgemeinschaften auf einem guten Weg. Die schrittweise Implementierung von Versorgungsregistern und einer Registerforschung ist – bei allen möglichen Schwächen dieser Methodik – ein richtiger Weg, der in Ergänzung zur Grundlagenforschung und zur Durchführung konventioneller klinischer Studien gegangen werden muss. Exemplarisch zu nennen ist, neben dem Vorreiter Traumaregister, das in diesem Jahr gestartete Endoprothesenregister Deutschland. Der Schulterschluss der DGOU und des BVOU mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung sowie die gemeinsame Durchführung der teilweise parallel laufenden Kongresse DKOU und DKVF auf dem Messegelände und im ICC sind hierfür ein beredtes Zeugnis. Versorgungsforschung und die

werden oder uns unter Generalverdacht stellen, sind sehr eng und berauben uns häufig wichtiger Handlungsspielräume, die uns in der Patientenversorgung fehlen. Zu nennen sind immer wieder: überbordende Bürokratie, Primat der Ökonomie und zu starre Arbeitszeitregelungen. Erste Stimmen nach der Bundestagswahl wie der BEK-Chef Christoph Straub fordern bereits wieder eine neue Gesundheitsreform. Zentrale Forderungen sind unter anderem: Neuordnung der Finanzierung im Gesundheitswesen, eine Klinikreform – wegen einer angeblich hohen Zahl unnützer Operationen – und die Regelung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Klares Ziel: Kosten sparen. Primat der Ökonomie. Wir bewegen uns Zug um Zug in Richtung eines vollregulierten, früher oder später verstaatlichten Gesundheitswesens.

Damit würde das Korsett noch enger geschnürt. Bei chronischer Atemnot werden sich aber kaum noch motivierte Leistungsanbieter finden lassen. Orthopäden und Unfallchirurgen sind hierbei besonders im Fokus von Verdächtigungen und Anschuldigungen. Wir lassen uns als DGU, DGOOC und als DGOU unsere Erfolge jedoch nicht kleinreden und werden mit unseren Berufsverbänden, allen voran dem BVOU, unsere Positionen auch im politischen Umfeld selbstbewusst und mit klarer Stimme vertreten.

Zentrumsbildung und Spezialisierung dürfen nicht zu einer sehr früh einsetzenden Superspezialisierung führen. Wir brauchen auch weiterhin eine breite orthopädisch-unfallchirurgische Grundausbildung in allen konservativen und operativen Disziplinen unseres Faches.

Netzwerkbildung von Forschungsvorbänden werden in Zukunft über den wissenschaftlichen Erfolg von Institutionen und Fachgesellschaften wesentlich mitentscheiden.

Zwänge der Gesundheitspolitik und -wirtschaft

„Erfolg braucht Freiräume, keine Korsetts“, hat Peter Rudl, ein deutscher Aphoristiker, gesagt. Die Korsetts, die uns gerade als Orthopäden und Unfallchirurgen von der Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik teilweise angelegt

Internationale Aufmerksamkeit für deutsche O&U

Das große Interesse am Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie und die wachsende internationale Beteiligung machen deutlich, dass wir als Deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie international hoch beachtet und hoch geachtet sind. So sind als europäische, eng befreundete Gastländer in diesem Jahr Österreich und Spanien mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften anwesend. Eine wachsende Freundschaft verbindet uns auch mit unseren

Aus unserem Fach

Kollegen aus China, die in diesem Jahr zahlreich angereist sind, mit denen wir ein gemeinsames Symposium durchführen und auch eine gemeinsame Berlin-Deklaration herausgeben werden. Auch darüber freuen wir uns besonders.

Meine Damen und Herren,

Erfolg ist eine ständige Baustelle: Koordination, Kooperation und Teamgeist sind

gefordert. Orthopäden und Unfallchirurgen bauen sich aus. Nach fünf Jahren gemeinsamer Arbeit steht mehr als nur ein Fundament. Die DGOU ist den Kinderschuhen entwachsen und arbeitet erfolgreich – für unsere Patienten. Unser Dank als Präsidenten gilt allen, die daran so engagiert mitarbeiten. Unser Apell geht an alle jungen Kolleginnen und Kollegen: Engagieren Sie sich – zum Beispiel im Jungen Forum. Es geht um unsere Pa-

tienten, um O&U und damit um Ihre berufliche Zukunft.

Vielen Dank!

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

PRÄSIDENTENREDE PROF. KLADNY

O&U – ein Fach mit Zukunft

Prof. Dr. Bernd Kladny, Präsident der DGOOC, warnte in seiner Kongressansprache vor einer Zersplitterung in immer neue Fachgesellschaften. Als Rehabilitationsmediziner plädierte er für eine Stärkung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie und mahnte eine bessere Vergütung konservativer Leistungen an.

**Sehr verehrte Ehrengäste,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr verehrte Damen und Herren,**

zum DKOU 2013 darf auch ich Sie alle ganz herzlich begrüßen und willkommen heißen. Die Präsidentenrede ist in der Tat eine Herausforderung. „Woher soll ich wissen, was ich denke, bevor ich gehört habe, was ich sage?“ Zur Sicherheit bietet es sich daher an, mit der Tradition zu beginnen. Der französische Arzt Andry hatte mit der Namensgebung und dem bekannten Symbol vor nahezu dreihundert Jahren besonders die Vorbeugung von Haltungsschäden bei Kindern im Auge. Der wachsende Baum fand Eingang in das Signum der DGOOC und der DGOU. Das krumme Bäumchen wird so an eine Stütze gebunden, dass es sich unter sanftem Druck und nicht unter Zwang zu richten vermag. Ein Vorgang, den man „palisieren“ nennt.

Der Baum von Andry symbolisiert auch die konservativen Verfahren in unserem Fach. Niemand käme zuallererst auf die Idee, einen Baum in Stücke zu sägen, also zu osteotomieren, um das Wachstum zu korrigieren. Das Symbol lehrt uns auch, dass wir Erfolge in der Behandlung mitunter geduldig Zeit geben müssen, und es bedarf einer individuellen



Foto: Starface

Prof. Dr. Bernd Kladny: „Wir dürfen fest darauf bauen, dass man uns im Gegensatz zu Investmentbankern und Hedgefondmanagern auch in der Zukunft sicher brauchen wird. O&U ist ein begeisterndes Fach mit unendlich vielen Möglichkeiten.“

Herangehensweise mit viel Geschick und Erfahrung.

Einheit von konservativen und operativen Verfahren in O&U

Der Pförtner einer Münchner Klinik hat einem Patienten geraten: „Wenn Sie wissen wollen, wie Ihre Krankheit heißt, dann gehen Sie zu einem Internisten.

Wenn Sie wollen, dass etwas getan wird, gehen Sie zu einem Chirurgen.“ Es gibt aber nicht nur diesen bekannten Dualismus von Innerer Medizin und Chirurgie, sondern es wurden vielfach der konservative und der operative Teil eines Faches oder Gebietes getrennt. Neurologie – Neurochirurgie und Kardiologie – Herzchirurgie sind bekannte Beispiele. Man gründet heute wieder Zentren für Kopf

oder Herz in dem Bemühen, das einmal Getrennte wieder zu vereinen. In Orthopädie und Unfallchirurgie sind der operative und der konservative Bereich schon immer eine Einheit.

Spezialisierung muss sinnvoll in das Fach eingebunden sein

Neben dieser Aufteilung erleben wir eine zunehmende Zersplitterung unseres Faches. Wirbelsäulengesellschaft, Hüftgesellschaft, Kniegesellschaft, Fußgesellschaft. Wann dürfen wir den Spezialisten für die Großzehe erwarten und wann den für das rechte und das linke Knie? Eine Spezialisierung muss sinnvoll in das Fach eingebunden sein. Wir sind unseren Sektionen und Arbeitsgruppen sehr dankbar, dass sie diesen Weg sinnvoll mit uns gehen. Es muss auch unverändert Ziel der Facharztweiterbildung sein, die gesamte Breite des Faches abzubilden und einer zu frühen Superspezialisierung entgegenzuwirken. Wir können in der Tagesmedizin nicht einen immer höheren Spezialisierungsgrad fordern, und in der Versorgung in der Fläche und bei Notfällen außerhalb der regulären Dienstzeit soll der Spezialist plötzlich wieder zum Generalisten werden.

Durch das gemeinsame Fach war sicherlich eine Chirurgisierung festzustellen. „Wer nur einen Hammer hat, dem ist alles ein Nagel.“ (Paul Watzlawick) Der Ärztetag 2013 hat nicht ohne Grund beschlossen, dass in Fächern, die sowohl konservativ als auch operativ arbeiten, die Vermittlung von Kompetenzen in konservativen Behandlungsverfahren gestärkt werden soll. Mit der Vermittlung von Kompetenzen ist es aber nicht getan, es braucht auch eine adäquate Vergütung, gerade wenn man nicht operiert. Geldbeträge für eine dreimonatige fachärztliche Behandlung, die unter dem Niveau eines Herrenhaarschnittes liegen, sind nicht akzeptabel. Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für Rehabilitation sind gesunken, und der Anteil der Ausgaben liegt aktuell bei circa 1,4 Prozent, der der Fahrtkosten bei circa 2,3 Prozent (2012). Für jeden ausgegebenen Euro in der Rehabilitation erhält unser System 5 Euro zurück. Deshalb müssen wir mit der Rehabilitation sparen und nicht an der Rehabilitation.

Die Forderung nach einer Stärkung der konservativen Inhalte darf aber nicht

Wir dürfen froh sein, dass in Deutschland jeder Patient zeitnah und ohne Berücksichtigung von Versichertenstatus, Alter, sozialer Schicht oder geschweige denn der Vermögens- oder Einkommensverhältnisse eine notwendige Operation bekommen kann.

dazu führen, dass der Sinn von Operationen plötzlich hinterfragt wird. Die Öffentlichkeit ist verunsichert, Patienten schrecken schon vor sinnvollen und notwendigen Operationen zurück. Wir dürfen froh sein, dass in Deutschland jeder Patient zeitnah und ohne Berücksichtigung von Versichertenstatus, Alter, sozialer Schicht oder geschweige denn der Vermögens- oder Einkommensverhältnisse eine notwendige Operation bekommen kann. Natürlich bedarf es abgestimmter Algorithmen, in denen wir Prävention, Kuration und Rehabilitation sinnvoll einsetzen. Und das darf nicht mit Effizienz verwechselt werden.

Evidenzbasierte Medizin als Behandlungsschablone

Die Propheten der Effizienz in unseren Krankenhäusern sind inzwischen die Ökonomen. Das Diktat der Effizienz zu befolgen, wird am einfachsten durch die Einhaltung von „Gebrauchsanweisungen“ erreicht. Diese stellen wir zuhauf in Form von Leitlinien und Behandlungspfaden selbst her. Durch diese Anwendung der evidenzbasierten Medizin produzieren wir Schablonen für unsere Patienten. Wir passen unsere Behandlungsverfahren nicht mehr an den Patienten an, sondern schematisieren den Patienten, damit er zu den Verfahren passt. Dies ermöglicht dann das effiziente Durchlaufen unseres Medizinbetriebs bis zur Erstellung einer abrechnungsfähigen prüfsicheren Akte als höchstem Ziel.

Schuld daran hat natürlich auch das System der Bezahlung, das sich nach der behandelten Anzahl richtet und nicht nach Qualität. Das DRG-System wurde bewusst zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems eingeführt und war von Ärzten nicht gewollt. Ökonomie ohne Rücksicht auf ethische Prinzipien darf nicht sein. „Wir leben in einer Zeit vollkommener Mittel, aber verworrenere Ziele.“ (Albert Einstein) Zunehmend beobachten wir einen Wettbewerb um Fallzahlen und Preise, aber nicht um Qualität. Bei aller ökonomischen Orientierung darf die humane Funktion eines mit

öffentlichen Mitteln aus Beiträgen der Bürger finanzierten Gesundheitssystems nicht außen vorgelassen werden. Wir sind aktuell aber dabei, unser anerkannt hohes Renommée zu verspielen.

Friseurinnen sind zufriedener als Ärzte

Mit 76 Prozent sind erneut, wie schon seit Jahren, Mediziner an der Spitze der Berufe mit dem höchsten Ansehen. Sollten Sie Hochschulprofessor sein, dann erwähnen Sie es nicht, damit würden Sie im Ansehen auf 26 Prozent abstürzen. Zu den Schlusslichtern zählen unverändert Politiker mit 6 Prozent und Bankangestellte mit 3 Prozent. Interessanterweise bildet sich dies nicht in unserer Zufriedenheit ab. In der Zufriedenheit mit ihrem Beruf schaffen es Ärzte nur auf 65 Prozent, führend sind hier Friseure und Friseurinnen mit 79 Prozent und Floristen/Floristinnen mit 87 Prozent.

Dies zeigt deutlich, dass Zufriedenheit im Beruf nicht durch Bezahlung bedingt ist. Anders als bei Floristinnen und Friseurinnen wird bei Ärzten die Ausübung der eigentlichen Tätigkeit mit überbordender Bürokratie behindert. „Die Bürokratie wächst dadurch, dass sich immer mehr Menschen verzetteln.“ (E. R. Hauschka) Nach einer Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung verbringt ein niedergelassener Arzt durchschnittlich 26 Prozent seiner Zeit mit Verwaltungsarbeiten, bei Krankenhausärzten sind es 37 Prozent. Kein Wunder, dass die Unternehmensberatung A.T. Kearney zu dem Schluss kam, dass 23 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen bürokratischen Abläufen geschuldet sind. Qualitätssicherungsmaßnahmen, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung, MDK-Prüfung. Man kontrolliert und kontrolliert, Vertrauen gibt es schon lange nicht mehr.

Das Fach nicht schlechtreden lassen

Dabei sind es gerade wir, die selbst für Qualität sorgen. Beispiele aus der Unfallchirurgie wurden schon genannt. Das Endoprothesenregister, in seiner Form

Aus unserem Fach

weltweit einmalig und international vielbeachtet, darf als herausragendes Beispiel vielfältiger Aktivitäten der DGOOC auf diesem Gebiet gelten. Die DGOOC hat den Versorgungsatlas mit auf den Weg gebracht, der uns Daten zu drängenden Fragen der Versorgungsrealität liefert. Eine weitere exzellente Initiative stellt Endocert mit der Zertifizierung von Endoprothesenzentren dar. Von der Grundlagenforschung bis hin zu spezialisierten klinischen Fragestellungen zeigt das Weißbuch Forschung der DGOU, welchen hoch interessanten Standort wir diesbezüglich in Deutschland haben. Die DGOOC und ein starkes O mit all seinen Spezialitäten und Spezialisierungen sind unverzichtbar für die Versorgung in Deutschland, aber auch in Forschung und Lehre. Lassen sie uns weiterhin die Kräfte zweier starker Partner von O & U gemeinsam bündeln und gegen Bedrohungen

vorgehen, die wir außerhalb unserer Reihen zu suchen haben.

Gerade was unser Fach angeht, brauchen wir uns unser System nicht ständig schlecht reden zu lassen. Der Gesundheitsstatus spielt in der aktuellen UN Studie über die Lebensbedingungen von Menschen über 60 Jahren eine wichtige Rolle. Und davon haben wir über 26 Millionen Menschen. Deutschland nimmt in der Studie weltweit einen ausgezeichneten 6. Platz ein. Ohne unser Fach werden die demografischen Herausforderungen mit einer Zunahme an Altersverletzungen und degenerativen Erkrankungen nur schwerlich zu meistern sein, wenn die Menschen in unserem Land auch noch eine dritte Lebenshälfte erleben dürfen. Längst hat der Bundespräsident damit aufgehört, den über 100-jährigen persönlich zu gratulieren. Kein Wunder

bei 15.000 im Jahr 2010 und 25.000 geschätzten im Jahr 2030.

Wir dürfen fest darauf bauen, dass man uns im Gegensatz zu Investmentbankern und Hedgefondmanagern auch in der Zukunft sicher brauchen wird. O&U ist ein begeisterndes Fach mit unendlich vielen Möglichkeiten. Wir können dankbar sein, in unserem Fach einer sehr sinnvollen und erfüllenden Tätigkeit nachgehen zu können und täglich „Menschen bewegen und Erfolge erleben“ zu dürfen.

In diesem Sinne bedanke ich mich, dass ich in diesem Jahr einer Ihrer Präsidenten sein durfte und wünsche Ihnen im Namen von Ihren drei Präsidenten einen erfolgreichen Aufenthalt und interessante Tage beim DKOU.

Prof. Dr. Bernd Kladny

1/1 Anzeige



Foto: Starface

Die diesjährigen Präsidenten: Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Braunschweig, und Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main.

INTERVIEW

Ein Kongress auf Neuland

In unserem Interview sprechen die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (BVOU), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (DGU) und Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC) unter anderem darüber, wie es ist, Menschen zu bewegen und damit Erfolge zu erleben.

Sie blicken gerade in diesem Jahr auf beachtliche Erfolge zurück: Das Trauma-register ist 20 Jahre alt geworden, das Endoprothesenregister hatte einen sehr guten Start, jetzt kommt Endocert... Man könnte fast meinen, ein Kongress-Motto, in dem das Wort „Erfolg“ nicht vorkommen würde, wäre gar nicht möglich gewesen.

Prof. Hoffmann: Nicht nur aus diesem Grund haben wir „Erfolge erleben“ in unser Motto geschrieben. Ich glaube schon, dass wir insgesamt unser Licht nicht unter den Scheffel stellen müssen und wir als O&U nicht nur in der Endoprothetik und in der Polytraumaversorgung, sondern insgesamt sehr erfolgreich sind. Das geht immer ein bisschen unter. Natürlich wird immer auf die Big Points fokussiert – aber wir sind auch an vielen anderen

Stellen aktiv. Das betrifft insbesondere die konservative Behandlung. Sie bildet die Basis, auf der wir mit unseren operativen Maßnahmen aufsetzen. Das darf man nicht vernachlässigen.

Prof. Kladny: Das Kongressmotto ist nicht allein bezogen auf Traumanetzwerk, Endocert und Prothesenregister. Sondern ...

Prof. Hoffmann: ... auf das Gesamtkunstwerk Orthopädie und Unfallchirurgie.

Prof. Kladny: Genau. Für unser Fach ist ganz besonders kennzeichnend, dass es Menschen bewegt. Mobilität meint nicht nur die Fortbewegung. Indem sie dem Menschen ermöglicht, dorthin zu gehen, wo er sein möchte, ist Mobilität ganz wesentlich für seine Selbstbestimmung. Indem wir als Fach uns mit dem Bewe-

gungssystem beschäftigen, beschäftigen wir uns eben auch mit solchen Fragen.

Prof. Heller: Unser Kongressmotto umschreibt auch unseren Alltag. Der Kongress ist das Eine, Klinik- und Praxistätigkeit das Andere. Dort erleben wir täglich Erfolge. Wir behandeln Menschen und sehen, wie wir ihnen damit helfen. Wir befreien sie von Schmerzen, geben ihnen ihre Beweglichkeit zurück, erleben ihre Zufriedenheit – darin liegt der ganz besondere Reiz unseres Berufes.

Die Erfolge des Faches spiegeln sich in den Schwerpunktthemen des Kongresses. Dazu gehört die Endoprothetik. Welche Erfolge sind dort zu verzeichnen?

Prof. Heller: Moderne Materialien und Verfahren machen es möglich, dass wir

Es ist eine große Errungenschaft des diesjährigen DKOU zu betonen, dass die konservative Therapie zusammen mit den operativen Verfahren in einem sinnvollen Algorithmus im Ablaufplan der Behandlung verankert werden muss.

Prof. Dr. Bernd Kladny

immer mehr Menschen versorgen können, und zwar jüngere wie ältere. Modern heißt: bessere Gleitpaarungen, knochensparende Implantate und besondere, minimal-invasive Zugangswege. Die Patienten haben nach den Operationen weniger Schmerzen, erholen sich viel schneller, sind schneller wieder beweglich, gleichzeitig werden die Standzeiten immer länger. Weil wir in der ersten OP weniger Knochen opfern müssen, haben wir im Rahmen von Wechsel-Operationen weniger große Defekte.

Prof. Hoffmann, können Sie bitte die Fortschritte bei den Osteosyntheseverfahren zusammenfassen?

Prof. Hoffmann: Fortschritte in der Osteosynthese gibt es insbesondere bei den winkelstabilen Implantaten. So ist zum Beispiel die Schraubenrichtung freier wählbar. Die intraoperative Bildgebung hat sich erheblich weiterentwickelt. Von besonderer Bedeutung in unserer immer älter werdenden Gesellschaft ist, dass die Verankerung von Implantatsystemen im osteoporotischen Knochen immer besser gelingt. Die Zementaugmentation von Implantaten spielt dabei eine immer größere Rolle. Dabei wird der Knochenzement, der für die Verankerung des Implantates im Knochen benötigt wird, direkt durch die Schrauben in das Implantat eingebracht. Unsere Patienten können sich durch diese Dinge schneller besser bewegen. Das ist vor allem für die älteren Patienten extrem wichtig. Bewegung ist Leben.

Wenn wir über Fortschritte in der konservativen Therapie sprechen, Herr Prof. Kladny, sprechen wir dann über innovative Behandlungsmethoden oder darüber, dass der Stellenwert der konservativen Therapie wieder steigt?

Prof. Kladny: Der wesentliche Fortschritt ist, dass man den Stellenwert der nicht operativen Verfahren wieder erkennt. Wesentliche Neuerungen gibt es nicht. Die konservative Therapie besteht ja aus einer Erfahrungswissenschaft, die

teilweise lange zurückreicht. Es ist eine große Errungenschaft des diesjährigen DKOU zu betonen, dass die konservative Therapie zusammen mit den operativen Verfahren in einem sinnvollen Algorithmus im Ablaufplan der Behandlung verankert werden muss.

Der DKOU ist der europaweit größte Kongress von Orthopäden und Unfallchirurgen. Macht sich das am Publikum bemerkbar? Kommen viele Teilnehmer aus dem Ausland?

Prof. Heller: Wir erleben einen zunehmenden Zustrom aus dem Ausland. Am augenfälligsten ist der Besuch einer Delegation von etwa 80 chinesischen Kollegen, den wir dem Engagement von Prof. Puhl zu verdanken haben. Mit dieser Delegation haben wir ja auch vor dem Staatssekretär im Gesundheitsministerium, Thomas Ilka, die Berlin Declaration unterzeichnet. Darin haben wir eine Intensivierung der Zusammenarbeit und des Wissensaustausches vereinbart. Wir drei werden auch am Kongress der Chinesischen Orthopädischen Fachgesellschaft teilnehmen. Wir gestalten dort einen Vortragsblock für die DGOU.

Prof. Kladny: Man kann durchaus sagen, die Welt blickt auf den DKOU. Neben der hochrangigen chinesischen Delegation, darunter Präsidenten und Vorstandsmitglieder der chinesischen Fachgesellschaft, hatten wir in diesem Jahr die Gastländer Spanien und Österreich, die Sitzungen bei uns gehalten haben. Das ist eine große Anerkennung für uns.

Prof. Hoffmann: Neben den offiziellen Gastländern kommen immer auch Gäs-

te aus weiteren Ländern. Die Polen sind immer dabei, die Holländer sind immer dabei, zusätzlich konnten wir eine große japanische Delegation begrüßen. Wir genießen also zunehmend internationale Beachtung. Darauf haben wir uns eingestellt, zum Beispiel wurde die Eröffnungsveranstaltung simultan übersetzt.

Prof. Heller: Der DKOU ist wirklich ein hochrangiger Kongress von großer internationaler Bedeutung – allerdings einer mit Sprachbarriere. Wäre unser Kongress englischsprachig, wäre die Zahl der ausländischen Gäste noch viel höher. Die würden gerne kommen, wenn sie etwas verstehen würden.

Was genau steht in der Berlin Declaration?

Prof. Kladny: Die Berlin Declaration stellt fest, dass Erkrankungen des Bewegungssystems zusammen mit Unfällen die zweithäufigste Ursache weltweit für Behinderung darstellen. Das gilt für Europa, speziell für Deutschland, genau so, wie es für die großen Schwellenländer im Allgemeinen und China im Speziellen gilt. Es geht darum, Konzepte über die medizinische Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung auszutauschen, um voneinander zu lernen.

Ist China ein Partner für eine solche Declaration, weil dort der demografische Wandel, den wir derzeit in Deutschland erleben, schon eingetreten ist? – Sie schütteln mit dem Kopf?

Prof. Hoffmann: Es geht da weniger um die demografische Entwicklung, sondern mehr um die unterschiedlichen Gesundheitssysteme. In China gibt es riesige Unfallkrankenhäuser mit bis zu 1.000 Betten, und die sind praktisch alle in militärischer Hand. Deshalb sind sie auf große Katastrophen, Erdbeben beispielsweise, sehr gut vorbereitet. Wir sind eher im Sinne der Individualversorgung von Schwerstverletzten gut aufgestellt. Schon

Wenn es so weitergeht wie bislang, ist es auf Dauer nicht mehr bezahlbar. Es ist aber absolut inakzeptabel, dass O&U für Kostensteigerungen verantwortlich gemacht wird, die in Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung nun einmal entstehen, wenn man eine optimale Individualmedizin anbieten möchte.

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Aus unserem Fach

auch für den Katastrophenfall – aber die Individualversorgung steht im Vordergrund, auch in den Traumanetzwerken. Das gibt es in China so nicht. Allerdings gibt es dort – im Gegensatz zu Deutschland, weil wir hier eine sehr gute Prävention haben – wesentlich mehr schwere Unfälle. Wir können dort also Dinge sehen – das gilt für die Orthopädie wie für die Unfallchirurgie –, die es hier gar nicht mehr gibt. Trotzdem ist es wichtig für einen Chirurgen, sich damit auszukennen. Wir können also sehr viel voneinander lernen.

Trotzdem würde ich gern beim demografischen Wandel bleiben. Der alte Patient und seine Besonderheiten sind ebenfalls ein Schwerpunktthema. Künftig wird es immer mehr ältere und alte Patienten geben. Sind wir darauf vorbereitet?

Prof. Heller: Wir sind gewappnet. Fraglich ist, ob das Gesundheitssystem dafür gewappnet ist.

Prof. Kladny: In medizinischer Hinsicht sind diese Herausforderungen beherrschbar. Wir haben ein gutes System, sowohl der akutmedizinischen Versorgung als auch der Rehabilitation. Die Frage ist, ob wir uns das noch lange leisten können. Es wird ja jetzt schon diskutiert, ob wir zu viel operieren, ob die Krankenkasse für die Reha zuständig ist oder eher die Pflegekasse... Die wollen dafür nichts ausgeben. Medizinische Konzepte gibt es. Aber das Gesundheitssystem muss sich darauf auch einstellen.

Sind die Zentren für Alterstraumatologie, an denen die DGU feilt, ein Beispiel für solche Konzepte?

Prof. Hoffmann: Das ist richtig. Ich will aber kurz an das anknüpfen, was Herr Kladny gesagt hat. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Wir müssen uns überlegen, was wir uns in Zukunft leisten wollen. Wenn es so weitergeht wie bislang, ist es auf Dauer nicht mehr bezahlbar. Es ist aber absolut inakzeptabel, dass O&U für Kostensteigerungen verantwortlich gemacht wird, die in Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung nun einmal entstehen, wenn man eine optimale Individualmedizin anbieten möchte.

Nun zurück zu den Zentren für Alterstraumatologie. Das ist ein zartes

Der DKOU ist wirklich ein hochrangiger Kongress von großer internationaler Bedeutung – allerdings einer mit Sprachbarriere. Wäre unser Kongress englischsprachig, wäre die Zahl der ausländischen Gäste noch viel höher.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Pflänzchen, bei dem eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Geriatern angestrebt wird. Der Mensch besteht nun einmal aus mehr als nur aus Knochen. Gerade alte Patienten sind häufig schwer krank und haben viele Nebenerkrankungen, die ein Orthopäde und Unfallchirurg in ihrer Komplexität nicht alleine überblicken kann. Deshalb sind wir auf die Zusammenarbeit mit internistischen, insbesondere geriatrischen Kollegen angewiesen, wenn wir diese schwerstkranken Patienten mit den vielen Medikamenten, die sie einnehmen müssen, vernünftig behandeln wollen.

Wenn wir über Zentren sprechen, können wir Endoprothesenzentren nicht außen vor lassen. Herr Prof. Heller, wie entwickelt sich die EndoCert-Initiative?

Prof. Heller: Sehr vielversprechend. 50 Kliniken sind zertifiziert, die Zahl der Bewerbungen steigt rapide an und liegt derzeit bei 300, etwa 125 Kliniken stehen derzeit im Zertifizierungsverfahren. Die Kliniken haben erkannt, dass sie ihre Ergebnisqualität im Bereich der Endoprothetik dank EndoCert verbessern und dies auch nach außen sehr gut darstellen können. EndoCert ist schließlich ein von der Fachgesellschaft etabliertes und anerkanntes System, das die besonders gute Struktur- und Prozessqualität bei den Kunstgelenkoperationen belegt. Die Patienten und die Kostenträger werden in Zukunft danach fragen.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Prävention. Was können Orthopäden und Unfallchirurgen dazu beitragen, um orthopädischen Erkrankungen und Verletzungen vorzubeugen?

Prof. Kladny: Wir haben zum Beispiel immer noch ein Problem mit der Umsetzung der Leitlinie für Osteoporosepatienten. Wir wissen ganz genau, dass wir 50 Prozent der Knochenbrüche durch eine adäquate leitliniengerechte Versorgung verhindern könnten. Aber nur 10 bis 20 Prozent der Patienten werden leit-

liniengerecht behandelt. Das müssen wir ändern!

Prof. Hoffmann: Aber auch da muss man wieder sagen, dass das angemessen bezahlt werden muss. Die Niedergelassenen brauchen Budgets, die es ihnen ermöglichen, die entsprechende Medikation zu verschreiben. Es kann durchaus passieren, dass ein Patient in einer Klinik ein Medikament bekommt, das der Niedergelassene ihm dann nicht weiter ordnen kann, will sein Budget das nicht zulässt. Diese Probleme muss man offen ansprechen.

Darüber wird doch seit Jahren gesprochen. Warum ändert sich an dem Zustand nichts?

Prof. Kladny: Osteoporose wird häufig nicht als Krankheit wahrgenommen, an der Menschen auch sterben. Jeder Politiker kann nachvollziehen, dass man an einem Herzinfarkt sterben kann. Es ist auch jedem klar, dass ein Schlaganfall gravierende Folgen haben kann. Osteoporose hingegen wird eher als Lifestyle-Erkrankung abgestempelt, die der Patient selber zu verantworten hat, weil er sich nicht ausreichend bewegt hat. Fakt ist allerdings, dass 20 Prozent der Patienten nach einem Osteoporose bedingten hüftnahen Oberschenkelbruch sterben. Das sind in Deutschland 10.000 bis 20.000 Tote im Jahr, soviel wie in anderen Ländern am Schlaganfall sterben. Das Bewusstsein, dass die Osteoporose tödlich sein kann, ist nicht geschärft.

Wie sieht es mit Präventionsprogrammen aus, für die O&U immer wieder wirbt. Erreichen Sie mit Ihren Appellen auch die Politik?

Prof. Kladny: Die Politiker zu überzeugen ist sehr schwierig. Das Problem bezüglich der Prävention sind die unterschiedlichen Töpfe in unserem System. Wenn Geld aus einem Topf genommen und dafür in einem anderen Topf eingespart wird, ist das gesamtwirtschaftlich betrachtet sinnvoll. So funktioniert

zum Beispiel die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Wenn dort Geld ausgegeben wird, das im Gesamtprozess wiederum gespart wird, gilt das als sinnvoll. Deshalb stärkt die DGUV die Rehabilitation. In vielen anderen Bereichen in unserem System gibt es dieses Töpfedenken nicht. Da heißt es dann eher, dass auf die Früchte einer Investition jahrelang gewartet werden muss. Und Kostenträger sind momentan nicht dazu bereit, jetzt Geld auszugeben und erst in der Zukunft zu sparen. Die wollen lieber kurzfristige Einspareffekte.

Prof. Hoffmann: Einflussnahme auf die Politik... schwierig. Natürlich können wir als Fachgesellschaften und Berufsverband warnen und Presseerklärungen abgeben. Das wird aber direkt als Lobbyarbeit abgestempelt, nach dem Motto, dass es uns um unseren eigenen Vorteil

geht. Das stimmt nicht. Diese Diskussion gehört auf die Ebene der Spitzenverbände und der Bundesärztekammer, weil die am ehesten gehört werden.

Wie lautet ihr ganz persönliches Kongress-Fazit?

Prof. Hoffmann: Der Kongress war super.

Prof. Heller: Der Kongress hat sehr viel Spaß gemacht. Er fand sozusagen auf Neuland statt, aber der neue Veranstaltungsort ist nur wenig kritisiert worden. Wir haben viel positives Feedback für alle Events bekommen. Unsere Themen sind sehr gut angenommen worden. Das spiegelt sich auch in den sehr hohen Besucherzahlen.

Prof. Kladny: Für mich war der Kongress ein Erfolg, weil die Menschen, mit denen

ich zu tun hatte, mir berichtet haben, dass eine sehr gute Stimmung herrscht. Die Freude und Zufriedenheit, mit der wir diesen Kongress vorbereitet haben, hat sich offensichtlich auf unsere Besucher übertragen. Das zu sehen, kann einem Gastgeber schon große Freude bereiten.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Jana Ehrhardt-Joswig



Jana Ehrhardt-Joswig ist freie Journalistin und Redakteurin der OUMN.

1/4 Anzeige

1/4 Anzeige

PREISE UND EHRUNGEN

Die Crème de la Crème von O&U

Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) bot auch in diesem Jahr den feierlichen Rahmen für die Verleihung von Preisen, Stipendien und Auszeichnungen. Es wurden Preise und Stipendien in einem Gesamtwert von knapp 90.000 Euro vergeben. Außerdem wurden namhafte Vertreter des Faches für ihr Engagement für O&U geehrt, nicht zuletzt Prof. Dr. Hartmut Siebert, der zum Abschied aus seinem Amt als Generalsekretär der DGU die Ehrenmitgliedschaft seiner Fachgesellschaft erhielt.

Ehrenmitgliedschaften

„Ich habe die Gründung der DGOU mit meinem Herzblut begleitet und werde das auch weiterhin tun“, sagt Prof. Dr. Dr. Norbert Haas, Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin über sich selbst. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie weiß das zu schätzen und hat ihm, der in vielen maßgeblichen Gesellschaften hohe Ämter innehatte und -hat – so war er unter ande-

rem Präsident der DGU, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Internationalen AO Foundation Schweiz – in diesem Jahr die Ehrenmitgliedschaft verliehen (► **Abb. 1**). Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie bedankt sich mit ihrer Ehrenmitgliedschaft bei Prof. Dr. Hartmut Siebert, der sie acht Jahre lang als Generalsekretär geprägt hat und sich nun aus seinem Amt verabschiedet. Seit 2008 war er außerdem im jährlichen Wechsel mit Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard Generalsekretär der DGOU. „Du hast die

Fachgesellschaft ganz wesentlich vorangebracht und hinterlässt große Stiefel“, sagte Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, DGU/DGOU-Präsident 2013 – er wird Prof. Siebert als DGU-Generalsekretär nachfolgen. „Wir hoffen, dass du uns gewogen bleibst und uns weiterhin unterstützt.“ (► **Abb. 2**) Die Ehrenmitgliedschaft 2013 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie erhielt Prof. Dr. Gerd Weseloh, von 1996 bis zu seinem Ruhestand im Jahr 2002 Chefarzt der Abteilung für Orthopädische Rheu-

Fotos: Starface

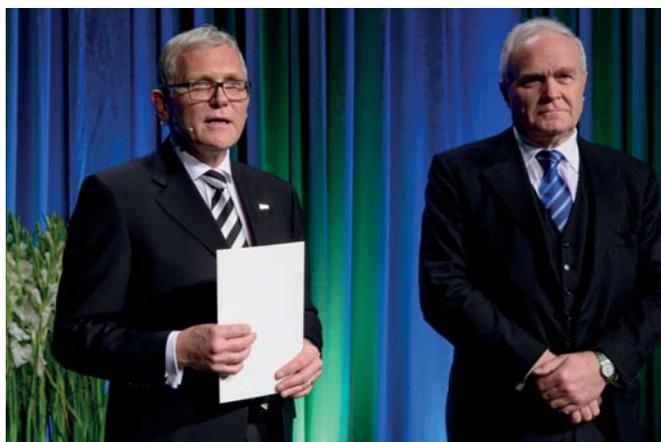


Abb. 1 Ehrenmitgliedschaft der DGOU



Abb. 2 Ehrenmitgliedschaft DGU



Abb. 3 Ehrenmitgliedschaft DGOOC



Abb. 4 Ehrenmitgliedschaft BVOU



Abb. 5 Korrespondierendes Mitglied DGOOC



Abb. 6 Korrespondierendes Mitglied DGOOC



Abb. 7 Korrespondierendes Mitglied DGOU



Abb. 8 Korrespondierendes Mitglied DGOU



Abb. 9 Pauwels-Gedächtnismedaille der DGOOC



Abb. 10 Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste



Abb. 11 Carl-Thiem-Gedenkmünze der DGU

matologie am Waldkrankenhaus Erlangen, weil er, so DGOOC-Präsident Prof. Dr. Bernd Kladny, „die orthopädische Rheumatologie im Wesentlichen begründet hat.“ (► **Abb. 3**) Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie verlieh die Ehrenmitgliedschaft an Dr. Uto Kleinstäuber – nicht die erste BVOU-Auszeichnung für den ehemaligen BVOU-Landesvorsitzenden Niedersachsen: 1999 wurde er für seine 20-jährige Tätigkeit als Mandatsträger mit der „Ehrennadel mit Kranz“ in Gold geehrt, 2001 folgte dann die Hubert-Waldmann-Plakette. Dr. Kleinstäuber konnte die Verleihungsurkunde nicht persönlich entgegennehmen (► **Abb. 4**).

Korrespondierende Mitglieder

Korrespondierende Mitgliedschaften sollen die Kontakte zu den Fachgesellschaften in aller Welt intensivieren. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ernannte in diesem Jahr den Präsidenten der Latino American Orthopaedics and Traumatology Society, Prof. José Sergio Franco, zum Korrespondierenden Mitglied (► **Abb. 5**). Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO), wurde ebenfalls zum Korrespondierenden Mitglied der DGOOC ernannt (► **Abb. 6**). Die Korrespondierende Mitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ging

zum einen an Prof. Dr. Reto Bapst aus Willisau in der Schweiz, der 2008 Präsident der Schweizer Gesellschaft für Allgemeinchirurgie und Traumatologie war (► **Abb. 7**); zum anderen an Prof. Francisco Forriol, Präsident der Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), der Spanischen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (► **Abb. 8**).

Pauwels-Gedächtnismedaille der DGOOC

Mit der Pauwels-Medaille würdigt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Menschen, die sich um die orthopädische Forschung verdient gemacht haben. Die Gesellschaft will damit an die großen Verdienste von Dr. Friedrich Franz Karl Maria Pauwels im Fach Orthopädie erinnern. In diesem Jahr wurde diese Ehre Prof. Dr. Willi A. Kalender zuteil. Kalender ist Professor und Direktor des Instituts für Medizinische Physik an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. Seine Forschungsinteressen liegen hauptsächlich im Bereich der medizinischen Bildgebung. Ganz entscheidend war dabei die Entwicklung und Einführung der Spiral-CT. Willi A. Kalender verfasste ein Buch zum Thema Computertomografie und veröffentlichte mehr als 900 Publikationen in verschiedenen wissenschaftlichen Magazinen, davon über 260 Originalarbeiten. Er hielt die Pauwels-Gedächtnisvorlesung

zum Thema: „Große und kleine CT-Geräte für orthopädische und osteologische Fragestellungen“ (► **Abb. 9**).

Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste der DGU

Die Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste wurde 1982 als ehrenvolle Auszeichnung für wissenschaftliche Verdienste um die Unfallheilkunde gestiftet. Sie wird an Persönlichkeiten verliehen, die sich durch hervorragende wissenschaftliche Leistungen um die Unfallchirurgie besonders verdient gemacht haben. In diesem Jahr ging die Auszeichnung an Prof. Dr. Reinhard Schnettler, der die Universitätsprofessur „Unfallchirurgie“ der Justus-Liebig-Universität Gießen inne hat und dort Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie sowie des Laboratoriums für Experimentelle Unfallchirurgie ist (► **Abb. 10**).

Carl-Thiem-Gedenkmünze der DGU

Die Carl-Thiem-Gedenkmünze wurde 1997 anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gestiftet. Sie wird verliehen für besondere Verdienste um die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie unter Einbeziehung berufspolitischer und berufsständischer Leistungen. Die Ehrung wurde in diesem Jahr Prof. Dr. Tilman Mischkowsky zuteil. Mischkowsky leitet das Referat Unfallchirurgie im Berufs-



Abb. 12 Goldene Ehrennadel der DGU



Abb. 13 Goldene Ehrennadel der DGOOC



Abb. 14 Goldene Ehrennadel der DGOOC

verband der Deutschen Chirurgen (BDC), war von 2004 bis 2012 Vizepräsident des BDC und ist Vorstandsmitglied des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) (► **Abb. 11**).

Goldene Ehrennadel der DGU

Die Goldene Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie ging in diesem Jahr an Dr. Hans Lemke. Er ist Leitender Arzt des Zentrums für Schwerverletzte, Intensiv- und Notfallmedizin am Klinikum Dortmund und Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Stadt Dortmund bei der Feuerwehr. Die Liste seiner Ämter und Funktionen ist lang: So ist er unter anderem Mitglied der Expertenrunde der Weltgesundheitsorganisation im Bereich präklinische und klinische Notfall- und Katastrophenmedizin, berät das Bundesinnenministerium in Sachen Notfall- und Katastrophenmedizin und ist Sprecher des Bundesverbands Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) im Trauma-Netzwerk-Beirat der DGU (► **Abb. 12**).

Goldene Ehrennadel der DGOOC

Für sein Lebenswerk erhielt Prof. Dr. Wolf Dietrich Arnold, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Orthopädie am SRH Zentralklinikum Suhl GmbH mit Lehrauftrag an der Friedrich-Schiller-Universität, die Goldene Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Da Prof. Arnold nicht persönlich beim DKOU anwesend sein konnte, nahm er die Ehrennadel im Rahmen eines Festaktes am Waldkrankenhaus Jena entgegen, wo er von 2011 bis 2012 als Chefarzt tätig war. In dieser Zeit veränderte er im Waldkrankenhaus nicht nur mehrere klinische Strukturen, sondern kämpfte auch beharrlich für den Verbleib des Lehrstuhls in Jena (► **Abb. 13**). Auch Prof. Dr. Andreas Bernau konnte sich über die Goldene Ehrennadel der DGOOC freuen. Als Leiter der Gemeinsamen Prüfungskommission von DGOT (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie) und BVO (Berufsverband der

Fachärzte für Orthopädie – zu diesem Zeitpunkt noch ohne „U“) gestaltete er gemeinsam mit Prof. Parsch die Prüfrahmenbedingungen für das Fachgespräch Orthopädie. Ein Amt, das er über lange Jahre – von 1993 bis 2013 – mit großem Engagement ausfüllte, war das des Schriftführers der Initiative '93 Technische Orthopädie (► **Abb. 14**).

Goldene Ehrennadel des BVOU

Auch der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie hatte in diesem Jahr eine Goldene Ehrennadel zu vergeben, und zwar an Dr. Uwe Schwokowski. Der niedergelassene Facharzt für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie mit Sitz in Ratzeburg war von 2004 bis 2012 Stellvertretender Landesvorsitzender des BVOU in Schleswig-Holstein. Er leitet das dortige Qualitätsnetz Orthopädische Rheumatologie und hat sich als Leiter der Sektion Orthopädische Rheumatologie im BVOU um die konservative Orthopädie sehr verdient gemacht. Er ist darüber hinaus im Beirat des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und ärztlicher Berater des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft Morbus Bechterew (► **Abb. 15**).

Silberne Ehrennadel des BVOU

Die Silberne Ehrennadel des BVOU ging an:

- Ralf Bakies, Aachen, ehemaliger Stellvertretender Bezirksvorsitzender Aachen, Nordrhein Westfalen
- Dr. Michael Benning, Aachen, ehemaliger Bezirksvorsitzender Aachen, Nordrhein-Westfalen
- Peter Harder, Dortmund, ehemaliger Bezirksvorsitzender Dortmund, Westfalen-Lippe
- Dr. Andreas Heine, Haselünne, ehemaliger Stellvertretender Bezirksvorsitzender Osnabrück, Niedersachsen
- Dr. Frank Heining, Hannover, ehemaliger Bezirksvorsitzender Hannover, Niedersachsen

- Dr. Hauke Jensen, Kiel, ehemaliger Bezirksvorsitzender Kiel, Schleswig-Holstein
- Dr. Jörg Land, München, ehemaliger Stellvertretender Bezirksvorsitzender München (Stadt und Land), Bayern
- Dr. Heinz-Joachim Müller, Pforzheim, ehemaliger Bezirksvorsitzender Pforzheim, Baden-Württemberg

Georg-Friedrich-Louis-Stromeyer-Medaille der DGU

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie verlieh die Georg-Friedrich-Louis-Stromeyer-Medaille an Prof. Dr. Hans-Georg Dietz, Extraordinarius der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die DGU zeichnet damit sein Buch „Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie“, erschienen bei Springer, aus. Die Laudatio von Prof. Dr. Jürgen Probst finden Sie in diesem Heft auf Seite ■■■ (► **Abb. 16**).

Hubert-Waldmann-Platte des BVOU

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie verlieh in diesem Jahr die Hubert-Waldmann-Plakette gleich zweimal. Zum einen an Dr. Peter Heppt, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des BVOU und der AG Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU sowie Leiter des Arbeitskreises ambulanter und belegärztlicher Operateure des BVOU (► **Abb. 17**). Zum anderen an Dr. Klaus Schatton, der lange Jahre die Berufspolitik des Faches mitgestaltet hat: als Landesvorsitzender Württemberg, kooptiertes Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes, Sprecher der Landesvertreter und als Vizepräsident. Bis heute ist er beratend in berufspolitischen Fragen tätig (► **Abb. 18**).

Grundlagenforschungspreis der DGOU

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie verlieh erstmals den

mit 20.000 Euro dotierten Grundlagenforschungspreis 2013. Die Gesellschaft zeichnete Dr. rer. medic. Simon Reinke und Dr. Sven Reinke vom Berlin-Brandenburger Zentrum für Regenerative Therapien für die Arbeit „Terminally Differentiated CD8+ T Cells Negatively Affect Bone Regeneration in Humans“ aus. In ihrer Arbeit gehen sie der Frage nach, inwiefern die adaptive Immunität einen Einfluss auf die Qualität der Frakturheilung ausübt. Ihre Untersuchungen zeigen einen negativen Einfluss von CD8+ TEM-RA-Zellen auf die Heilungsprozesse von Brüchen. Diese Ergebnisse stellen einen potenziellen prognostischen Marker für Heilungsverzögerungen dar (► **Abb. 19**).

Reha-Forschungspreis der DGOU

Der mit insgesamt 5.000 Euro dotierte Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung ging zu gleichen Teilen an Prof. Dr. Thomas Gross, Leitender Arzt Traumatologie am Kantonsspital Aarau für die Arbeit „Clinical evaluation of the Trauma Outcome Profile (TOP) in the longer-term follow-up of polytrauma patients“ (► **Abb. 20**) und an Dr. Stefan Simmel, Leitender Arzt der Abteilung für BG-Rehabilitation der BG-Unfallklinik

Murnau, für die Arbeit „Outcome und Prädiktoren der Lebensqualität nach Polytrauma – Konsequenzen für die Trauma-Rehabilitation“ (► **Abb. 21**). Prof. Gross weist in seiner Arbeit nach, dass soziodemografische, unfall- und behandlungsabhängige Faktoren nach einem Polytrauma Langzeitprobleme nach sich ziehen können. In diesem Trauma-Outcome-Profil (TOP) sieht Gross ein verlässliches Instrument, das bereits früh in der Versorgung von Traumapatienten eingesetzt wird. Simmel beschäftigte sich mit den langfristigen Auswirkungen auf die Lebensqualität Schwerstverletzter und kommt zu dem Schluss, dass diese über einen großen Zeitraum hinweg massiv eingeschränkt ist. Dazu tragen auch Schwierigkeiten mit den Behörden und Arbeitslosigkeit nach dem Unfall bei.

Versorgungsforschungspreis der DGOU

Für die Arbeit „Signifikante Reduktion von Krankenhauseinweisungen aufgrund osteoporoseassoziiierter Frakturen durch intensiviertere multimodale Therapie – Ergebnisse der Integrierten Versorgung Osteoporose Nordrhein“ zeichnete die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. Christopher

Niedhart, Niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in Heinsberg, mit dem Versorgungsforschungspreis 2013 aus. Der Versorgungsforschungspreis ist mit 5.000 Euro dotiert. Niedhart konnte nachweisen, dass durch eine intensiviertere multimodale Therapie der Osteoporose durch besonders qualifizierte Ärzte im Rahmen einer Integrierten Versorgung die Rate an Fragilitätsfraktur-assoziierten Krankenhauseinweisungen bei gleichzeitiger Kostenreduktion signifikant gesenkt werden kann. Dafür analysierte Niedhart von 2007 bis 2010 im Rahmen einer retrospektiven Querschnittsanalyse die Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg für den Bereich Nordrhein. Er berücksichtigte alle Versicherten zwischen 50 und 89 Jahren mit Osteoporosediagnose (ICD-10 M80 oder M81), die mindestens drei osteoporosetypische Arzneimittel verordnet bekommen hatten. Er unterteilte die ermittelten Patientendaten in Integrierte und Regelversorgung. Insgesamt erfasste er 22.040 Patienten, davon waren 3.173 Patienten in der Integrierten Versorgung (IV). In der IV war die Rate an krankhauspflichtigen Hüftfrakturen mit 5,93/1.000 Versichertenjahre (VJ) um 74 Prozent geringer als in der Regelversorgung (22,96/1.000



Abb. 15 Goldene Ehrennadel des BVOU



Abb. 16 Georg-Friedrich-Louis-Stromeyer-Medaille der DGU



Abb. 17 Hubert-Waldmann-Plakette des BVOU



Abb. 18 Hubert-Waldmann-Plakette des BVOU



Abb. 19 Grundlagenforschungspreis der DGOU



Abb. 20 Reha-Forschungspreis der DGOU

Aus unserem Fach



Abb. 21 Reha-Forschungspreis der DGOU



Abb. 22 Versorgungsforschungspreis der DGOU



Abb. 23 Hans-Liniger-Preis der DGU

VJ). Die Rate an anderen Osteoporosefraktur-assoziierten Krankenhauseinweisungen betrug mit 46,92/1.000 VJ 73 Prozent weniger als in der Regelversorgung mit 172,88/1.000 VJ. Die Arzneimittelkosten für Osteoporosetherapeutika waren in der IV etwa doppelt so hoch wie in der Regelversorgung, während die Gesamtarzneimittelkosten in der IV-Gruppe mit 1.438 Euro unter der Vergleichsgruppe mit 1.702 Euro lagen (► **Abb. 22**).

Hans-Liniger-Preis der DGU

Mit ihrer höchstdotierten Auszeichnung, dem Hans-Liniger-Preis mit 10.000 Euro, fördert die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie den wissenschaftlichen Nachwuchs, der besondere Leistungen auf den Gebieten Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin oder ihren Grenzgebieten erbracht hat. In diesem Jahr ging der Preis an PD Dr. Matthias Knobe, Oberarzt an der Klinik für Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie der Uniklinik RWTH Aachen, für seine Arbeit „Komplikationen bei der pertrochantären Femurfraktur: Spannungsbogen zwischen Frakturinstabilität, chirurgischer Präzision und innovativem Implantatdesign“. Die pertrochantäre Femurfraktur ist eine der häufigsten Frakturen weltweit und ein existenzielles Problem für den einzelnen Patienten, aber auch relevant für die Gesellschaft und ihre Krankenversicherungsträger. Knobe zeigte zum einen hohe Komplikationsraten der Dynamischen Hüftschraube, vorwiegend bei Instabilität und Osteoporose; zum anderen vielversprechende Ergebnisse der neuen Nagelgeneration und winkelstabiler minimalinvasiver Plattensysteme. Außerdem stellte sich heraus, dass neben der Frakturinstabilität und dem Design des Kraftträgers hauptsächlich der Operateur

für einen Großteil der Komplikationen verantwortlich zeichnet. Eine maßgebliche Weiterentwicklung sei der Rotationsstabile Schraubanker, der die Stärken von Schraube und Klinge durch Kombination beider Prinzipien vereint. In Zukunft sollten Studien durchgeführt werden, welche den spezifischen Einfluss einzelner Frakturcharakteristika oder Instabilitätskriterien auf die Komplikationsrate und die Funktion untersuchen. Es fehlt weiterhin ein universell nutzbares Klassifikationssystem mit klaren abgestuften Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung des Einflussfaktors „Chirurg“ (► **Abb. 23**).

Innovationspreis der DGU

Für seine Erkenntnisse in der bildbasierten Zielführung in Orthopädie und Traumatologie erhielt Dr. Michael Kraus den diesjährigen Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Kraus ist seit diesem Jahr in der Abteilung für Wirbelsäulentherapie, Endoprothetik und orthopädische Onkologie in der Helsing Stiftung Augsburg tätig. In seiner Arbeit „Integration of fluoroscopy based guidance in orthopaedic trauma surgery – a prospective cohort study“ untersuchte er ein neuartiges, referenzfreies, bildbasiertes Zielführungsverfahren. In der Studie waren 45 Patienten mit insgesamt 46 Prozeduren eingeschlossen. Das System wurde verwendet, um Trajektorien in C-Bogen-Bilder einzublenden, um damit die initiale Implantatplatzierung zu optimieren. Auch bei der Erstellung einer intraoperativen Ganzbeinaufnahme zur Achsvermessung kam die neue Technologie zum Einsatz. Dabei zeigte sich, dass das neue Zielführungsverfahren in den gewohnten operativen Workflow problemlos integriert werden kann und den Anwender vor allen Dingen in Bereichen, in denen bisherige, referenzba-

sierte Systeme nicht oder nur wenig eingesetzt werden können, unterstützt. In klassischen Bereichen der Navigation wie Becken oder Wirbelsäule hingegen konnte es aufgrund technischer Limitationen nicht eingesetzt werden. Insbesondere die Funktion der Ganzbeinaufnahme ist vielversprechend und sollte weiter untersucht werden (► **Abb. 24**).

Themistocles-Gluck-Preis der DGOOC

Den mit 10.000 Euro dotierten Themistocles-Gluck-Preis verlieh die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an PD Dr. Sascha Gravius, Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, für die Arbeit „Periprothetische azetabuläre Knochendefektheilung: Möglichkeiten zur biologischen Defektregeneration und zum stammzellbasierten Gewebeersatz am Tiermodell Schaf“. Über die Arbeit: An einem ovinen periprothetischen Defektmodell wurden definierte „critical-size“ Defekte im lasttragenden Azetabulum mit autologer und Tutoplast® prozessierter allogener Spongiosa in „Impaction-grafting-Technik“ wie auch mit NanoBone® augmentiert und mit einer Abstützschale überbrückt (Implantationszeit acht Monate; acht Tiere pro Gruppe). Zur Entwicklung eines zellbasierten Gewebeersatzes für die azetabuläre Defektsituation wurden ovine „Bone Marrow Stroma Cells“ aus dem Knochenmark adulter Schafe isoliert, charakterisiert und zum Nachweis ihrer Multipotenz in Adipozyten, Chondrozyten und Osteoblasten differenziert. Ferner wurde die Befähigung zur Immunmodulation untersucht. Für die organotypische osteoblastäre Differenzierung wurden die Zellen und BMP-2 in die dreidimensionale Trägermatrix Albugel® eingebracht

und osteogenen Differenzierungsbedingungen ausgesetzt. Das periprothetische Defektmodell hat sich im Hauptbelastungsbereich des Azetabulums als geeigneter Versuchsaufbau mit bestmöglicher Analogie zur humanen Revisionsituation bewährt. Allogene Spongiosachips in „Impaction-grafting-Technik“ wie auch das NanoBone® konnten ihre Eignung zur biologischen Defektrekonstruktion bestätigen – die autologe Spongiosa muss weiterhin als Gold-Standard angesehen werden. Albugel® erfüllt als dreidimensionales mit oBMSC besiedeltes Trägermaterial die Anforderung zum zellbasierten Gewebeersatz mit osteogener Potenz – die Möglichkeiten zum „Slow Drug Release“ für BMP-2 sind gegeben (► **Abb. 25**).

Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis der DGOOC

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie verlieh den mit 5.000 Euro dotierten Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis 2013 an Dr. Dipl.-Ing. Jan-Mels Brandt, Technischer Leiter der Biotribology Concordia Joint Replacement Group in Winnipeg, Kanada, für seine Arbeit „Clinical failu-

re of contemporary analysis ceramic-on-ceramic total hip replacements“. Brandt erhob die Inzidenz sowie das klinische und radiologische Outcome bei occipitalen Kondylenfrakturen (OCF) in einem Level 1 Traumazentrum. Dabei überprüfte er auch die bestehenden OCF-Klassifikationen hinsichtlich ihrer internen Validität bezüglich Morbidität und Outcome. Dafür erfasste er über fünf Jahre hinweg sämtliche OCF-Fälle mit initialem Gesundheitszustand. Insgesamt identifizierte er 31 Patienten mit OCF – dies entspricht einer Inzidenz auf 1,19 Prozent. Brandt hielt 27 einseitige und vier beidseitige OCFs fest. Drei von 31 Patienten (9,7 Prozent) hatten zusätzlich eine atlanto-occipitale Dislokation (AOD), von denen eine operativ von dorsal stabilisiert wurde. Alle anderen Patienten wurden konservativ mittels rigidem Halskragen für sechs Wochen therapiert. Fünf von 31 Patienten (16,1 Prozent) verstarben an ihren schwerwiegenden Begleitverletzungen. 22 von 31 Patienten (70,9 Prozent) wurden ein Jahr post-Trauma prospektiv nachuntersucht. Brandt konnte nachweisen, dass sowohl ein- als auch beidseitige OCF unabhängig von den bisherigen Klassifikationstypen eine stabile Traumaenti-

tät darstellen. Sobald Instabilität in der occipito-atlano-axialen Region vorliegt, bedarf es der operativen Stabilisierung, unabhängig vom möglichen Vorliegen einer OCF. Darüberhinaus ist die Instabilität ein signifikanter Prädiktor für ein schlechtes Outcome. Die Lebensqualität ein Jahr post-Trauma zeigte sich in der Studie unabhängig vom Vorliegen einer OCF. Dagegen wurde sie maßgeblich von Begleitverletzungen, allen voran den intrazerebralen beeinflusst. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie und den Ergebnissen der Literaturrecherche wurde eine neue, einfach zu handhabende Klassifikation für OCF implementiert. Diese zeigt im Vergleich mit den bekannten Klassifikationen bessere Korrelationswerte sowohl mit dem initialen Gesundheitszustand wie auch mit dem klinischen und radiologischen Outcome (► **Abb. 26**).

Georg-Hohmann-Plakette der DGOOC

Für seine besonderen Verdienste um die deutsche Orthopädie ist Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband, mit der Georg-Hohmann-Plakette der Deutschen Gesellschaft für



Abb. 24 Innovationspreis der DGU



Abb. 25 Themistocles-Gluck-Preis der DGOOC



Abb. 26 Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis der DGOOC



Abb. 27 Georg-Hohmann-Plakette der DGOOC



Abb. 28 Promotionspreis der DGU



Abb. 29 MSD-Reisestipendium der DGOOC

Aus unserem Fach

Orthopädie und Orthopädische Chirurgie geehrt worden. Die Georg-Hohmann-Plakette wird Persönlichkeiten verliehen, die sich auch außerhalb des wissenschaftlichen Bereiches und als Nichtärzte um die Entwicklung der deutschen Orthopädie in besonderer Weise verdient gemacht haben. Jürgen Malzahn hat bei der Initiierung und Entwicklung des Endoprothesenregisters (EPRD), aber auch bei der Etablierung des Versorgungsatlasses mit großem Engagement mit der DGOOC zusammengearbeitet. Ihm ist eine Kooperation zwischen Kostenträgern und DGOOC zu verdanken, die den Patienten im Mittelpunkt sieht, wie sie bis dahin nicht existiert hat. (► Abb. 27).

Promotionspreis der DGU

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie verlieh erstmals den mit 2.500 Euro dotierten Promotionspreis an Dr. Michael Roßkopf, Assistenzarzt in Weiterbildung im Fach Neurologie an der Klinik für Neurologie des Krankenhauses Barmherzige Brüder Regensburg, für seine Arbeit „Epidemiologie und Outcome okzipitaler Kondylenfrakturen. Eine prospektive Studie zum Stellenwert bestehender Klassifikationen mit Implementierung einer neuen Klassifikation“ (► Abb. 28).

MSD-Stipendium der DGOOC

Dr. Elena Tsourdi, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie und tätig im Bereich Endokrinologie, Diabetes und metabolische Knochenkrankungen der Medizinischen Klinik III am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden, erhielt das diesjährige MSD-Reisestipendium, das von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

ausgelobt wird. Es beläuft sich auf 12.000 Euro und soll Tsourdi eine mehrwöchige Reise an eine Institution im In- oder Ausland ermöglichen, wo sie sich neue wissenschaftliche Verfahrensweisen aneignen kann (► Abb. 29).

Reisestipendium der DGU

Dr. Claudia Druschel, Assistenzärztin am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, gewann das diesjährige Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Es beläuft sich auf 2.500 Euro, die Druschel dafür nutzen kann, zu einer klinisch oder experimentell bedeutenden ausländischen Einrichtung zu reisen und dort zu hospitieren (► Abb. 30).

Kongress-Stipendium der DGOOC

Das mit jeweils 800 Euro dotierte Kongress-Stipendium vergab die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in diesem Jahr erstmals an PD Dr. Ralf Skripitz, Leitender Arzt und Stellvertretender Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Rostock, und Katrin Zenk, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungslabor Forbomit, Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock (► Abb. 31).

Herbert-Lauterbach-Preis

Der vom Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (KUV) gestiftete und mit 10.000 Euro dotierte Herbert-Lauterbach-Preis 2013 wurde verliehen an PD Dr. Michael H. Amlang, Oberarzt, UniversitätsCentrum für Orthopädie & Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, für

seine Arbeit: „Die differenzierte Therapiewahl bei der Achillessehnenruptur unter besonderer Berücksichtigung der perkutanen Naht mit dem Dresdner Instrument und des Flexor hallucis longus-Transfers zum Ersatz der Achillessehne“ (► Abb. 32).

Wilhelm-Roux-Preis

Mit dem Wilhelm-Roux-Preis kürt die Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie jährlich den besten Vortrag aus der Grundlagenforschung, der beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie gehalten wird. Der Preis wird von der Firma Aesculap gestiftet und ist mit 2.000 Euro dotiert. Er ging in diesem Jahr an die Arbeitsgruppe Julia Kemmler, Ronny Bindl, Florian Wagner, Michael Gröger, Enrico Calcia, Peter Radermacher und Anita Ignatius am Zentrum für Muskuloskeletale Forschung, Universitätsklinikum Ulm. Damit wird ihre Arbeit „Eine intermittierende Therapie mit normobarem Sauerstoff verbessert die durch ein Thoraxtrauma kompromittierte Frakturheilung im Mausmodell“ ausgezeichnet (► Abb. 33).

DIGEST-Preis des BVOU

Der DIGEST-Innovationspreis wird ausgeschrieben von der DIGEST (Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie) für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten aus klinischer und experimenteller Forschung aus dem deutschsprachigen Raum zur Thematik der medizinischen Stoßwellentherapie. Seit diesem Jahr unterstützt der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie den Preis mit zusätzlichen 1.000 Euro. Er



Abb. 30 Reisestipendium der DGU



Abb. 31 Kongressstipendium der DGOOC



Abb. 32 Herbert-Lauterbach-Preis der KUV



Abb. 33 Wilhelm-Roux-Preis



Abb. 34 DIGEST-Preis des BVOU



Abb. 35 EbM-Preis



Abb. 36 EbM-Preis

beläuft sich damit auf 4.000 Euro. Er ging in diesem Jahr an Dr. Frank Suhr, Post Doctoral Research Fellow am Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Deutschen Sporthochschule Köln. Seit 2013 ist er Gastwissenschaftler am Institut für Molekulare Muskelphysiologie, Max-Delbrück-Zentrum für Molekulare Medizin, Berlin-Buch. Der Titel seiner Arbeit, die im Journal „Stem Cell Research“ erschienen ist, lautet: „Cell biological effects of mechanical stimulations generated by focused extracorporeal shock wave applications on cultured human bone marrow stromal cells“ (► Abb. 34).

EbM-Preis

Mit dem EbM-Preis werden Kolleginnen und Kollegen ausgezeichnet, die sich in ihrem Vortrag eng an die Kriterien evidenzbasierter Medizin gehalten haben. Es wurden zwei Arbeitsgruppen ausgezeichnet: 1) Sebastian Warwas, Marcel Haversath, Axel Marx, Henning Quitmann, Marcus Jäger, Stefan Landgräber, Universitätsklinikum Essen, Thema: „Serum-Desoxyypyridinolin zur Diagnostik der asep-

tischen Prothesenlockerung“ (► Abb. 35). 2) S. Fischer, C. Betz, A. Bonk, P. Schleicher, C. Colcus, P. Wilde, R. Hoffmann, BG-Unfallklinik Frankfurt/Main, Thema: „Versorgungsforschung der akuten Achillessehnenruptur mittel offen operativer, minimalinvasiver und konservativer Therapie im direkten Vergleich“ (► Abb. 36).

Posterpreise: Experimentelle Arbeiten

Die Sektion Grundlagenforschung der DGOU verlieh die Posterpreise für experimentelle Arbeiten an Luisa Schäck, Klinik für Unfallchirurgie der MH Hannover, für ihren Beitrag „Transiente Stimulation von in vitro kultivierten mesenchymalen Stammzellen mit BMP-2 bewirkt Hochregulation von MSC-Markern“; Dr. Thomas J. Heyse, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, für seinen Beitrag „Oxidiertes Zirkonium vs. CoCr in der Knieendoprothetik: Profilometrie explantierter Femurkomponenten“; Dr. Ulrich Lenze, Klinikum Rechts der Isar, TU München, für seinen Beitrag „Veränderungen des Gangzyklus und der Kniegelenksfunktion bei Patienten nach Patellektomie“; und Anna E. Rapp, Uni-

versitätsklinikum Ulm, für ihren Beitrag „Beitrag systemisch applizierter mesenchymaler Stammzellen zur Frakturheilung im Mausmodell“.

Posterpreise: Klinische Arbeiten

Der 1. Posterpreis ging an Dr. Karsten Ridderbusch, Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, für seinen Beitrag „Erste klinische Ergebnisse von magnetisch gesteuerten Growing Rods (MCGR) bei Patienten mit Early Onset Skoliose“. Über den 2. Posterpreis konnte sich Dr. André Sander, Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinik Bergmannsheil für seinen Beitrag „Paraplegie – Schwerwiegende Komplikation minimalinvasiver Aufrichtung osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen“ freuen. Drittplatzierte wurde Dr. Daniela Ulrich, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim. Sie wurde für ihren Beitrag „Lebensqualität nach operativer Versorgung periprothetischer Femurfrakturen bei Alterspatienten“ ausgezeichnet.

Zusammengestellt von Jana Ehrhardt-Joswig.

Fast ein Wunder und gute Führung



Den Deutschen Journalistenpreis für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 teilen sich in diesem Jahr Dr. Max Rauner, Zeit Magazin, und Dr. Sigrun Damas, NDR. Max Rauner erhielt den Preis für seinen Beitrag „Die Auferstehung“ im Zeit Magazin vom Februar 2013; Sigrun Damas für ihren Filmbeitrag „Kniegelenk-OP – Mehr Sicherheit durch Zertifikat“, der in der NDR Sendung „Visite“ am 9. April 2013 ausgestrahlt wurde. Die Preise sind mit jeweils 2.500 Euro dotiert und wurden im Rahmen des DKOU verliehen.

Eine wunderbare Bestätigung der medizinischen Arbeit sei es, jährlich die eingereichten Arbeiten zum Deutschen Journalistenpreis für Orthopädie und Unfallchirurgie zu sichten. „Die zur Auswahl vorgelegten Arbeiten bilden einen interessanten Querschnitt durch unser spannendes und vielfältiges Fachgebiet“, erläutert Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Vorsitzender der Preisrichterkommission und Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Der BVOU verleiht den Preis jährlich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Ausgezeichnet werden Arbeiten, die die Versorgungsleistung im Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie einem breiten Publikum aktuell und verständlich vermitteln.

„Die Auferstehung“

Max Rauner erhielt den Beitrag für die gründliche Recherche und fundierte, allgemeinverständliche Darstellung orthopädisch-unfallchirurgischer Krankheitsbilder, ihrer Behandlung und Rehabilitation. Der Beitrag „Die Auferstehung“ des Redakteurs bei der ZEIT schildert das Engagement des querschnittgelähmten Chirurgen Mirko Aach, der sich als Arzt am Bochumer Universitätsklinikum Bergmannsheil mit dem Thema Exoskelett („Roboterbeine“) beschäftigt und hofft, anderen Menschen eines Tages mit dieser Technik helfen zu können, Bewegung zurückzugewinnen. Mirko Aach war der erste Europäer, der diese Technik testete und nun mit Patienten an der Chance arbeitet, diese einsatzreif zu machen. Der Arzt Aach wurde infolge eines Snowboardunfalls querschnittsgelähmt.



Dr. Max Rauner und Dr. Sigrun Damas teilen sich den Deutschen Journalistenpreis für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013.

„Kniegelenk-OP – Mehr Sicherheit durch Zertifikat“

Mit „Kniegelenk-OP – Mehr Sicherheit durch Zertifikat“ erhielt Sigrun Damas den Preis für die besondere Darstellung von Qualitätssicherung und den neuen Qualitätsstandards in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Ausgezeichnet wurde damit ein Beitrag, der Patienten Orientierungshilfen vor Endoprothesenoperationen (Gelenkersatz) an die Hand gibt. Mit EndoCert, einem Qualitätssiegel, soll es Patienten möglich sein, den richtigen Operator und die richtige Klinik zu finden. Die Vergabe des Zertifikats ist an feste Voraussetzungen geknüpft, um objektiv dem Patienten Hilfestellung zu geben. Viele Kliniken führen Gelenkersatz durch, aber macht es auch jede wirklich gut? Dies herauszufinden überfordert viele Patienten. Mit dem Zertifikat wird die erforderliche Qualität ausgewiesen.

Max Rauner, geboren 1970, ist Redakteur bei ZEIT Wissen, dem Wissensmagazin der ZEIT. Er studierte Physik und Philosophie in Konstanz, Heidelberg und Boulder (Colorado) und promovierte über Quantenoptik an der Universität Hannover. Seit 1996 schreibt er für deutschsprachige Zeitungen und Magazine. Im Jahr 2004 kam er zur ZEIT, wo er das Magazin ZEIT Wissen mit entwickelte.

Dr. Sigrun Damas, geboren in Oberhausen, hat in Münster Publizistik, Kunstgeschichte und Germanistik studiert und ist als freie Wissenschaftsjournalistin und Autorin tätig. Sie ist unter anderem für die ARD Hörfunk und Fernsehen tätig, darunter: WDR, NDR, Deutschlandradio Kultur, Deutschlandfunk, BR und SWR. Als Reporterin für Radio France leitet sie unter anderem internationale Radioworkshops in Frankreich.

Joachim Stier

1/1 Anzeige

BERLIN DECLARATION

Für einen Wissenschaftsaustausch mit China

Der DGOU als größter medizinischer Fachgesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Europa ist es ein Anliegen, ihre internationalen Kontakte und Beziehungen auszubauen. Ein wichtiger Schritt dazu war die anlässlich des DKOU 2013 im Bundesgesundheitsministerium zwischen der DGOU und der Chinesischen Orthopädischen Gesellschaft (COA) unterzeichnete „Berlin Declaration“. Ziel dieser Übereinkunft ist eine stetige Verbesserung des Wissenschaftsaustausches zwischen den beiden großen Gesellschaften.



Foto: Starface

Im Bundesgesundheitsministerium unterzeichneten die drei Präsidenten Heller, Hoffmann und Kladny zusammen mit Vertretern der Chinesischen Orthopädischen Gesellschaft die „Berlin Declaration“ zur Intensivierung der Zusammenarbeit.

Ausgangspunkt dieser Zusammenarbeit war die Verleihung der Korrespondierenden Mitgliedschaft der DGOU 2012 an den Präsidenten der Chinesisch-Orthopädischen Gesellschaft, Prof. Yan Wang. Es erfolgte eine intensive Kontaktpflege, und mit der starken Unterstützung von Prof. Dr. Wolfhart Puhl konnte eine etwa 100-köpfige wichtige Delegation chinesischer Orthopäden und Unfallchirurgen den DKOU 2013 besuchen. Es fand eine gemeinschaftliche Sitzung statt mit dem Thema: „Clinical outcomes in orthopaedics“.

Im Gegenzug erfolgte eine Einladung zu dem Kongress der Chinesischen Orthopädischen Gesellschaft vom 7. bis 10. Oktober 13 in Peking. Auch hier fand eine gemeinsame wissenschaftliche Sitzung statt, in der die Vertreter der DGOU sowohl über fachspezifische als auch über medizinpolitische Fragestellungen (Traumnetzwerk, Qualitätsmessung usw.) re-

ferierten. Zusätzlich gab es ein weiteres Treffen von Vertretern beider Gesellschaften mit dem Ziel, die wissenschaftlichen Verbindungen weiter zu intensivieren, sowohl durch regelmäßige Einbindung in die nationalen Kongresse als auch durch die Implementierung eines Austauschprogramms.

Es war deutlich zu spüren, dass der Chinesisch-Orthopädischen Gesellschaft sehr viel daran gelegen ist, mit der DGOU zusammenzuarbeiten, und dass unsere Gesellschaft in der internationalen Wertschätzung sehr weit oben angesehen wird. Dies äußerte sich auch dahin, dass der diesjährige Präsident der DGOU, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, als einziger Vertreter einer nationalen Fachgesellschaft neben der AAOS ein offizielles Grußwort anlässlich des Präsidentenempfanges übermitteln durfte. Selbstverständlich konnten neben den offiziellen Veranstaltungen zahlreiche wichtige Kontakte

zwischen deutschen und chinesischen Ärzten geknüpft werden.

Zuletzt möchte ich noch einmal den Eindruck aller hervorheben, dass die Chinesisch-Orthopädische Gesellschaft sich zunehmend ihrer wichtigen Rolle in der Orthopädisch-Unfallchirurgischen Welt bewusst ist. Dies äußert sich nicht nur in der Größe des Kongresses mit mehr als 20.000 Teilnehmern, der hervorragenden Organisation, sondern besonders in der internationalen Öffnung. Mehr als 400 internationale Referenten als Vertreter verschiedenster Fachgesellschaften und Institutionen waren geladen, um zusammen mit chinesischen Kollegen ein viertägiges englischsprachiges internationales Kongressprogramm zu bestreiten. Darüber hinaus waren viele der Referenten auch eingebunden in verschiedene Sitzungen in chinesischer Sprache.

Diese positiven Entwicklungen der letzten Monate belegen zwei Dinge:

- Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie wird international zunehmend wahrgenommen.
- Wir als deutschsprachige Fachgesellschaft müssen uns auch auf unserem deutschsprachigen Kongress zunehmend international ausrichten.

Prof. Dr. Christoph Josten



Prof. Dr. Christoph Josten

1/1 Anzeige

Tag der Studierenden feiert fünfjähriges Jubiläum



Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 22. bis 25. Oktober 2013 in Berlin organisierte das Junge Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (JuFo) erneut verschiedene Aktivitäten mit dem Ziel der Nachwuchsgewinnung.

Unter der Leitung von Dr. Maya Niethard, JuFo Berlin, und Dr. Stefanie Donner, JuFo Wiesbaden, feierte der Tag der Studierenden am 23. Oktober 2013 bereits sein fünfjähriges Jubiläum. Die DGOU finanziert jedes Jahr 100 Studenten ein Reisestipendium in Höhe von 270 Euro zum DKOU. Der Tag der Studierenden bietet tiefe Einblicke in das breite Spektrum, das sich in den Feldern der Orthopädie und Unfallchirurgie auftut. Die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (DGU), Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC) und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (BVOU) ließen es sich nicht nehmen, die Studenten persönlich willkommen zu heißen. Je ein Tutor begleitete die Kleingruppen im Anschluss durch die drei Programmpunkte bis zur gemeinsamen Abschluss Sitzung des Jungen Forums. Die von Intercongress sehr gut umgesetzten und hellen neuen Räumlichkeiten in der Messe Süd orientierten sich am diesjährigen Kongressmotto „Menschen bewegen – Erfolge erleben“.

Fragen über Fragen

Die Weitläufigkeit zwischen dem Treffpunkt der Studierenden und den Vortragssälen führte zu mancher Blase im Schuhwerk, bevor die Studenten erfolgreich auf ihre Mentoren trafen. Im sehr gut angenommenen offenen Gespräch mit einem Chefarzt/Ordinarius gab es Fragen über Fragen. Angst vor hierarchischen Grenzen gab es kaum. Die Studenten wollten vor allem Informationen zur Karriereplanung: Wie ist es als Frau in der Orthopädie/Unfallchirurgie? Wie werde ich Chefarzt, und lohnt es sich überhaupt noch, Chefarzt zu werden? Nicht jede Frage konnte mit einem einfachen Ja oder Nein beantwortet werden, doch es erfolgte ein reger Austausch, und

für beide Seiten eröffneten sich dabei neue Sichtweisen. Zusammen mit ihrem Tutor und einem Mentor besuchten die Studenten einen wissenschaftlichen Sitzungsblock mit anschließender Diskussion im kleinen Kreis. Die Themen reichten von der Polytraumaversorgung über Endoprothetik bis hin zu Karriereoptionen für das Jahr 2020.

Praktische Übungen

Die Mittagspause stand für den Besuch der großen Industrieausstellung zur Verfügung. Die praktischen Übungen beinhalteten dieses Jahr einen Ostoesyntheseworkshop, bei dem die Studenten unter fachmännischer Anleitung von Dr. Dirk Albrecht und ihren Tutoren die Prinzipien der Zugschraube, Plattenosteosynthese & Co erlernten. Der 2013 erstmalig stattfindende praktische Workshop mit dem Thema Orthetik/Prothetik unter der Leitung des Orthopädietechnikermeister Uli Maier (Firma Ottobock) ließ die Studenten die Bandbreite der technischen Orthopädie inklusive einer durch die Studenten zu steuernden myoelektrischen Prothese im wahrsten Sinne des Wortes begreifen.

Differenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Die Räumlichkeiten der gemeinsamen Abschluss Sitzung des Jungen Forums mit dem Titel „Nachwuchs in O&U – Was gibt es für Differenzen zwischen der Realität des Faches und den Wünschen der Studierenden?“ waren dann auch gut gefüllt. Um sich ein konkretes Bild der Vorstellungen der nachwachsenden Generation machen zu können, hatten sich jeweils ein studentischer Vertreter und ein bereits klinisch tätiger Kollege des Jungen Forums mit einem Schwerpunkt befasst.

Dass sich die Wünsche der Studenten – vorgetragen von Isabelle Jordans, Medizinstudentin, Frankfurt – nicht zu 100 Prozent in der klinischen Realität – Vortragender: Dr. Manuel Mutschler, JuFo Köln – abbilden lassen, ist nicht verwunderlich. Um so interessanter ist jedoch, dass sich in der anschließenden Diskussion herauskristallisierte, dass vor allem der Wunsch nach einer positiven Wahrnehmung und Wertschätzung der studentischen Arbeit zum Beispiel im PJ besteht. Auch die geregelte Work-Life-Balance spielt im Berufsalltag eine große Rolle. Barbara Schaller, Medizinstudentin, Jena, skizzierte in ihrem fundierten Vortrag die Ansprüche der Generation Y, die mit hoher Motivation und begeistert mit 100 Prozent als Arzt tätig ist, allerdings begrenzt auf acht Stunden am Tag. David Mersch, JuFo Nürnberg, zeigte entsprechende Lösungsansätze auf, die vor allem durch organisatorische Verbesserungen und Entlastung der Ärzteschaft von administrativen Tätigkeiten das Ziel zumindest in greifbare Nähe bringen. Luisa Peter und Stefanie Weber, Medizinstudentinnen in Göttingen und Initiatoren der ersten studentischen Nachwuchsgruppe YOUNGSTERS O&U, ließen ihrer Kreativität freien Lauf und präsentierten, unterstützt von einer Power-Umfrage, eine Vielzahl an Vorschlägen für Lehr- und Informationsangebote, um Studenten für das Fach O&U zu begeistern.

Die bereits etablierten Programme des Jungen Forums wie der Tag der Studierenden und die Summer School wurden kurz von Moritz Mayr (JuFo Freiburg) dargestellt, er stellte aber vor allem die neuen Projekte vor, unter anderem die am 26. September 2013 erstmals unter Federführung von Dr. Richard Stange, JuFo Münster, durchgeführte Road-Show O&U,



Am Gemeinschaftsstand von BVOU, DGOOC, DGOU und DGU präsentierte sich auch das Junge Forum der DGOU und stand für Fragen der Teilnehmer zur Verfügung.



Dr. Maya Niethard (li.) und Dr. Stefanie Donner organisierten den fünften Tag der Studierenden. Beide werden sich nach dem DKOU neuen Aufgaben widmen. Dr. Maya Niethard leitet ab sofort die Sektion Familie und Beruf. Dr. Stefanie Donner ist ihre Stellvertreterin.

bei denen zukünftig orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniken die Möglichkeit gegeben wird, die Inhalte der Summer School in einer eintägigen Veranstaltung an ihrer Klinik präsentieren. Bei der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) in Baden-Baden wird es außerdem erstmalig am 2. Mai 2014 einen „Tag der Vorklinik“ geben. Das Programm lehnt sich an den Tag der Studierenden an, ist jedoch an die Bedürfnisse der Studenten in den Semestern 1 bis 7 angepasst. Bundesweit können sich die Studenten über die neu gestaltete Homepage des Jungen Forums www.jf-ou.de auf 40 Plätze bewerben und auf der Facebook-Seite „Junges Forum der DGOU“ informieren.

Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner verabschiedeten die Studenten mit dem Hinweis auf die 2013 zum ersten Mal stattfindende „Rookie Night“ im 30

seconds, einem angesagten Berliner Club mit spektakulärer Weitsicht über den Potsdamer Platz und Umgebung.

Verabschiedet haben sich auch Dr. Maya Niethard (Leiterin Sektion Nachwuchs JuFo) und Dr. Stefanie Donner, die seit dreieinhalb Jahren den Tag der Studierenden organisiert haben. Beide werden sich neuen Aufgaben widmen und ihre Arbeit im Jungen Forum fortführen. Dr. Maya Niethard wird ab sofort die Leitung der Sektion Familie und Beruf übernehmen. Zusammen mit ihrer Stellvertreterin Dr. Stefanie Donner und dem Perspektivforum Junge Chirurgie unter der Leitung von Dr. Gerhard Achatz werden sie vorwiegend an der Erstellung eines Positionspapiers Familie und Beruf arbeiten. Die Organisation des Tages der Studierenden 2014 sowie die Leitung der Sektion Nachwuchs wird zukünftig Dr. Jan Schüttrumpf aus Göttingen übernehmen.

Zum Schluss möchten wir uns im Namen des Jungen Forums nochmals herzlich bei allen Mentoren und Tutoren des Tages für Studierende für ihr begeisterndes Mitwirken bedanken und hoffen, dass der Funke bei vielen Studenten übersprungen ist und das Feuer der Leidenschaft für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie entfacht hat.

Dr. Maya Niethard



Dr. Maya Niethard leitet die Sektion Familie und Beruf des Jungen Forums der DGOU.



TAG DER STUDIERENDEN

Ein guter Weg, den Nachwuchs zu begeistern

Der Tag der Studierenden war für Medizinstudierende aus ganz Deutschland die Gelegenheit, sich näher mit einigen Praktiken des Faches O&U zu beschäftigen, Einblick in verschiedene Thematiken und Behandlungsfelder zu gewinnen und sich ausführlich und persönlich mit Fachvertretern auszutauschen. 100 Studierende erhielten von der DGOU ein Reisestipendium für An- und Abreise sowie die Unterkunft in Berlin.

Mehr oder weniger ausgeschlafen begannen wir den Tag der Studierenden morgens mit der Begrüßung durch die Kongresspräsidenten und Vertreter des Jungen Forums. Anschließend lernten wir uns innerhalb unserer Gruppen kennen. Jeweils zehn Studierende und ein Tutor bildeten eine Gruppe. Die Tutoren waren junge Ärzte der Unfallchirurgie/Orthopädie, deren Erinnerungen an das Studentendasein noch frisch sein dürften. Dadurch entstand automatisch eine

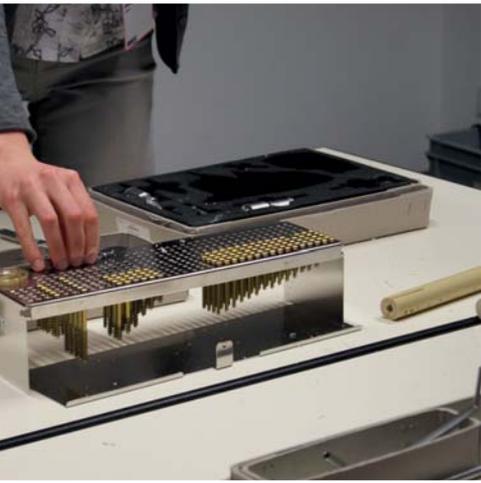
kollegiale, aufgelockerte und persönliche Atmosphäre auf Augenhöhe. Uns wurde das Gefühl vermittelt, alles ansprechen und fragen zu können, was uns auf der Seele brannte.

Praktische Übungen

Je nach Gruppe ging es dann mit den praktischen Übungen los: Ein Orthopädietechniker demonstrierte uns verschiedene Prothesen für die unteren und

oberen Extremitäten. Zum Teil konnten wir diese auch selbst austesten und am eigenen Leib bzw. Arm erfahren, wie komplex eine myoelektrische Armprothese gesteuert wird. Im anderen Teil der Übungen ging es um Osteosynthesetechniken. Dabei konnten viele von uns zum ersten Mal selbst den Bohrer in die Hand nehmen.

Weiterer Bestandteil des Programms war eine Gesprächsrunde mit einem erfahrenen



stellen kann. Vor allem bekamen wir einen Eindruck davon, wie viele potenzielle Berufswege diese Facharztausbildung bereit hält.

Zeit für Gespräche

Nach der Mittagspause und etwas Zeit, um durch die Industrieausstellung zu schlendern und die neuesten Technologien und Therapieverfahren auf sich wirken zu lassen, ging es zügig weiter im Programm. Unsere Gruppe hörte einen Vortrag über „Die Behandlung Schwerbrandverletzter“. Im Anschluss konnten wir uns von einem der Referenten, Herrn Dr. Hartmann vom Unfallkrankenhaus Berlin, die aktuellen Entwicklungen in den Dermisersatzverfahren genauer erklären lassen. Auch mit unserem Mentor Carsten Morhardt aus Karlsruhe haben wir einige offene Fragen besprochen, etwa zu Auslandsaufenthalten, der Mitgliedschaft im Marburger Bund, der Wahl des zukünftigen Arbeitgebers und worauf man bei Bewerbungen besonders achten sollte etc.

Work-Life-Balance im Fokus

Den Abschluss bildete die Sitzung des Jungen Forums „Nachwuchs in Orthopädie & Unfallchirurgie – Was gibt es für Differenzen zwischen der Realität des Faches und den Wünschen der Studierenden?“. Dabei kamen Medizinstudenten und junge Ärzte aus ganz Deutschland zu Wort. Stellvertretend für uns alle fassten sie die Interessen und Kritikpunkte am derzeitigen Berufsbild zusammen: Wir wollen nicht zwischen Familie und Karriere wählen müssen, auch nicht als Frauen. Es muss Teilzeitarbeitsmöglichkeiten und optimalerweise Kinderbetreuungsplätze an den Kliniken geben. Das Bedürfnis nach einem geregelten und humanen Arbeitszeitumfang wurde sehr deutlich. Immer wieder fiel der zentrale Begriff „Work-Life-Balance“ – um mit ganzem Herzen und voller Konzentration diesen Beruf auszuüben, auch langfristig Freude daran zu haben, sich aber auch privat verwirklichen zu können, um einen Ausgleich zu finden und die nötige Energie für die Ansprüche des Arbeitslebens zu tanken. Bemerkenswert für uns Studenten war immer wieder das Fazit der bereits Berufstätigen, dass sie trotz aller Kritik und teilweise Unzufriedenheit über die noch nicht immer

realisierbare „Balance“ den „besten Job der Welt“ ausüben. Dieses einprägsame Schlusswort und die allgemeine Offenheit der Organisatoren, Betreuer und sonstiger Mitwirkender, die sich Zeit für den „Nachwuchs“ nahmen und nehmen, und ihr großes Bemühen, uns das Fach näher zu bringen und seine breiten und spannenden Einsatzgebiete mit zahlreichen Spezialisierungsoptionen aufzuzeigen, haben wirklich dazu beigetragen, diese Begeisterung und Faszination an uns weiterzugeben.

Wunsch nach kleineren Angeboten an den Unis

Insofern ist der Tag der Studierenden als Bestandteil des Kongresses definitiv ein guter Weg, Nachwuchs zu begeistern und wichtige Kontakte zu ermöglichen, ebenso wie auch die Summer School der DGOU. Zusätzliche, in kleinerem Rahmen stattfindende Angebote an den Universitäten selbst würden sicherlich noch weiteres hierzu beitragen. Wahrscheinlich wären sie sogar effektiver als der ebenfalls in der Abschlussveranstaltung diskutierte Ansatz, mit umfangreicheren Veranstaltungen im Studium vermehrt für das Fach zu werben. Letztlich werden zusätzliche Pflichtveranstaltungen von Studierenden, natürlich abhängig vom persönlichen Interessengebiet, oftmals als Belastung empfunden. Erstrebenswert für die Zukunft ist es auf jeden Fall, die zahlreichen gebotenen Chancen zum Kennenlernen des Faches und der DGOU noch zugänglicher und präsenter für Studenten zu vermarkten, insbesondere durch die einzelnen Studiendekanate, ihre Webseiten und die Fachschaften, und sie eventuell auch noch auszubauen. Denn empfehlenswert sind sie für jeden Interessierten, auch für die noch Unschlüssigen, da sie genau hier eine Plattform finden, um sich auszutauschen und ihre Fragen loszuwerden.

Am Abend wurde schließlich noch ins „40 seconds“ zur „Rookie Night“ geladen. Über den Dächern Berlins konnten wir mit einigen Unfallchirurgen und Orthopäden und anderen Studenten ins Gespräch kommen und bis tief in die Nacht den Abschluss eines gelungenen Tages, frischen Erfahrungsgewinn und neue Bekanntschaften feiern.

Fanny Rapp, Medizinstudentin

nen Chefarzt. Dort wurden viele berufspolitische Fragestellungen thematisiert. Angesichts des wachsenden Frauenanteils unter künftigen Medizinerinnen, explizit Chirurgen und Orthopäden, ging es auch um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, um die Planbarkeit von Familiengründung und die verschiedenen Optionen, die sich in diesem Berufsfeld ergeben und zu den unterschiedlichen Lebensvorstellungen, Ansprüchen und Interessen passen. Jeder konnte über eigene Pläne, damit verbundene Bedenken oder Hoffnungen sprechen und dafür Tipps, sozusagen „Insider“-Wissen und Erfahrungsberichte aus erster Hand, erhalten. Wir konnten uns auch ein Bild davon machen, wie sich eine mögliche Karriere entwickeln kann, welche Entscheidungen man treffen und welche Fragen man sich auf seinem persönlichen Weg



Foto: Abel

V.li.n.re.: Klaus-Jürgen Lotz (Bundesinnungsverband OT), Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC) und Prof. Dr. Bernhard Greitemann (VTO, Initiative 93)

TAG DER TECHNISCHEN ORTHOPÄDIE

Weiter auf Erfolgskurs

Am 24. Oktober fand bereits zum dritten Mal der Tag der Technischen Orthopädie beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Die Veranstaltung wird vom BIV-OT als kooperierender Fachgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Vereinigung Technische Orthopädie (VTO), einer Sektion der DGOOC, und der Initiative '93 durchgeführt.

Kongresspräsident Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC) lobte in seinem Grußwort beim mit über 100 Teilnehmern sehr gut besuchten Mittagsbrunch den Tag der Technischen Orthopädie als wichtigen Treffpunkt für einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch zwischen Medizinern und Orthopädie-Technikern.

Auf viel Anklang bei den Besuchern stieß auch die begleitende Sonderausstellung über orthopädie-technische Versorgung bei Olympiade und Paralympics. Gezeigt wurde Technik, die in London eingesetzt wurde: der schnellste Rennrollstuhl von Marc Schuh sowie Prothesen von David Behre und Heinrich Popow. Einen persönlichen Bericht aus London gab es obendrauf: Markus Rehm, Orthopädie-Techniker-Meister (OTM) und Weltrekordhalter im Weitsprung, berichtete über das Verhältnis von Leistung und Technik. Thomas Kipping, OTM und offizieller Begleiter der Deutschen Mannschaft, stellte sich

ebenfalls den Fragen. Für ihn macht die Qualität der Versorgung an der Schnittstelle zwischen Mensch und Technik den Unterschied – das beste Material nütze nichts, wenn der Schaff nicht ordentlich gearbeitet sei, und ein schlechter Läufer könne mit der besten Versorgung keine Spitzenleistung bringen. Es sei eigentlich wie bei der Formel 1: Ein guter Rennfahrer braucht für den Sieg ein gutes Team und das perfekt auf ihn angepasste Auto.

Gut besuchte Symposien

Volle Säle waren auch bei den beiden Symposien zu den Themen „Rheuma-Orthopädie mit Hand und Fuß“ und „Moderne Skolioseversorgung in der Orthopädie-Technik“ zu verzeichnen. Die Vorträge standen ganz im Zeichen eines interprofessionellen Ansatzes: Den Teilnehmern wurde ein fachübergreifender Überblick über neueste Standards in der konservativen, operativen und technisch-orthopädischen Behandlung von Rheuma- und Skoliose-Patienten geboten.

Unter den Anwesenden waren Besucher der Jugendakademie Technische Orthopädie. Die Jugendakademie TO wird vom BIV-OT organisiert und unterstützt angehende Orthopädie-TechnikerInnen. Sie besuchten das Kongressprogramm des DKOU und tauschten sich mit Ärzten über Probleme der Versorgung aus. Der nächste interdisziplinäre Austausch wird im Rahmen der Jugendakademie TO auf der OTWorld in Leipzig stattfinden. Neben gut 500 angehenden Orthopädie-Technikern sind auch Mediziner eingeladen, gemeinsam den größten Kongress für konservativ-technische Orthopädie und die Weltleitmesse zu besuchen. Informationen findet man unter www.ot-world.de

Der nächste Tag der Technischen Orthopädie wird im Rahmen des Kongresses der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden Anfang Mai 2014 veranstaltet.

Kirsten Abel
BIV-OT

1/1 Anzeige



Die Teilnehmer des Symposiums

SYMPOSIUM

Deutsch-Japanische Gesellschaft für O&U tagte in Berlin

Am 22. Oktober 2013 fand zeitgleich zum Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie das 15. Wissenschaftliche Symposium der Deutsch-Japanischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie statt.



Beim Get-together

Im Wissen um die traditionsreichen historischen Verbindungen der japanischen Medizin mit der deutschen wurde als Veranstaltungsort der große Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung gewählt. Die japanischen Kollegen zeigten sich von diesem Ort tief beeindruckt, insbesondere nachdem sie hörten, dass im gleichen Raum Robert Koch nach Erhalt des Nobelpreises einen Festvortrag gehalten hat.

Sehr erfreulich war die hohe Zahl der japanischen Vortragsanmeldungen, sodass 22 wissenschaftliche Vorträge von japanischen Kollegen gehalten wurden.

Das Spektrum umfasste Themen der Unfallchirurgie und der Orthopädie mit Schwerpunkten im Bereich der Osteosynthese, der Endoprothetik, der Wirbelsäulen- und Handchirurgie. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Gradinger, Herrn Prof. Josten und Herrn Prof. Pennig, die mich bei der Durchführung der wissenschaftlichen Veranstaltung unterstützt haben. Den geselligen Rahmen bildete ein Welcome-Dinner in den Mercedes-Benz-Ausstellungsräumen Unter den Linden und ein Abschieds-Get-together im Restaurant „Balthasar“, das von Herrn Prof. Pennig dankenswerterweise veranstaltet wurde.

Neue Satzung

Im Rahmen des Symposiums unterzeichneten Prof. Nagata, Präsident der japanischen Seite, und ich eine neue Satzung der Gesellschaft. Ich würde mich freuen, wenn möglichst viele deutsche Orthopäden und Unfallchirurgen der Deutsch-Japanischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie beitreten würden. Die Mitgliedschaft ist kostenfrei. Es wäre ausreichend, wenn diesbezüglich eine kurze Nachricht an meine E-Mail-Adresse gesendet würde mit dem Vermerk, dass die Mitgliedschaft gewünscht wird.

Das nächste Symposium der Gesellschaft findet im Mai 2015 in Kobe/Japan statt, wozu ich Sie bereits heute herzlich einlade.

Prof. Dr. Jörg Scholz



Prof. Dr. Jörg Scholz ist der deutsche Präsident der Deutsch-Japanischen Gesellschaft. **Kontakt:** j.scholz@meoclinic.de



Fotos: Starface

Haben die erforderlichen Ansprüche für die Kongressdoktorwürde voll und ganz erfüllt: Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (DGU) und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (BVOU).

DKOU ABSCHLUSSVERANSTALTUNG

Zum Abschied die Kongressdoktorwürde

Am Ende eines jeden DKOU ist stets Raum, von der Anspannung des Jahres im Rückblick mit Humor in den Entspannungsmodus umzuschalten.

Zum Abschluss des Kongresses wurden drei Kongresspräsidenten von ihren Teams der Dr. h.c. verliehen – was in diesem Falle für „honoris congressae“ steht. Zum Zeichen ihrer neuen Würde wurden sie mit originell gestalteten Doktorhüten geschmückt: Ein Rettungshubschrauber kreiste fortan über dem Kopf von Prof. Hoffmann, eine alte Dame mit Rollator spazierte auf dem Haupt von Prof. Kladny, und auf dem Hut von Prof. Heller ragte ein künstliches Hüftgelenk als Symbol für Hellers endoprothetischen Schwerpunkt in die Höhe. „Wir wollten auf diesem Wege die Präsidenten beim Streben nach neuen Titeln unterstützen: Voraussetzung: Der Titel ist nicht käuflich, die Präsidenten müssen Veröffentlichungen geschrieben, wissenschaftliche Sitzun-

gen besucht und Teamforschung betrieben haben. Und mit der Eröffnungsrede hat jeder eine eigenständige Arbeit verfasst.“

Mit gespielmtem Ernst verzichteten die drei Präsidententeams dann auf eine angedrohte Bodypainting-Aktion mit ihren Chefs – der Kongressabschluss solle einen seriösen Anstrich behalten.

Im Anschluss übergab Prof. Dr. Bernd Kladny die goldene Präsidentenkette der DGOOC – ein wahres Schwergewicht – an Prof. Dr. Henning Windhagen, Hannover. „Ich habe die Verantwortung gespürt, aber nicht die Last. Ich wünsche Dir weniger Arbeit, aber dies wird ein frommer Wunsch bleiben.“ Dies blieb nicht ohne

Antwort. In seiner Vorstellung als einer der neuen DKOU-Präsidenten sagte Prof. Windhagen an seine Vorgänger gerichtet: „Reinhard, Du hast es auf deine lockere Art gemacht, aber hart in der Sache; Bernd, ein Fels in der Brandung – man hatte nie das Gefühl, dass das Amt Dich in irgendeiner Form belastet hat – Du hast das stabil gemacht; Karl, Du bist ein unermüdlicher Arbeiter an allen Fronten, die es gibt, bei den Niedergelassenen, als Wissenschaftler und Chefarzt.“ Auch einige ermahrende Worte kamen von Prof. Windhagen: „Wir wissen, dass wir in der O&U noch manchen Streit auszufechten haben. Die Präsidenten haben die Interessen ihrer Gesellschaften zu vertreten, aber auch die der gesamten O&U – dies ist in diesem Jahr perfekt gelungen. Es

Aus unserem Fach



DGOOC/DGOU-Präsident 2014: Prof. Dr. Henning Windhagen (Mitte) mit seinem Vorgänger, Prof. Dr. Bernd Kladny (li.), und DGOOC-Generalsekretär Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard (re.).



BVOU-Kongresspräsident 2014: Dr. Johannes Flechtenmacher nimmt den BVOU-Pokal aus den Händen Prof. Hellers entgegen.



DGU-Präsident 2014: Prof. Dr. Bertil Bouillon mit DGOU/DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Hartmut Siebert und DGOU/DGU-Präsident Prof. Dr. Reinhard Hoffmann.



Die drei nächstjährigen Präsidenten mit den Insignien ihrer Ämter: Dr. Flechtenmacher mit dem BVOU-Pokal, Prof. Dr. Windhagen mit DGOOC-Kette und DGOU-Staffelstab, Prof. Dr. Bertil Bouillon mit DGU-Zepter.

hat sich auf diesem Kongress einiges an Einigkeit ergeben. Dafür herzlichen Dank.“ Von Prof. Hoffmann bekam Prof. Windhagen außerdem den Staffelstab der DGOU – denn er wird im kommenden Jahr die Doppelpräsidentschaft DGOOC/DGOU tragen.

Mit einem „Pass gut darauf auf“ übergab Prof. Hoffmann das DGOU-Zepter an Prof. Bertil Bouillon, Köln. Zuvor hatte er dem scheidenden DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Hartmut Siebert herzlich gedankt. Prof. Bouillon erwiderte in seiner Rede: „Ihr habt den Umzug in vollkommen neue Räumlichkeiten hervorragend gemeistert, den Kongress verschlankt und in seiner Struktur verändert. Und Ihr habt gezeigt, dass auch Spaß dazu gehört – dafür waren die Events der beste Beweis. Man hat auf diesem Kongress den Geist von O&U gespürt, und ihr habt

ihn ganz entscheidend wieder ein großes Stück weiter nach vorne gebracht. Das Motto, zwischen O&U passt kein Blatt, dieses Motto übernehmen wir gerne.“

Prof. Heller überreichte den BVOU-Wanderpokal an Dr. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe. Prof. Heller resümierte: „Als ich das letzte Jahr im ICC auf der Bühne stand, war ich total gespannt, jetzt bin ich total entspannt. Viel Freude im Amt.“ Dr. Flechtenmacher war es dann vorbehalten, das neue Kongressmotto zu verkünden – aber zuvor gab es auch von ihm ein Lob: „Alles richtig gemacht – unsere Vorgänger haben die Latte hochgesetzt. Das DKOU Motto 2014 lautet: „Wissen schafft Vertrauen“ – wir werden mit diesem Motto in eine hoffentlich erfolgreiche Kongressvorbereitung gehen.“

Joachim Stier

KONGRESSPRÄSIDENTEN 2014 BVOU

Dr. Johannes Flechtenmacher
Ortho-Zentrum Karlsruhe, BVOU-Landesvorsitzender für Baden

DGOOC / DGOU

Prof. Dr. Henning Windhagen
Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift

DGU

Prof. Dr. Bertil Bouillon
Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie der Kliniken der Stadt Köln, Inhaber des Lehrstuhl Unfallchirurgie und Orthopädie der Universität Witten/Herdecke

Informationen zum DKOU 2014 finden Sie ab sofort unter: www.dkou2014.de



Foto: BVOU

„Zeigt her eure Füße“: Dazu forderten im November Orthopäden in ganz Deutschland Grundschüler auf. BVOU-Präsident Dr. Andreas Gassen, Kika-Moderator Christian Bahrmann und Extrem-Sportler Joey Kelly besuchten die Kinder der Berliner Regenbogenschule.

ORTHOFIT

Über den Regenbogen balancieren



Im vierten Jahr bereits lud der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) im Rahmen der OrthoFit Aktion bundesweit Schulkinder dazu ein, immer daran zu denken, in Bewegung zu bleiben. „Zeigt her Eure Füße“ ist eine Präventionswoche an deutschen Schulen.

„Ich glaube, ein paar kenne ich noch vom letzten Jahr“, führte sich Dr. Andreas Gassen bei den Schülern der „Regenbogen Schule“ in Neukölln zum Auftakt der Aktion ein. Orthopäden gingen dazu in der Woche vom 11. bis zum 15. November 2013 in Grundschulen, klärten auf kindgerechte Weise über die Notwendigkeit, sich zu bewegen, auf.

In diesem Jahr beteiligen sich bundesweit 209 Orthopäden/Unfallchirurgen an der Aktion. „Bewegung fängt normalerweise mit den Füßen an – und mit denen könnt Ihr ganz viel machen: spielen, tanzen, gehen, rennen“, so BVOU-Präsident Dr. Gassen zum zentralen Auftakt an der Regenbogenschule in Berlin. Die Moderation hatte erneut Christian Bahrmann – bekannt vom Kinderkanal Kika, Sendung Kikaninchen, übernommen. Schirmherr war in diesem Jahr Joey Kelly von der legendären Kelly Family. Joey Kelly hat sich nach der Auflösung der angesagten (Familien)Musikgruppe vor allem dem Extremsport verschrieben: Laufen an allen möglichen und (fast) unmöglichen Orten

dieser Welt ist zu seinem Lebensinhalt geworden. Anschaulich schilderte er den Kindern, wie er von Nord nach Süd 900 Kilometer durch Deutschland lief. Ernährt hat er sich von dem, was ihm die Natur auf der Laufstrecke an Nahrung zu Verfügung gestellt hat. Das muss reichlich gewesen sein, denn sonst hätte Joey Kelly die Strecke nicht bewältigen können.

„Wir machen alles mit unseren Füßen. Da vergessen wir immer, wie wichtig die sind. Ihr packt sie morgens ein, wenn ihr lieb zu ihnen seid, kitzelt ihr eure Füße vielleicht auch erst einmal ein bisschen, dann zieht ihr Socken drüber, damit sie schön warm bleiben und Schuhe zum Schutz. Und ihr holt sie erst abends wieder raus – dann sind die Füße den ganzen Tag eingepackt. Das ist nicht gut!“, schilderte Moderator Christian Bahrmann einen klassischen „Fußtag“. Was die Kinder so alles zwischendurch mal mit ihren Füßen machen sollten, dazu gaben ihnen Dr. Andreas Gassen, Joey Kelly und Christian Bahrmann Tipps und übten mit ihnen fleißig. „So ein Fuß ist ganz schön

kompliziert aufgebaut und besteht aus vielen Knochen. Mit ihm kann man noch mehr machen“, so der Orthopäde fachmännisch. Aufgabe Nr. 1: Mit den Zehen die Socken greifen – ganz schön knifflig, diese „Zehenarbeit“ auf einem Bein. Es folgten: über ein Seil balancieren und Seilspringen. Dr. Andreas Gassen nahm den begeisterten Kindern den Fußabdruck für die Teilnehmerurkunde ab. Zum Abschluss gab es eine Autogrammrunde mit Joey Kelly und Christian Bahrmann – auch Erwachsene reihten sich gerne in die Schlange der Wartenden ein.

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

Wissen! Können! Machen!



Die 5. Summer School der DGOU stand in diesem Jahr unter dem Motto „Wissen! Können! Machen!“ und wurde vom 23. bis 24. September 2013 in Köln-Merheim ausgerichtet. Insgesamt wurden 30 ausgewählte Studierende zwischen dem 5. und 12. Semester eingeladen, um ein zweitägiges Intensivprogramm aus Diskussionsrunden, Workshops und Vorträgen rund um das Fach O&U zu durchlaufen.

Nahezu alle deutschen medizinischen Fakultäten waren im Teilnehmerfeld vertreten (16 Medizinstudenten und 14 Medizinstudentinnen), und mit mehr als 200 Bewerbungen konnten die Organisatoren, der Ausschuss Junges Forum der DGOU, einen neuen Rekord verzeichnen.

„Ziel der Summer School ist es, vor allem mit den Studierenden in Kontakt zu treten“, beschreibt Prof. Dr. Bertil Bouillon, der die wissenschaftliche Leitung mit Prof. Dr. Henning Windhagen (Hannover) in diesem Jahr übernahm. „Es ist wichtig zu wissen, was junge Studierende für Fragen an die Orthopädie und Unfallchirurgie haben, um das Fach in die Zukunft zu sichern und somit den Ideen und Vorstellungen nächster Generationen zu entsprechen.“ Dazu war ausreichend Gelegenheit: Denn neben dem traditionell ausgiebigen Angebot an praktischen Übungen lag der Schwerpunkt in diesem Jahr vor allem auf der intensiven und persönlichen Interaktion zwischen Teilnehmern und bereits ausgebildeten Ärzten und Ärztinnen. Gleichzeitig war ein weiteres Ziel, die Bandbreite der Orthopädie und Unfallchirurgie darzustellen und den Studierenden so die Faszination des gemeinsamen Faches zu vermitteln. Dafür sorgten 26 Instruktoren und Ärzte

aus den beiden Universitätsklinik, einem benachbarten Regelversorger, dem Ausschuss Junges Forum der DGOU sowie aus dem Forschungsinstitut IFOM der Universität Witten-Herdecke. Damit konnte innerhalb der zwei Veranstaltungstage nahezu eine „Eins zu Eins“-Betreuung erreicht werden.

Programminhalt

Den Auftakt der Veranstaltung bildeten, neben einem Kurzvortrag über die „Faszination Orthopädie/Unfallchirurgie“, interaktive Diskussionsrunden zu den Themen Karriere, Familie und Forschung in Orthopädie/Unfallchirurgie. Jede Diskussionsrunde wurde von fünf – für das jeweilige Thema besonders qualifizierten – Instruktoren begleitet, die den Studierenden Rede und Antwort standen. Hierbei entstanden zu allen Themen interessante, aber vor allem auch sehr lebhaft Diskussionen. „Gerade als Frau stelle ich mir oft die Frage, ob ich den körperlichen Anforderungen einer Orthopädin und Unfallchirurgin gewachsen bin und ob eine Familienplanung in diesem Fach ohne Weiteres möglich ist“, erläutert Katharina, eine Studentin des 6. Semesters der Universität Witten Herdecke, ihren Gesprächsbedarf. „Es war toll, sich

einmal diesbezüglich mit bereits qualifizierten Fachärztinnen austauschen zu können“.

Der Schwerpunkt des ersten praktischen Übungsblockes bildete die initiale Schockraumtherapie des Schwerverletzten. Hierfür wurden in Anlehnung an das ATLS®-Konzept drei praktische Übungsstationen in Kleingruppen, das heißt maximal fünf Studierende, durchlaufen: In der Station „Airway“ wurden die Sicherung des Atemweges am Phantom sowie Ersatzstrategien beim schwierigen Atemweg demonstriert und mit den Teilnehmern geübt. „Breathing“ lautete die zweite Station und zielte auf die Vermittlung der Grundlagen des Thoraxtraumas und das entsprechende Erkennen in der bildgebenden Diagnostik ab. Schließlich folgte als dritte Station „Circulation“, welche die Kenntnisse der Identifikation von Blutungsquellen inklusive der Demonstration einer FAST-Sonografie und Strategien zur Minimierung des Blutverlustes und Volumenersatzverfahren vermittelte. „Unsere Absicht ist es, den Teilnehmern ein Gefühl für die handwerklichen Anforderungen und Fähigkeiten in der Orthopädie und Unfallchirurgie zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu bieten, sich ausgiebig selbst daran zu



Faszination O&U



Team-Work



Podiumsdiskussion

probieren“, ergänzt Dr. Manuel Mutschler, Organisator der Summer School, die Intention der praktischen Einheiten.

Dies wurde besonders in den ersten praktischen Einheiten beherzigt, denn diese vermittelten die Grundprinzipien der Osteosynthese an einer der häufigsten Frakturen – der proximalen Femurfraktur. Jeder Studierende hatte die Möglichkeit, zwei unterschiedliche Osteosyntheseverfahren an einem Modell durchzuführen. So wurde an einer Station die dynamische Hüftschraube und an einer weiteren Station die Implantation eines Femurnagels an Hand eines Lehrvideos demonstriert und schließlich mit den Instruktoren praktisch umgesetzt. „Natürlich hat man diese Dinge schon einmal im Studium angesprochen und in der Klinik gesehen“, resümiert Till, Teilnehmer und PJ-ler aus Dresden, die Erfahrungen des ersten Tages. „Aber so etwas noch einmal Schritt für Schritt erklärt zu bekommen und so ausgiebig üben zu können – das ist eine tolle Sache!“

Abgerundet wurde der erste Veranstaltungstag durch einen gemeinsamen „Festabend“ in der „Alten Scheune“ auf Gut Wistorfs. Dort konnten sich die Teilnehmer in lockerer Atmosphäre untereinander auszutauschen und bis spät in die Nacht Fragen stellen, die unter vier Augen besser besprochen werden konnten.

KOMMENTARE DER TEILNEHMER

„Es hat wirklich, ohne zu übertreiben, meine Erwartungen mehr als erfüllt. Alles war perfekt organisiert. Für mich hat auch ganz besonders die Mischung zwischen Praxis und Theorie gestimmt.“

„Hands-on waren toll, Möglichkeiten, die man in der Uni nie hat. Toll, dass alle Beteiligten immer ansprechbar waren! Super Organisation. Danke!“

„Vielen Dank und großes Lob an die Veranstalter!“

„...waren sehr interessante Tage/insgesamt gelungene Veranstaltung, tolles Essen, tolle Praxis, sehr aktive Podiumsdiskussionen“

Erfahrungen eines Paralympics-Teilnehmers

Als Übergang vom ersten, traumatologisch geprägten Veranstaltungstag eröffnete David Behre, Bronzemedaille-Gewinner der Paralympics in London 2012, den zweiten, eher orthopädischen Veranstaltungstag. In einem lebhaften Vortrag schilderte er seinen Weg von einem schweren Unfall mit einer traumatischen, beidseitigen Unterschenkelamputation bis zum Leistungssportler als „Blade Runner“, sprach über seine Teilnahme an Weltmeisterschaften und den Paralympics sowie den Stellenwert der medizinischen Behandlung und Betreuung in seinem Werdegang. Anschließend konnten die Studierenden in die großen Bereiche der Endoprothetik und Arthroskopie hineinschnuppern. So stand für die nächsten Stunden auf dem Programm, Hüft- und Knieendoprothesen in Kunstknochen zu implantieren. Darüberhinaus hatten die Studierenden die Möglichkeit, an Simulationsgeräten der Schulter- und Kniegelenksarthroskopie ihre praktischen Fähigkeiten zu testen und kleinere Eingriffe durchzuführen. Abgerundet wurde das Programm des zweiten Tages durch einen Bewerbungs-Workshop unter der Leitung von Prof. Windhagen, in dem ein klassisches Bewerbungsgespräch mit einem Teilnehmer simuliert wurde. Anschließend wurden mit allen Teil-

nehmern über die Bewerbungssituation diskutiert sowie Feedback und Tipps zur eigenen Bewerbung mitgegeben. Den Abschluss der Veranstaltung bildete ein Seminar zum Thema Kommunikation in der Orthopädie und Unfallchirurgie, in dem Vorurteile der Orthopädie und Unfallchirurgie diskutiert und zahlreiche Hinweise und Ratschläge zur Interaktion mit Patienten und Kollegen erarbeitet wurden.

Evaluation

Insgesamt wurde die DGOU Summer School 2013 mit einer Gesamtnote von 1,1 sehr positiv bewertet. Alle Teilnehmer gaben an, dass die Summer School ihre Erwartungen voll erfüllt habe (siehe Kasten). Darüberhinaus wurden die Studierenden vor und nach der Summer School befragt, ob sie das Berufsziel des Unfallchirurgen und Orthopäden anstreben. Hierbei konnte ein Zuwachs von 44 Prozent innerhalb der Studierenden, die dies mit „stimme voll zu“ beantworteten, beobachtet werden. Ebenfalls gaben 57 Prozent der Studierenden an, dass ihr Berufswunsch, Orthopäde und Unfallchirurg zu werden, durch die Teilnahme an der Summer School beeinflusst wurde. Besonderer Dank gilt der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) für die großzügige Unterstützung der Summer School 2013 sowie den zahlreichen Partnern aus der Wirtschaft, die diese Summer School mit ihren unzähligen Modellen und Implantaten zu einer ganz besonderen, praxisorientierten Veranstaltung gemacht haben.



Auf www.jf-ou.de sowie www.facebook.com/JungesForumderDGOU sind aktuelle Aktivitäten des Ausschusses Junges Forum der DGOU sowie ein Video mit den schönsten Momenten der Summer School zu finden.

*Manuel Mutschler
Oliver Tenfelde
Matthias Münzberg
Matthias Lerch
Christian Probst
Henning Windhagen
Bertil Bouillon*

Qualität und Sicherheit von Kongressveranstaltungen

Um in der Flut von Kongressangeboten die Qualität einzelner Veranstaltungen beurteilen zu können, hat das Medizintechnische und Pharmazeutische Forum (MuP-Forum) der DGOU eine Checkliste entwickelt.



Bildnachweis: Rudie/Fotolia

Dass der Orthopäde und Unfallchirurg heute vor einem schier unübersehbaren Fortbildungsangebot steht, wird jedem klar, der die in Kürze für 2014 erscheinenden Kongresskalender durchblättert. Fast für jeden Tag werden ein oder zwei Veranstaltungen für Orthopädie und Unfallchirurgie angeboten: Neben bekannten und bewährten Veranstaltungen gibt es zahlreiche, die der Arzt in der Regel nicht zu bewerten vermag.

Dass die Qualität von Kongressveranstaltungen etwas mit deren finanzieller Ausstattung zu tun hat, ist wohl unbestritten. Die Mittel aber sind nicht unbegrenzt, und mit wachsender Zahl der Veranstaltungen wird das Angebot nicht nur unübersichtlicher, sondern möglicherweise auch ineffizienter. Aus diesem Grund hat sich das Medizintechnische und Pharmazeutische Forum (MuP-Forum) der DGOU seit längerem mit der Frage beschäftigt, wie die Qualität von Kongressveranstaltungen beurteilt werden könnte. In den OUMN wurde in Heft 3/2013 („Die Kongresslandschaft der Zukunft in O&U“) bereits darüber berichtet. Für die DGOU

war klar: Qualität und Sicherheit einer Kongressveranstaltung bedingen einander; denn nur ein attraktives Programm mit guten Themen und Referenten garantieren auch den Bestand eines Kongresses oder einer Veranstaltung auf Dauer.

Insofern ist der effiziente Mitteleinsatz auch für die DGOU ein Instrument, um die Qualität von Kongressveranstaltungen zu verbessern. Wenn Klarheit über die Effizienz des Mitteleinsatzes besteht, können wiederum die Sicherheit für die Ausrichter erhöht und die Struktur der Veranstaltung gefestigt und „Nachhaltigkeit“ garantiert werden.

Qualität zu beurteilen ist allerdings eine schwierige Aufgabe. Im Rahmen mehrerer Veranstaltungen hat sich das MuP-Forum damit beschäftigt. Fachgesellschaften und Berufsverband können dies nicht allein leisten, ohne in den „Geruch“ der Vorteilsnahme zu geraten. Die Industrie kann dies wiederum nicht leisten ohne Gefahr für die Kundenbindung. Das MuP-Forum hat daher in einer Task-Force unter Leitung von Prof. Bertil Bouillon, Köln, eine Veranstaltungs-Checkliste entwickelt, die nichts anderes macht, als das Profil der Veranstaltung aus Sicht von Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. aus Sicht der Industrie zu erfassen. Darin geht es um fünf Prüfkriterien:

- Die Checkliste soll sechs Monate vor der geplanten Veranstaltung in dem dafür eingerichteten Sekretariat des MuP-Forums vorliegen.
- Wissenschaftlicher Schwerpunkt der Veranstaltung: Über das Thema hinaus interessiert die Zielgruppe und eine (beantragte) Zertifizierung.
- Rechtliche Absicherung der Veranstaltung (HCC-Konformität): Hier gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere „ausgefallene“ Veranstaltungsor-

te bzw. Rahmenveranstaltungen mit den international greifenden Regelungen nicht vereinbar sind.

- Budget/Finanzierung: Die Industrie ist verständlicherweise daran interessiert, welcher finanzielle Rahmen für die Veranstaltung vorgesehen und inwieweit dieser abgesichert ist.
- Zeitliche Kollision mit anderen Veranstaltungen

Die Daten werden dann gemeinsam im MuP-Forum ausgewertet und beurteilt. Geplant ist zunächst eine Evaluation der Checkliste Anfang 2014. Mit den dann erforderlichen Anpassungen soll die Checkliste im 2. Quartal 2014 bei veranstaltenden Ärzten, Industriepartnern und Sponsoren bekannt gemacht werden. Dies wird auch in den OU-Mitteilungen und Nachrichten geschehen.

Die Institutionalisierung der Checkliste steht und fällt mit der Akzeptanz bei Veranstaltern und medizintechnischer und pharmazeutischer Industrie: Die Effizienz kann auf beiden Seiten nur dann gesteigert werden, wenn das Verfahren weitgehend flächendeckend umgesetzt wird – eine interessante Nagelprobe, wie die hervorragende Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften, Berufsverband und medizintechnischer und pharmazeutischer Industrie im MuP-Forum in der Breite umgesetzt werden kann.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Stellvertretender Generalsekretär DGOU

KLINIKSUCHMASCHINE

Der AOK-Navigator vor Gericht

Der von der AOK betriebene „Krankenhaus-Navigator“ ist eine Kliniksuchmaschine, die neben der Veröffentlichung der gesetzlichen Qualitätsberichte auch routinedatenbasierte Bewertungen von Krankenhäusern mit Routinedaten enthält. Das Portal wird teilweise kritisch beäugt und ist daher wiederholt Anlass für Berichterstattungen in den OU Mitteilungen und Nachrichten gewesen.

Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht ist der Krankenhausnavigator interessant, weil er die Ergebnisse bei elektiver Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik und bei der Versorgung von Schenkelhals-Frakturen bei AOK-Patienten miteinander vergleicht. Bewertet werden aber auch die Behandlungsergebnisse zur Gallenblasenentfernung und neuerdings auch der Leistungsbereich des therapeutischen Herzkatheters (PCI). Die dargestellten Qualitätsunterschiede der Kliniken werden durch einen (untere 20 Prozent), zwei (mittlere 60 Prozent) bzw. drei (obere 20 Prozent) „Lebensbäume“ kategorisiert.

Unmittelbar nach der Veröffentlichung des Navigators im Internet wurden Kritikpunkte am Klinikvergleich vorgebracht und die Validität des verwendeten Verfahrens grundsätzlich hinterfragt. Die DGOOC hatte daher eine Promotionsarbeit zur „Re-Evaluation des Krankenhausnavigators der AOK“ unter Leitung von Herrn Lüring, Aachen, als Beirat im Gesamtvorstand auf dem Weg gebracht, deren Ergebnisse auch in den OUMN veröffentlicht wurden (siehe OUMN 3/2013: „Qualitätsinformationen müssen belastbarer werden“, Seite 276 ff.)

Orthopädisches Expertenpanel überprüft bisherige Indikatoren

Diese Ergebnisse sowie kritische Anmerkungen, die anlässlich eines VLOU-Workshops im Januar 2013 von verschiedenen Diskutanten gemacht wurden, wurden an die AOK weitergeleitet. Diese hat daraufhin erneut ein orthopädisches Expertenpanel auf den Weg gebracht, das sich mit den Daten zur elektiven Hüft- und Knieendoprothetik beschäftigt. Ein weiteres Panel für die hüftgelenksnahen Frakturen wird demnächst folgen. In dem Expertengremium ist die Fachgesellschaft namhaft vertreten (Hassenpflug, Kiel; Niet-

hard, Aachen). In wirksamer Zusammenarbeit mit den AOK-Vertretern wurde die Aussagekraft der bisherigen vier bzw. fünf Indikatoren überprüft, wobei die alleinige Entscheidung über die Definition der Indikatoren bei den Fachexperten liegt. Als Ergebnis wurde der Indikator „Revisionsoperation“ schärfer definiert (Revisionen ohne Wechsel werden nicht mehr berücksichtigt) und eindeutig von dem zweiten Indikator „Chirurgische Komplikationen“ abgegrenzt. Der dritte Indikator „Thrombose oder Lungenembolie“ wurde selbst von Gutachtern und für weitere Analysen ausgesetzt, weil deren Auftreten – sofern die notwendige Thromboseprophylaxe durchgeführt wurde – als schicksalhaft bewertet wurde. Da die Thrombosepro-

phylaxe wiederum nicht erfasst wird, wurde dieser Indikator ganz aus der Bewertung herausgenommen. Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach der Aufnahme“ und der ausschließlich für die Hüftendoprothesen geltende Indikator „Nachfolgende Femurfraktur“ blieben unverändert.

Struktur- und Prozessqualität für Patienten wichtig

Positiv aufgenommen wurde der Hinweis der Fachgesellschaft, dass sich der Patient je nach seiner körperlichen Gesamtverfassung eher an eine Klinik mit maximaler Ausstattung oder aber an eine Klinik mit Hotelcharakter wenden wird. Inso-

<http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de>: Dort können Patienten nach einer Klinik suchen, die zu ihnen passt. Ob die dort aufgelisteten Informationen wirklich verlässlich sind, wird stark angezweifelt. Zwei deutsche Krankenhäuser klagen gar dagegen.

Aus unserem Fach



Viele Menschen, denen ein Krankenhausverlauf bevorsteht, suchen im Internet – etwa beim AOK-Krankenhausnavigator – nach einer Klinik, die zu ihnen passt. Doch sind die Informationen, die sie dort finden, wirklich verlässlich?

AOK-KRANKENHAUSNAVIGATOR

Qualitätsinformationen müssen belastbarer werden

Re-Evaluation des Krankenhausnavigators der AOK für das „QSR-Verfahren“ unter besonderer Berücksichtigung des Themenschwerpunktes Knieendoprothetik – eine epidemiologische Erhebung der Versorgungsqualität mit erweiterten Routinedaten

Einführung

2010 und durch die AOK zusätzlich beherichtigten Veröffentlichungen im Rahmen der Website *Wie eine Operation für die Ergebnissequalität im Bereich „Knie-Endoprothetik“ bei Gelenkerkrankungen“* veröffentlicht wurden. Hierbei wurden die Kliniken im Rahmen des sogenannten Qualitätsicherungsroutinedaten-Verfahrens (QSR-Verfahren) durch Bereinigung von vier Indikatoren, die sich auf peri- und postoperative Komplikationen beziehen, hinsichtlich der orthopädischen Folgeprognose im selben Jahr (Revisionsoperationen) während der Erhebungsphase und bis zu 90 Tage danach, überleben oder kein

gestemmt während der Erhebungsphase und bis 90 Tage danach“ und überleben nach Erhebungsphase erfasst insgesamt 31 Erklärungsstellen [1].

Zu den risikofaktoriellen Komplikationen wurden Qualitätsbereiche auf einem Signifikanzniveau von 85 Prozent ermittelt, anhand dieser anschließend die Kliniken in drei Kategorien eingeteilt wurden: überdurchschnittlich (über 20 Prozent), „Zwei-Baum-Kliniken“ (durchschnittlich und unterdurchschnittlich) (unter 20 Prozent) und „Ein-Baum-Kliniken“. Kliniken mit weniger als 30 Fällen wurden nicht kategorisiert. Revisionsraten traten bei unterdurchschnittlichen Kliniken (1,8) und bildeten als Erwartung auf (siehe Seite 393) Prozent) bei überdurchschnittlichen Kliniken (2,0)

auf schlechter als erwartet (siehe Seite 150) Prozent).

In einem Qualitätsindex werden die vier Qualitätsindikatoren zusammengefasst, um auch bei geringer Indikatorenanzahl einen aussagekräftigen Vergleich zu ermöglichen. Dazu wird die Anzahl der Patienten ermittelt, bei denen mindestens ein Indikator relevanten Ereignis zu verzeichnen war. Das bedeutet, dass die meisten Indikatoren in ihrem Gewicht für die Zählung identisch sind. Ereignisse in verschiedenen Indikatoren werden im Index nur einmal gewertet, so werden zum Beispiel Patienten mit einer chirurgischen Komplikation und anschließender Revisionsoperation (in Index nur einmal berücksichtigt) [1]. Der kategorisierte Index wird im AOK-Krankenhausnavigator durch ein bis drei Lebensbäume symbolisiert.

Methodik

Zusätzlich wurden patientenspezifische Parameter identifiziert, die überindividuelle Expositionen auf Basis der aktuellen Literaturlage der Prozedur und des Ergebnisses berücksichtigen [1].

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie steht dem für das Bewertungssystem des AOK-Krankenhausnavigators gesamten QSR-Verfahren kritisch gegenüber. Dabei liegt in erster Linie daran, dass vermutet wird, dass im Navigatorsystem das überindividuelle patientenspezifische Risiko für Komplikationen nicht hinreichend berücksichtigt wird. Viele der unterdurchschnittlichen Kliniken übernahmen nämlich die Verantwortung für Komplikationen in nicht-spezifischen Fällen. Demgegenüber werden Kliniken mit höherer Fallzahl methodisch als überdurchschnittlich bewertet. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die angewandte Risikoanpassung – aufgetrennt in weitere mit dem Auftreten von Komplikationen assoziierte – sich nicht als ungenügend angesehen werden könnte.

Diese Überlegungen führen dazu, dass die DGOOC, der AOK-Überlebensindex und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WISO), unterstützt von Verband für Orthopädie und Unfallchirurgie (V. U. U.) und der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AG Endoprothetik) gründen, deren Ziel es ist, die Risikofaktoren in der QSR-Verfahren zu überprüfen. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, in welche patientenspezifischen Parameter der Qualitätsbewertung neben der Versorgung und Überlebensrate von Komplikationen ein

Wiederholungsrisiko einfließen sollte. Folgende Hypothesen werden gestellt:

Weitere Indikatoren berücksichtigen das postoperative Ergebnis der Knieendoprothetik mit. Es gibt Unterschiede hinsichtlich der Indikatoren zwischen den Kliniken, die überdurchschnittlich und denen, die unterdurchschnittlich abschneiden. Die in der Werten Liste verwendeten Indikatoren nach QSR rechen nicht aus, die Ergebnisse nach Knieendoprothetikimplantation zu beurteilen.

Methodik

Zusätzlich wurden patientenspezifische Parameter identifiziert, die überindividuelle Expositionen auf Basis der aktuellen Literaturlage der Prozedur und des Ergebnisses berücksichtigen [1].

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie steht dem für das Bewertungssystem des AOK-Krankenhausnavigators gesamten QSR-Verfahren kritisch gegenüber. Dabei liegt in erster Linie daran, dass vermutet wird, dass im Navigatorsystem das überindividuelle patientenspezifische Risiko für Komplikationen nicht hinreichend berücksichtigt wird. Viele der unterdurchschnittlichen Kliniken übernahmen nämlich die Verantwortung für Komplikationen in nicht-spezifischen Fällen. Demgegenüber werden Kliniken mit höherer Fallzahl methodisch als überdurchschnittlich bewertet. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die angewandte Risikoanpassung – aufgetrennt in weitere mit dem Auftreten von Komplikationen assoziierte – sich nicht als ungenügend angesehen werden könnte.

Aus unserem Fach

<ul style="list-style-type: none"> • Kniegelenk • Knieendoprothetik • Kniegelenk • postoperative Verheilungsergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere präoperative • Besondere intraoperative • Besondere postoperative
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere präoperative • Besondere intraoperative • Besondere postoperative

Tab 1: Eine patientenspezifische Parameter, die die Prozedur und die Ergebnisse einer Knieendoprothetik beeinflussen

Tab 1: Es werden dabei von dem insgesamt 800 Kliniken für die Knieendoprothetik aus dem QSR-Verfahren vorgelegt, zum Vergleich vier unterdurchschnittliche (unter 20 Prozent, ein Lebensbaum) und vier überdurchschnittliche (über 20 Prozent, drei Lebensbäume) Kliniken nicht-spezifischer ausgewählt. Grundlage waren die Einzelfragen der Operationen zwischen 2007 und 2008. Es wurden vor allem Kliniken mit einer hohen Fallzahl betrachtet. In einer Klinik war keine Datenreihenfolge möglich, woraufhin ein Nachrechner wurde eingesetzt, um orthopädische Kliniken (ein Baum) gegen Unfallklinik, ein Mal Maximalversorger; drei Bäume: zwei

DER AOK NAVIGATOR UND DER DEUTSCHEN

Der AOK-Navigator dürfte zumindest den Chirurgen bekannt sein. Die HIN- und Knie-Endoprothetik sind die am häufigsten durchgeführten Operationen im Bereich der Knieendoprothetik. Die Informationen auf der Website waren die Qualität eines



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, DGOCOC

Klägerwunsch auf einstweiligen Rechtsschutz wurde von beiden Gerichten zurückgewiesen. Dagegen haben die Kläger Beschwerden geltend gemacht, über die noch nicht entschieden worden ist.

Ohne Routinedaten wird es nicht gehen

Der geschäftsführende Vorstand der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie hat sich mit dem Thema eingehend beschäftigt. Er ist der Meinung, dass der Rückgriff auf Routinedaten weiterentwickelt werden muss. Die zur Verwendung von Routinedaten vorgebrachten Kritikpunkte sind zu berücksichtigen. Dafür ist das eingerichtete Expertenpaneel eine gute Institution. Jegliche Ablehnung der Verwendung von Routinedaten würde aber andere Dokumentationssysteme erfordern. Diese wären mit der ohnehin schon überbordenden bürokratischen Beanspruchung von Ärzten nicht mehr vereinbar. Der bis zu 40 Prozent der Arbeitszeit verschlingende Dokumentationsaufwand der Ärzte muss reduziert werden. Dies kann nur unter Verwendung der ohnehin schon im System vorhandenen Daten geschehen. Die Unschärfe der primär zur Abrechnung etablierten Datentabellen muss für den gleichzeitigen medizinischen Bedarf beseitigt werden. Dass dies möglich ist, zeigen die Beispiele anderer Länder.

Bei der Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Rückständigkeit des deutschen Systems auf diesem Gebiet stark bemängelt. Die uns vorliegenden Unterlagen zu den Koalitionsgesprächen von CDU und SPD zeigen, dass die Gesundheitspolitiker beabsichtigen, die Verwendung von QSR-Daten zur Qualitätssicherung nachhaltig zu unterstützen. Orthopädie und Unfallchirurgie sind daher gut beraten, diesen Prozess weiterhin zu gestalten.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, DGOCOC



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, DGOCOC Generalsekretär

Dieser Beitrag in der OUMN 3/2013 Seite 276 ff. fasst die Ergebnisse einer Promotionsarbeit mit dem Titel „Re-Evaluation des Krankenhausnavigators der AOK“ zusammen.

fern sind Struktur- und Prozessqualität für den Patienten eine wichtige Information, die der Krankenhausnavigator der AOK allerdings nicht vermittelt.

Es ist nun geplant, die Qualifikation bzw. die Teilnahme am EndoCert-Projekt bzw. am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) ebenfalls in die Bewertungskriterien aufzunehmen. Die Zertifizierung nach dem EndoCert-Verfahren setzt ja weitreichende Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität voraus, die dann nicht zusätzlich hinterfragt werden müssen. Diese Informationen werden die bereits dargestellten Ergebnisse der größten Patientenumfrage in Deutschland und die Angaben aus dem gesetzlichen Qualitätsbericht sicherlich sinnvoll ergänzen.

und aus Eschweiler vor dem Sozialgericht Berlin, werden nämlich gegen den Krankenhausnavigator geklagt. Vorrangig geht es dabei um den Leistungsbereich des therapeutischen Herzkatheters (PCI) und nicht um die Leistungsbereiche der Endoprothetik und Schenkelhalsfraktur. Dessen ungeachtet hat diese Nachricht zu einer großen Resonanz unter den Orthopäden und Unfallchirurgen geführt, unter anderem mit der Annahme, dass der Krankenhausnavigator gestoppt werden könne. Eine Klage auf einstweilige Verfügung gegen den Navigator ist derzeit vor dem Oberlandesgericht Düsseldorf anhängig, richtet sich aber gegen den Leistungsbereich PCI und betrifft den orthopädischen-unfallchirurgischen Bereich nicht; wenngleich die von der Rechtsanwaltskanzlei vorgebrachten Argumen-

Jegliche Ablehnung der Verwendung von Routinedaten würde aber andere Dokumentationssysteme erfordern. Diese wären mit der ohnehin schon überbordenden bürokratischen Beanspruchung von Ärzten nicht mehr vereinbar.

Zwei Krankenhäuser klagen gegen den Navigator

Bei den insgesamt positiven Fortschritten der Expertenrunde wurde auch über den Stand zweier Klagen gegen die Veröffentlichung informiert. Zwei Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen, so aus Gummersbach vor dem Landgericht Köln

te gegen die Qualität des AOK-Navigators als Ganzes gerichtet sind. So wird eine Unvereinbarkeit mit den gesetzlichen Maßgaben der Qualitätssicherung postuliert, eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage vermisst, eine Kartellbildung und ein Marktmissbrauch der AOK befürchtet und die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren bezweifelt. Der



Mehr als 50 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet kamen in der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt zusammen, um über Arzthaftungsfragen zu diskutieren.

UNFALLCHIRURGISCH-ORTHOPÄDISCHE BEGUTACHTUNG

Kurs IV: Arzthaftungsfragen

In der Reihe der Kurse zur unfallchirurgisch-orthopädischen Begutachtung, die seit vielen Jahren von der Kommission „Gutachten“ der DGU in Zusammenarbeit mit der AG „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ der DGOOC unter dem Dach der DGOU angeboten und erfolgreich gestaltet werden, bildet der Kurs IV „Arzthaftungsfragen“ den vorläufigen Abschluss.

Die Kurse I bis V wurden bis dato an vielen Orten in Deutschland, von Hamburg bis Ingolstadt sowie von Duisburg bis Erfurt und darüberhinaus in zahlreichen anderen Städten durchgeführt. Während diese curricularen Kurse zur Unfallbegutachtung (Kurs I), zur Begutachtung des Leistungsvermögens und der Berufskrankheiten (Kurse II und III) sowie die beiden Kurse zu „Speziellen Gutachten-Themen“ (Kurse IV und V) mehr oder weniger aufeinander aufbauen, haben wir mit Kurs VI eine gleichermaßen aktuelle Thematik wie einen Kreis bereits sehr erfahrener Gutachten angesprochen.

Sehr gute Resonanz

In Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt/Main wurden zurückliegend einmal jährlich und aufeinander folgend die Kurse I bis V organisiert und durchgeführt, jeweils mit einer hohen Teilnehmerzahl von circa 100 Kolleginnen und Kollegen sowie einer sehr guten Resonanz der Anwesenden. Der besonderen Thematik der Arzthaftungsfragen haben wir nunmehr zum ersten Mal gewidmet und

dafür aus Kreisen der Kommission, aber auch aus anderen Bereichen ausgewiesene Experten gewinnen können, die sich mit Begrifflichkeiten, juristischen Aspekten und mit der Erfahrung bei speziellen Kausalitätsfragen anhand von Rechtsfällen befassen. Dabei war es unser spezielles Anliegen, zum einen das Verständnis zwischen medizinischen Sachverständigen einerseits und den Juristen andererseits im Hinblick auf die jeweilige Denkweise zu verbessern, zum anderen die Bedeutung zum Beispiel von Leit- und Richtlinien sowie von Empfehlungen mit ihren Auswirkungen auf den medizinischen Standard zu definieren.

In den von erfahrenen medizinischen Sachverständigen vorgestellten Rechtsfällen aus eigener gutachtlicher Praxis wurde die Sicht des Arztes dargestellt, die abschließend aus Sicht des Juristen kommentiert wurde. Wie die Evaluation der Veranstaltung durch die Teilnehmer am Ende des Kurses gezeigt hat, wurde das erklärte Ziel, nämlich die Vermittlung grundlegender Aspekte der ärztlichen Sachverständigentätigkeit im Arzthaftungsrecht, nach einhelliger Bewertung

durch die Teilnehmer voll umfänglich erreicht.

Die wissenschaftliche Leitung des Kurses wurde von Prof. Reinhard Hoffmann, dem derzeitigen Präsidenten der DGU und der DGOU, von Dr. Frank Schröter, dem stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission „Gutachten“ und dem Unterzeichnenden in seiner Eigenschaft als Leiter dieser Kommission wahrgenommen. Für die Zusammenstellung des wissenschaftlichen Programms zeichnete Prof. Peter Gaidzik, Mitglied der Kommission „Gutachten“, federführend verantwortlich. Die örtliche Organisation stand unter der bewährten Leitung von Herrn PD Dr. Torsten Eyfferth und Frau Claudia Diemann-Paeth von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt.

Mehr als 50 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet kamen in den sehr schönen und gut geeigneten Räumlichkeiten der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt zusammen, um von Freitagmittag bis Samstagnachmittag die angebotenen Vorträge sowie die einzelnen Fallvorstellungen zu diskutieren.

Aus unserem Fach

Grundlagen der Sachverständigenarbeit

Nach einem einleitenden Referat zum Standardbegriff in der Traumatologie aus Sicht des medizinischen Sachverständigen, gehalten durch den Unterzeichnenden, erläuterte Prof. Peter Gaidzik die beweisrechtlichen Besonderheiten im Arzthaftungsprozess, worüber sich eine äußerst lebhaft entwickelte. Da Herr Gaidzik aufgrund seiner zweigleisigen Aus- und Weiterbildung sowohl auf medizinischem als auch auf juristischem Gebiet umfangreiche Kenntnisse sowie eine ebensolche Expertise an deren Schnittstelle besitzt, konnte den Teilnehmern Grundlegendes für ihre Sachverständigentätigkeit vermittelt werden.

Prof. Martin Grotz aus Hannover berichtete auf der Basis seines Erfahrungsschatzes während seiner langjährigen Sachverständigentätigkeit über die hierbei zu übernehmende Verantwortung, beginnend mit der Prüfung des Gutachtauftrages bis hin zum Verhalten vor Gericht. Dr. Frank Schröter befasste sich mit der Systematik des Wägungsprozesses durch den medizinischen Sachverständigen, bezogen auf die Kasuistik einer Thromboemboliekomplikation, Dr. Bernd Vock von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Ludwigshafen demonstrierte dazu passend den Rechtsfall einer Beinvenenthrombose nach Beckenprellung. In der nachfolgenden, teilweise kontrovers geführten Diskussion wurden die unterschiedlichsten Aspekte der Thromboembolieprophylaxe bis hin zur S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erörtert. In diesem Zusammenhang konnte den Teilnehmern unter anderem die Empfehlung mitgegeben werden, in den Beweisbeschlüssen häufig enthaltene Fragen bezüglich des möglichen Vorliegens eines „groben Behandlungsfehlers“ diesen Begriff tunlichst zu vermeiden und vielmehr durch Umschreibungen wie „unverständlich“, „nicht nachvollziehbare Unterlassung der gebotenen Sorgfalt“ etc. zu ersetzen, das heißt, die letztlich juristische Bewertung dieser Frage der Gerichtsbarkeit anheim zu stellen.

Bedeutung von Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen

Am zweiten Tag beleuchteten Herr Peter Sommerfeld, Vorsitzender Richter am

OLG Hamm, und Prof. Hans-Jörg Oestern aus Celle die inhaltliche Bedeutung von Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen für den fachärztlichen Standard aus juristischer wie medizinischer Sicht. In der Tätigkeit des medizinischen Sachverständigen ist gerade die genaue Kenntnis der juristischen Relevanz dieser Begriffe und ihre Abgrenzung untereinander von herausragender Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf ihre mehr oder weniger bindende Beachtung bei Diagnostik und Therapie spezieller Erkrankungen und Verletzungen. Prof. Oestern stellte unter anderem den komplexen „Herstellungsprozess“ von Leitlinien vor, Herr Sommerfeld wies auf die Definitionen der S1-, S2- und S3-Leitlinien sowie des Standardbegriffs im Patientenrechtegesetz hin.

Die Herren Oswald Marcus aus Frankfurt, Marcus Egermann aus Heidelberg, Grotz und Oestern stellten besonders spektakuläre Rechtsfälle vor, wobei diese zum Teil bei alltäglichen Konstellationen wie einer distalen Radiusfraktur oder der Implantation einer Hüfttotalendoprothese zu Gerichtsfällen und Rechtsstreitigkeiten im Arzthaftpflichtprozess wurden. Im Rahmen der nach jeder vorgestellten Kasuistik geführten regen Diskussion mit vielen interessanten Wortmeldungen der Teilnehmer erfolgte beispielsweise die juristische Definition des „Befunderungsfehlers“ sowie der Bedingungen für eine „Beweislastumkehr“. Aus Sicht des Juristen wurde der Fall einer missglückten Sprunggelenkprothese dahingehend kommentiert, inwieweit ein Operateur im Rahmen der präoperativen Risikoauflärung darauf hinzuweisen hat, dass er einen solchen speziellen Eingriff bis dato noch nie oder nur sehr selten durchgeführt hat. Abschließend wurden von Prof. Gaidzik die Grundlagen der Haftung des medizinischen Sachverständigen sowie eventuelle Auswirkungen bei einem „unrichtigen Gutachten“ dargestellt, verbunden mit einem Hinweis auf die Notwendigkeit einer adäquaten Versicherung des Gutachters.

Gute Mischung aus Grundlagenreferaten und Kasuistiken

Stellvertretend für eine Reihe von Kommentaren aus dem Kreis der Teilnehmer im Hinblick auf den Stellenwert eines solchen Kurses zum Thema „Arzthaftpflichtfragen“ und dem dabei gewon-

nenen Wissenszuwachs für die Sachverständigentätigkeit darf Herr Prof. Jürgen Degreif aus Esslingen zitiert werden. Dieser bewertete den Kurs als eine wichtige Veranstaltung für medizinische Sachverständige, da bei diesem eine gute Mischung aus Grundlagenreferaten und Kasuistiken mit ausreichender Gelegenheit zur Diskussion und Fragestellung geboten werde. Diese Auffassung entspricht auch dem Ergebnis der Bewertung des Kurses im Rahmen der Evaluation durch die Teilnehmer. Ein kleiner Kritikpunkt wurde von Herrn Degreif und auch anderen Teilnehmern darin gesehen, dass die Einschätzung in Richtung des Vorliegens eines Behandlungsfehlers sowohl durch die Vortragenden als auch die Diskutanten mitunter zu streng erfolgt und nicht durchgängig die dringend gebotene Beurteilung des Falles aus der Sicht „ex ante“ vorgenommen worden sei.

Es hat sich gezeigt, dass die Thematik „Arzthaftpflichtfragen“ und „Behandlungsfehler“ für erfahrene Gutachter von großem Interesse ist, so dass der Kurs VI unseres „unfallchirurgisch-orthopädischen Curriculums“ in absehbarer Zeit eine Wiederholung erfahren wird. Neben der Schulung der „Sprachhygiene“, der Vermittlung klarer Definitionen juristischer Begriffe, stellt insbesondere die Optimierung des gelegentlich problematischen Verständnisses zwischen Ärzten und Juristen eine zentrale Aufgabe dieser Veranstaltung dar.

Die wissenschaftlichen Leiter wie auch die Organisatoren der Veranstaltung in Frankfurt freuen sich über die Resonanz sowie die positiven Rückmeldungen durch die Teilnehmer und fühlen sich darin bestärkt, die Kurse des Curriculums an wechselnden Orten des Bundesgebietes auch zukünftig weiter anzubieten (siehe Veranstaltungskalender auf www.dgu-online.de und www.dgou.de).

Prof. Dr. Kuno Weise



Prof. Dr. Kuno Weise ist Vorsitzender der Kommission „Gutachten“ der DGU.



Das neue große Team

KLINIKFUSION

Kräfte bündeln – Synergien nutzen

Die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und die Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München fusionierten zum 1. Oktober 2013.

Am 1. Oktober 2013 fusionierten die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und die Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Klinikum der Universität München unter der Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson. Beide Kliniken blicken auf eine traditionsreiche Vergangenheit zurück. Die Klinik für Orthopädie an der Universität München entstand im Rahmen der Errichtung der Staatlichen Orthopädischen Klinik in der Kurzstraße, die dieses Jahr ihr 100-jähriges Bestehen feiert. Die Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation entstand 1898 als das sogenannte Riederinstitut für Physikalische Medizin und Röntgenologie. Aus dieser Einrichtung heraus wurde dann 1973 der 1. Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rehabilitation geschaffen, den Herr Prof. Drexel innehatte.

Die Fusion beider Kliniken bildet die aktuelle Versorgungslage muskuloskelettaler Erkrankungen in vorbildlicher Weise ab. Volkskrankheiten wie Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerz lassen sich nur fächerübergreifend und interdisziplinär optimal versorgen. Diesem Leitgedanken trägt die jetzt entstandene neue Klinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation (OPMR)

Rechnung. Auf allerhöchstem klinischem Niveau kann jetzt eine umfassende Versorgung der Patienten erfolgen. Es entstehen aber auch völlig neue Synergismen im Bereich der klinischen und experimentellen Forschung.

Messer versus Fango

Traditionell gab es schon lange große Überlappungsbereiche beider Fachgebiete. Trotz der Fusion wird sichergestellt sein, dass beide Fächer in ihrer gesamten Bandbreite erhalten bleiben. Für die ärztlichen Mitarbeiter ergibt sich somit die einzigartige Möglichkeit, unter einem Dach zwei getrennte Facharztausbildungen zu absolvieren. Die gesamte Breite der orthopädischen Chirurgie und konservativen Orthopädie sowie die rehabilitativen Möglichkeiten der Physikalischen Medizin und ihrer angrenzenden Gebiete wie Neurorehabilitation und kardiovaskuläre Rehabilitation, aber auch die fächerübergreifende Frührehabilitation und integrierte multimodale Schmerztherapie sind Bestandteil der klinischen Ausbildung. Rotationen in das jeweilige Nachbarfach eröffnen neue Horizonte ohne Berührungängste und ohne Begehrlichkeiten auf beiden Seiten. Dabei werden die zukünftigen Physikalischen

Mediziner im OP eingesetzt und die angehenden Orthopäden/Unfallchirurgen leiten beispielsweise Trainingsgruppen. Auch verfügt die neue Klinik über eine ideale Infrastruktur, um attraktive Zusatzqualifikationen wie Sportmedizin in Zukunft anbieten zu können.

Die neue Klinik für OPMR verfügt insgesamt über mehr als 200 wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Mitarbeiter. Davon entfallen 55 Stellen auf den ärztlichen Dienst, Psychologen und Wissenschaftler sowie 165 Stellen auf therapeutische Mitarbeiter (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseur). Die Klinik verfügt über ein reichhaltiges Repertoire stationärer und ambulanter Versorgung inklusive integrierter muskuloskelettaler Akutversorgung und stationärer multimodaler Schmerztherapie. Die operativen Schwerpunkte der Klinik mit Endoprothetik, Tumororthopädie, Schulter- und Kniearthroskopie sowie Hand-, Fuß- und Rheumatologischer Chirurgie, Wirbelsäule und Kinderorthopädie sind weiterhin abgebildet. Dies wird synergistisch ergänzt durch die etablierten tagesklinischen Schwerpunkte der ehemaligen Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation: Arthrose, Schulterschmerz, chronische lumbovertebrale

Aus unserem Fach

Schmerzsyndrome und Osteoporose. Ebenso bleibt die Expertise im Bereich der fächerübergreifenden Frührehabilitation sowie in der kardiopulmonalen und neurorehabilitativen Behandlung erhalten. Diese Vielfalt an therapeutischen Optionen führt im Bereich der Endoprothetik zu einer noch besseren Abstimmung des prä- und postoperativen Behandlungskonzeptes bei Patienten mit Gon- oder Coxarthrose und stellt sicher, dass jeder dieser Patienten zum für ihn besten Zeitpunkt operiert wird.

Spondylodese oder Akupunktur

Wie in Ausgabe 3/2013 der „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“ (Juni 2013) berichtet, steigen die Fallzahlen im Krankenhaus. Die Zahl der Wirbelsäulenoperationen und arthroskopischen Eingriffe hat sich in den letzten Jahren vervielfacht. In der Öffentlichkeit wurde eine breite Diskussion über eine gewisse Mengenausweitung im operativen Bereich losgetreten. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint die Stärkung der konservativen Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen am Bewegungsapparat notwendiger denn je. Das „Wegschicken“ des Patienten fällt immer schwerer, ist aber in der zunehmend spezialisierten Medizin-Welt ein zumeist notwendiges Übel. Dieses entfällt, wenn zum Beispiel eine gemeinsame Wirbelsäulensprechstunde durchgeführt werden kann, wo weder die konservative Therapie als „keine OP-Indikation“ abfällig beschieden wird, aber auch nicht mit Tunnelblick und manchmal aus einer gewissen Unsicherheit über operative Erfolgsquoten und Komplikationshäufigkeiten therapiereisistente Krankheitsbilder von einer indizierten invasiven Therapie ferngehalten werden. Dieses Prinzip findet selbstverständlich nicht nur an der Wirbelsäule statt, sondern lässt sich auf nahezu alle Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparates übertragen. Darüber hinaus bietet diese Entwicklung auch die Chance, sich auf die konservative klinische Kompetenz und Expertise der Orthopädie zurückzubedenken, die in den letzten Jahrzehnten angesichts des enormen Fortschrittes operativer Techniken an den Kliniken und großen universitären Einrichtungen auch in der Ausbildung zurückgedrängt wurde.

Zellbiologie trifft Ganganalyse

Es leuchtet ein, dass eine universitäre Fusion zwischen Orthopädie und Physikalischer Medizin und Rehabilitation im Bereich der klinischen Versorgung offensichtliche Vorteile für den Patienten mit sich bringt. Wie sieht es jedoch in der Forschung aus? Hier erschließt sich nach näherem Hinsehen ein noch größeres Potenzial. Betrachtet man den eben zu Ende gegangenen Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, so beschäftigte sich die Mehrheit der wissenschaftlichen Vorträge mit im weitesten Sinne operativen Themen bei gleichzeitig steigender Nachfrage nach konservativen Methoden und deren Evidenz und Hintergründe. Im Labor für Biomechanik und experimentelle Orthopädie der Orthopädischen Klinik der LMU forschen Naturwissenschaftler und Kliniker an Methoden zur Knorpel-, Knochen- und Sehnenregeneration auf der einen Seite, an Fragestellungen zur Tribologie und Gelenkkkinematik auf der anderen Seite. Gemeinsam können nun Methoden der Physikalischen Medizin wie zum Beispiel die Elektrotherapie mit modernsten Methoden zellbiologisch evaluiert, aber auch operierte Patienten im Ganglabor der Physikalischen Medizin untersucht werden. Das Spektrum reicht von der virtuellen Nachbehandlung nach zum Beispiel Schulteroperationen bis zum ganganalytischen Vergleich verschiedener minimal-invasiver Operationsverfahren an der Hüfte. Somit können Forschungsthemen bearbeitet werden, die methodisch von der Zelle bis zur komplexen Systemanalyse motorischer Steuerung beim Gehen oder Greifen multiple Dimensionen abbilden können. Auch die vielversprechenden Entwicklungen in der Robotik, die in den nächsten Jahren die Rehabilitation revolutionieren können, bieten ausgezeichnete Schnittstellen für beide Fächer. Beispielsweise untersuchen derzeit Wissenschaftler in unserer Klinik intensiv das Potenzial des LOKOMAT, eines Roboter unterstützten Laufbandsystems, für intensiviertes Gangtraining und die Gangrehabilitation.

Ein weiterer neuer Schwerpunkt ist die Versorgungsforschung. Durch das bestehende Team an Psychologen aus der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation können Probleme aus

dem operativen Umfeld wie das Aufklärungsgespräch, Ängste vor geplanten Eingriffen und die Beziehung zwischen Operateur und Patient wissenschaftlich untersucht werden. Auch können strukturierte Arzt-Patienten-Gespräche im Sinn der partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt werden.

Stationär und ambulant

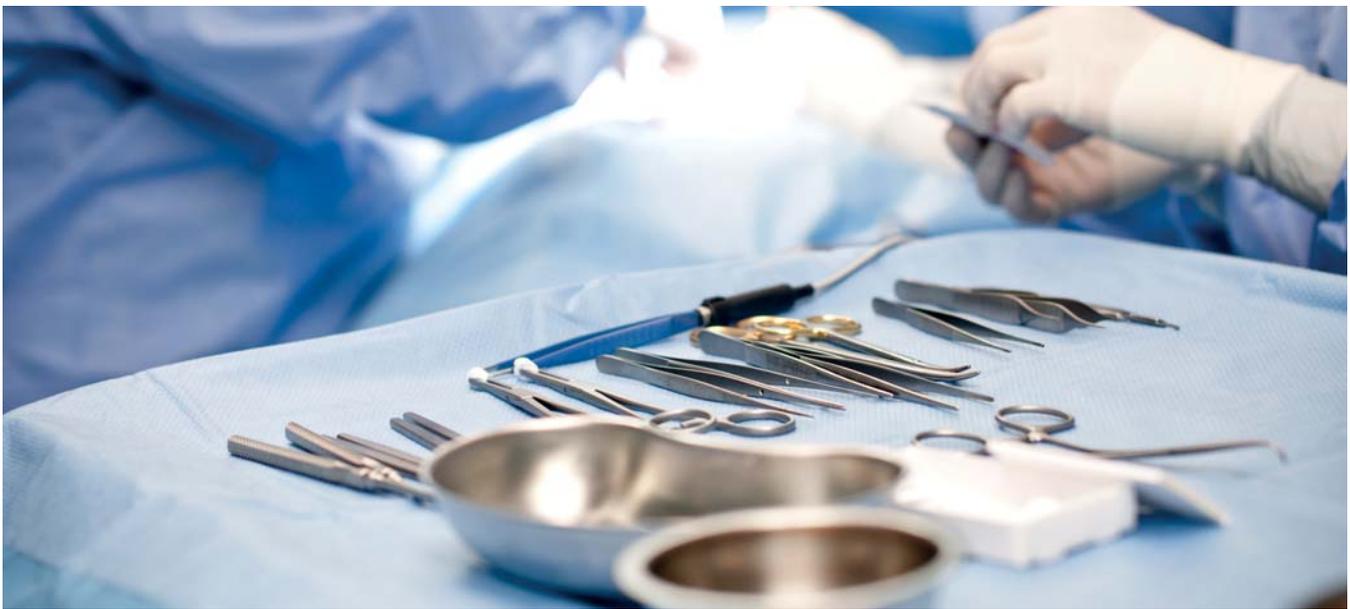
Durch die zunehmende Liegezeitverkürzung und die Verlagerung von etlichen Operationen in den ambulanten Bereich bestehen neue Kapazitäten im stationären Bereich für konservative Patienten. Bei chronischen Schmerzpatienten, die oftmals schon das gesamte ambulante Spektrum durchlaufen haben, ist eine stationäre Aufnahme manchmal zwingend notwendig, nicht zuletzt, weil dadurch auch die schmerzpsychologische Begleitung gewährleistet ist.

Alle multimodalen Therapieverfahren, zu denen neben der medikamentösen Therapie sämtliche physikalisch-medizinische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massage, Hydrotherapie, Thermotherapie, medizinische Entspannungstechniken und Akupunktur gehören, bleiben weiter im Behandlungsangebot der fusionierten Klinik für stationäre Patienten, aber vor allem auch in den verschiedenen Tageskliniken, erhalten und werden ausgebaut. Die Methoden der Physikalischen Medizin werden weiterhin in gewohnter Qualität den Patienten der anderen Bereiche, zum Beispiel der Neurologie, der Inneren Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie und den verschiedenen chirurgischen Fächern, angeboten. Auf diese Weise wird das gesamte Universitätsklinikum der LMU fächerübergreifend an den beiden Standorten Campus Innenstadt und Campus Großhadern versorgt.

Prof. Dr. Dipl.-Ing Volkmar Jansson



Unter Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson fusionierten die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und die Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der LMU München



PHYSICIAN ASSISTANT O&U

Eine Initiative der DGOU

Dieser Beitrag erschien unter dem Titel „Physician Assistant – Schwerpunkt Orthopädie/Unfallchirurgie. Eine Initiative der DGOU“ in „Passion Chirurgie“, August 2013, 3(08): Artikel 02_06, herausgegeben vom Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC). Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

Die Kliniklandschaft hat sich in den letzten Jahren grundsätzlich verändert. Neben einer zunehmenden Verdichtung ärztlicher Arbeit kam es zu einem Mangel an qualifizierten ärztlichen Bewerbern und resultierend zu einer Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen [1]. Neue Berufsbilder wurden geschaffen. Sie sollen den verantwortlichen Arzt durch Erbringen von Assistenzleistungen im operativen und nicht-operativen Bereich entlasten und selbstständig delegierbare Aufgaben übernehmen. Diese nicht-ärztlichen Assistenzberufe haben im Ausland eine lange und bewährte Tradition. Angesichts dieser langjährigen positiven Erfahrungen in vergleichbaren Gesundheitssystemen war eine Übertragung auf hiesige Verhältnisse nur eine Frage der Zeit. Dafür sprach neben Qualitäts-, Kosten- und Bedarfsargumenten auch die Tatsache, dass in Deutschland bereits eine Reihe solcher Qualifikationen etabliert war [2]. Jedoch existierten hierzulande verschiedene Qualifizierungswege, Ausbildungskonzepte, Berufsbezeichnungen und Einsatzmöglichkeiten. Es war und ist grundsätzlich zwischen grundständigen Ausbildungen, Weiterbildungen und einem Bachelor-Studium zu differenzieren. Durch die unterschiedlichen Institutionen, Zuständigkeiten auf Länderebene und die differenten Ausbildungsinhalte war und ist jedoch eine flächen-

deckende Anerkennung dieser Berufe oft nicht gegeben. Auch breitgefächerte Einsatzmöglichkeiten dieser teils sehr eng spezialisierten Assistenzberufe waren häufig nicht möglich.

Seit 2008 in der Diskussion

Seit 2008 haben wir zunächst in den Gremien der DGU, vor allem im Berufsständischen Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), nun im Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), dieses Thema nicht nur sehr kontrovers diskutiert, sondern uns auch entschieden, frühzeitig in Kooperation mit erfahrenen Bildungseinrichtungen ein geeignetes Ausbildungskonzept, zugeschnitten auf die Bedürfnisse in Klinik und Praxis, Orthopädie und Unfallchirurgie (O&U), zu gestalten [3, 4]. Ziel war es, im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistung dem Arzt in der Praxis, aber vor allem auch in der Klinik, qualifiziertes und fachspezialisiertes Assistenzpersonal beizuordnen, das dem ärztlichen Personalmanagement unterliegt und den Bewerbern im neuen Berufsbild eine breite Ausbildung und somit eine universelle Einsetzbarkeit als Arztassistenten in den chirurgischen Spezialgebieten bietet. Dies beinhaltet Assistenz-tätigkeiten im gesamten operativen und

nicht-operativen klinischen Alltag. Zum anderen sollten aber insbesondere Inhalte des Faches Orthopädie/Unfallchirurgie abgebildet werden und eine frühe Spezialisierung in diesem Fach möglich sein.

Mit der Steinbeis-Hochschule wurde ein Partner gefunden, der bereits über mehrjährige Erfahrung in der Ausbildung von Physician Assistants verfügte. In das bestehende dreijährige, berufsbegleitende Studium konnten spezielle Inhalte des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie integriert werden. So erhalten die Absolventen den qualifizierten Abschluss „Bachelor of Science (B.Sc.) im Bereich Allied Health and Health Management und Vertiefungsrichtungen“ und darüber hinaus ein zusätzliches Zertifikat der Fachgesellschaft DGOU über die Spezialisierung. Voraussetzungen für das Studium sind eine abgeschlossene Ausbildung zur staatlich geprüften Gesundheits- und Krankenpflegerin/Operationstechnischen Assistenten/-in, zum medizinisch-technischen Assistenten/in oder eine vergleichbare Ausbildung im Bereich der medizinischen Assistenzberufe [5].

Wahlfach O&U

Die Ausbildung beinhaltet einen allgemeinen Teil und bietet nun erstmals die

Aus unserem Fach

Möglichkeit, als Wahlfach die Orthopädie/Unfallchirurgie zu vertiefen. Diese Spezialisierung kann bereits im Rahmen des dreijährigen Studiums erfolgen. Das Studium gliedert sich in Studienmodule, Transfertage (praktische Ausbildung), Selbstlertage, eine studienbegleitende Projektarbeit und eine Studienarbeit sowie eine abschließende Bachelor Thesis. Der allgemeine Teil beinhaltet neben Themen wie zum Beispiel Anatomie und Physiologie, Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft sowie Qualitäts- und Risikomanagement auch chirurgische Fächer wie Viszeralchirurgie bzw. Allgemeinchirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie. Im freien Wahlfach werden dann an 25 Vorlesungstagen und einer gleichen Anzahl sogenannter Transfertage (praktische Ausbildung) spezielle Inhalte der Orthopädie und Unfallchirurgie vermittelt.

Ein Großteil der Studenten hat die Studienzeit so organisiert, dass im Anschluss an die Theoriewoche eine Praxiswoche absolviert wird. Damit scheint meist ein guter Rhythmus gefunden und ein Transfer von Theorie und Praxis hergestellt [6].

Bedarf an Arztassistenten nimmt zu

Einem Forschungsgutachten des DKI zufolge zeigt sich ein zunehmender Bedarf an Arztassistenten [7]. Auch die Tatsache, dass nahezu alle befragten Teilnehmer einer Umfrage unter PA-Absolventen im Anschluss an ihr Studium eine Festanstellung fanden, zeigt, dass das Berufsbild des Arztassistenten zunehmend gefragt ist [2]. In einer Umfrage des Berufsständischen Ausschusses (BSA) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 2009 zeigte sich, dass in 43 Prozent der befragten Kliniken bereits paramedizinische chirurgische Assistenzberufe existieren [8]. Die Akzeptanz dieser neuen Berufsbilder bei anderen pflegerischen und ärztlichen Berufsgruppen wird durchweg als „gut“ beurteilt. Die breiten Einsatzmöglichkeiten auf Station, in Funktionsbereichen und im OP werden Gründe für eine weitere Verbreitung der Arztassistenten sein. Darüber hinaus fällt die Berufszufriedenheit der nicht-ärztlichen Chirurgie-Assistenten sehr hoch aus. Die bereits zitierte Absolventenbefragung zeigte ferner, dass bereits heute im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie die meisten Arztassistenten eingesetzt werden [2].

In Kliniken aller Versorgungsstufen ist ein Einsatz der PAs denkbar und praktikabel. Aber auch in Praxiskliniken und im Bereich des ambulanten Operierens sind in unserem Fach die Arztassistenten äußerst gefragte Mitarbeiter. Der Einsatz von Physician Assistants, CTAs oder Arztassistenten im Ausland hat zahlreiche Vorteile gezeigt. Die erhöhte Kontinuität in der Assistenzleistung ermöglicht eine gesteigerte Qualität des gesamten klinischen Ablaufs [2, 7]. Durch die regelmäßige Routine der PAs wird eine deutliche Qualitätssteigerung beobachtet. Anders als befürchtet, wurde die ärztliche Weiterbildung nicht beeinträchtigt, sondern verbessert. Ein gezielter Einsatz der Assistenzärzte wird möglichst, Freiräume werden hierdurch geschaffen und Überstunden vermieden. Gerade im Fach O&U ist in Deutschland angesichts der Altersstruktur sowie des sich abzeichnenden Nachwuchsmangels eine Gefährdung der ärztlichen Weiterbildung gegeben. Bei sinkenden Arztzahlen des chirurgischen Nachwuchses führt dies zu einer Konzentrierung und Effizienzsteigerung der ärztlichen Ausbildung [9, 10]

Um diese Vorteile zu erlangen, ist eine dezidierte Stellenbeschreibung des angestellten PA erforderlich. Die Einsatzbereiche des Arztassistenten zum Beispiel in einem Universitätsklinikum werden sich von denen in einer Praxisklinik deutlich unterscheiden und sollten eben darum und auch, um eine klare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen zu ermöglichen, individuell definiert werden.

Richtlinien von Fachverbänden bzw. -gesellschaften sind erstrebenswert

Um „unseren“ PAs und auch unseren Kliniken eine Rechtssicherheit zu gewährleisten, stellt sich die Frage nach einer Standardisierung oder staatlichen Reglementierung in diesem qualifikatorisch wie rechtlich äußerst sensiblen Bereich. Einen „Wildwuchs“ an nicht evaluierten, nicht qualitätsgesicherten oder nicht bedarfsgerechten Angeboten gilt es in jedem Fall zu verhindern. Daher erscheint es – zumindest mittelfristig – empfehlenswert, Qualifikationen im Bereich der nicht-ärztlichen Chirurgie-Assistenz durch Richtlinien von Fachverbänden bzw. Fachgesellschaften oder über staatliche Regelungen zu standardisieren und anzuerkennen.“ [2]

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat mit ihrem Konzept der Spezialisierung innerhalb eines anerkannten Bachelor-Studiengangs den ersten Schritt in diese Richtung getan und freut sich, dass dieses zukunftssträchtige Konzept voraussichtlich ab Herbst 2013 mit einem weiteren Kooperationspartner, der dualen Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe, angeboten werden kann. Hierbei handelt es sich um ein ebenfalls dreijähriges Studium an einer staatlichen Hochschule mit der Besonderheit, dass dies im Landespflegegesetz von Baden-Württemberg verankert ist. Die Zulassung zu diesem Studiengang erfordert eine Hochschulzugangsberechtigung (Abitur, Fachhochschulreife oder eine Zulassung als besonders qualifizierter Berufstätiger nach dem LHG) und eine abgeschlossene Pflegeausbildung (Gesundheits-/Kranken-/Altenpflege) nach dem KrPflG und AltPflG sowie einen Ausbildungsvertrag mit einer Klinik [11].

Ausblick

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie sieht im neuen Berufsbild des Physician Assistant, insbesondere mit einer fachspezifischen Spezialisierung, eine sinnvolle und perspektivenreiche Ergänzung der medizinischen Assistenzberufe. Gerade im Fach O&U werden sich zahlreiche Einsatzmöglichkeiten für die Absolventen ergeben. Die DGOU wird daher weiterhin intensiv an der Gestaltung dieses zukunftsweisenden Projekts arbeiten. Sie stellt sich damit bewusst der aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung der Qualifizierung von Gesundheitsberufen, zuletzt angestoßen vom Deutschen Pflgerat.

*Dr. Andreas Bonk
Prof. Hartmut Siebert
Prof. Reinhard Hoffmann*

Literatur beim erstgenannten Autor



Korrespondierender Autor:
Dr. Andreas Bonk,
Leitender Arzt
Unfallchirurgie, Klinikum
Starnberg **Kontakt:**
a.bonk@klinikum-starnberg.de



Kongressbesucher testen ein Trainingsgerät für die Gehtherapie.

ANOA-KONGRESS

Schmerz und Funktion



Vom 14. bis 15. Juni 2013 veranstalteten die Klinik für Manuelle Therapie Hamm und die Arbeitsgemeinschaft nicht operativer Orthopädischer/Manualmedizinischer Akutkrankenhäuser (ANOA) einen gemeinsamen Kongress zu den Themen Schmerz und Erkrankungen des Bewegungssystems.

Mit fast 200 Teilnehmern, nationalen sowie internationalen Referenten aus verschiedenen Fachgebieten war dieser Kongress einer der größten Veranstaltungen zu diesem Thema in diesem Jahr. „Schmerz und Funktion“ als Leitthema fand seinen Niederschlag im gesamten Veranstaltungsprogramm.

Besondere Schwerpunkte auf dem Kongress bildeten die funktionellen Einflussfaktoren auf die Schmerzentwicklung und Chronifizierung. Störungen der Tiefenstabilisation, Koordinationsstörungen und autonome Funktionsstörungen wurden in ihrer Relevanz für Diagnostik und Therapie dargestellt. Die Funktionen und Dysfunktionen von Geweben und Gelenken als Schmerzsache, grundlegende Störungen der Bewegungssteuerung und Stabilisation als Verursacher von schmerzhaften Funktionsstörungen und degenerativen Veränderungen wurden diskutiert. Autonome Dysfunktionen als Ursache für lokale und generalisierte Hyperalgesien, die psychosoziale Funkti-

on in ihrer Bedeutung für Schmerzen und Erkrankungen des Bewegungssystems und nicht zuletzt Störungen der Partizipation als Krankheitsfolge und Ursache gerade bei den chronischen Rückenschmerzen waren weitere Schwerpunkte. Diagnostische und therapeutische Strategien wurden besprochen, auf ihren wissenschaftlichen Gehalt geprüft und in Workshops demonstriert.

Erwartung des Therapeuten an eine Therapie beeinflusst ihr Outcome

Wichtige Themen wie Plazebo-/Nozeboeffekte, der Einfluss von Einstellungen und Überzeugungen von Ärzten und Therapeuten auf den Therapieerfolg wurden neben berufspolitischen Fragen und abrechnungstechnisch relevanten Themen besprochen. Der Ansatz, dass die Erwartung eines Therapeuten an eine Therapie das Outcome des Heilungsprozesses wesentlich beeinflussen kann, ist ein sehr selten diskutierter Aspekt unseres therapeutischen Tuns.

Die Bedeutung von komplexen und multimodalen konservativen Behandlungen für Erkrankungen des Bewegungssystems und von chronischen Schmerzserkrankungen konnte vor dem Hintergrund der aktuell die Versorgungslandschaft dominierenden monomodalen Konzepte demonstriert werden. Ob interventionelle Schmerztherapien im Rahmen von multimodalen Konzepten eine Verbesserung der funktionellen Behandelbarkeit und damit des Therapieoutcomes bringen, war ebenfalls ein viel diskutiertes Thema. Die Zunahme von nicht indizierten interventionellen Therapien und operativen Maßnahmen ohne ausreichende wissenschaftliche Belege für ihre Wirksamkeit hinsichtlich Schmerz und Funktion bot Anlass für weitere Diskussionen.

Mangelnde Ausbildung in der konservativen Behandlung

Vor dem Hintergrund der großen Herausforderungen, welche die hohe Morbidität chronischer Schmerzen und

Aus unserem Fach



Zu Beginn des Kongresses erläuterte Dr. Matthias Psczolla die Entstehung und Weiterentwicklung des ANOA Konzeptes.

Basistext zur Anzeige

ANOA, die Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akut-Kliniken, ist ein Verbund von Krankenhäusern, die sich auf akute und chronifizierte Erkrankungen des Bewegungssystems einschließlich einem breiten Spektrum von Schmerzerkrankungen spezialisiert haben.

Erkrankungen des Bewegungssystems darstellen, wurde die mangelnde Ausbildung gerade von jungen Kollegen hinsichtlich der konservativen Behandlung und die nicht vorhandene Verankerung der konservativen Orthopädie und der Physikalischen Medizin und Rehabilitation an den deutschen Universitäten kritisch beleuchtet. Die Orthopädie/Unfallchirurgie versteht sich noch zu sehr als operatives Fach, die Physikalische und Rehabilitative Medizin als Querschnittsfach, und die anästhesiologische Schmerztherapie fußt vorwiegend auf der medikamentösen und interventionellen Schmerztherapie.

Eine umfassende Weiterbildung von jungen Fachärzten hinsichtlich der Komplexität von Erkrankungen des Bewegungssystems und chronischer Schmerzen, deren Differentialdiagnostik und Therapie unter Einbeziehung funktioneller, psychosozialer und pathomorphologischer Einflussfaktoren ist in der aktuellen Weiterbildungsordnung immer noch nicht ausreichend umgesetzt. Ein Mangel, der in

der neuen Weiterbildungsordnung endlich beseitigt werden muss. Die Manuelle Medizin als wesentlicher Teil der Grundkompetenz muss durch eine Schmerztherapie des Bewegungssystems und andere vertiefte konservative Verfahren ergänzt werden.

Es ist der Klinik in Hamm zu danken, dass sie als eine der führenden Kliniken im ANOA-Verbund diese Veranstaltung vorbereitet und organisiert hat. Themenauswahl, Beteiligung verschiedener Professionen im interdisziplinären Kontext und die Diskussionsfreude der Teilnehmer haben viele Kolleginnen und Kollegen ermutigt, in Praxis und Klinik weiter am muskuloskelettalen Konzept zu arbeiten. Die ANOA wird sich auch in Zukunft im Kongressgeschehen dieser Themen annehmen und das Forum für konservativ stationäre Behandlungen sein.

Dr. Kay Niemier, Chefarzt der Klinik für Manuelle Therapie

Dr. Matthias Psczolla, Sprecher des ANOA Verbunds

1/1 Anzeige



Katastrophenalarm: Wenn es wie am 8. April 2011 auf der A 19 in Meckenburg-Vorpommern zu einem Massenansturm von Verletzten kommt, sind notärztliche Kapazitäten schnell ausgeschöpft.

DGKM-FORUM

Medizinisches Management von MANV-Lagen > 50

Am 20. September 2013 fand in Bonn (Bundesministerium des Inneren) das 1. DGKM-Forum (Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e. V.) statt. Ziel dieses Forums war es, sich mit dem Management der MANV-Lagen, hier insbesondere mit denen > 50, zu beschäftigen. Seitens der DGU waren PD Dr. Hermann Josef Bail (Nürnberg) und Prof. Dr. Benedikt Friemert (Ulm) eingeladen.

Im ersten Vortrag stellte Prof. Dr. Latasch, Präsident der Gesellschaft und Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Frankfurt, anhand des Beispiels der Stadt Frankfurt die Organisation/Planung, aber auch die Grenzen der Möglichkeiten der Versorgung dar. Er begann mit der Darstellung der Planungsphase und den vorbereitenden Maßnahmen für einen Massenansturm von Verletzten (MANV). Dabei konnte er sehr anschaulich darstellen, dass eine solche Lage einer intensiven Vorplanung und Vorbereitung bedarf, insbesondere in einer Großstadt. Für ganz wesentlich hielt er die Notwendigkeit, alle Player, die bei der Bewältigung einer MANV-Lage gebraucht werden, in die Planungen mit einzubeziehen. Er stellte dann im Weiteren heraus, dass selbst in einer Großstadt wie Frankfurt bei einem MANV sehr schnell die notärztlichen Kapazitäten erschöpft seien. So stehen ihm für 1,2 Millionen Personen (am Tage) nur fünf Notärzte zur Verfügung. Auch die klinischen Kapazitäten sind bei einem Groß-

schadensereignis schnell an ihrer Grenze angelangt. In einer solchen MANV-Lage muss, jedenfalls zeitweise, auf eine individualmedizinische Versorgung verzichtet werden, sie kann schlicht nicht mehr sichergestellt werden. Am Ende seines Vortrages stellte er noch die Thematik der Vorsichtung durch ärztliches Hilfspersonal zur Diskussion. Mit dieser Vorsichtung könne der Problematik der Mangelressource Arzt im Rahmen eines MANV begegnet werden, so seine eindeutige Auffassung. Es komme ganz wesentlich auf eine schnelle Einschätzung der Verletzenschwere an, um die richtigen organisatorischen Maßnahmen (zum Beispiel Transport) einleiten zu können. Allerdings müsse immer nachträglich eine ärztliche Sichtung erfolgen. Über den Ort, wo diese stattfinden müsse, zeigte er sich in der Interpretation großzügig. So war er der Auffassung, dass diese abschließende Sichtung auch im Krankenhaus stattfinden könne. Anschließend entwickelte sich eine sehr lebhaft diskussion,

die dann am Nachmittag im Rahmen der Podiumsdiskussion weitergeführt wurde.

Sichtung aus juristischem Blickwinkel

Im 2. Vortrag erläuterte M. R. Ufer (Hannover), Vorsitzender Richter im Verwaltungsgericht, die gesetzlichen Grundlagen zum Begriff Sichtung. Er stellte dabei zunächst heraus, dass dieser Begriff an sich in den einschlägigen Gesetzestexten nicht explizit besprochen wird. Allerdings ergibt sich aus vier verschiedenen Gesetzen, die sich eigentlich mit anderen Themen beschäftigen, zusammenfassend eine juristische Rechtfertigung für eine ärztliche Sichtung. Er führte aus, dass die Begrifflichkeit der Sichtung und Vorsichtung bis zur Konsensuskonferenz 2012 (4. Konsensus-Sichtungs-Konferenz der Schutzkommission am 29. Oktober 2012) nicht geklärt war und nunmehr eine Arbeitsdefinition vorliegt. Außerdem gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Vorsichtungskonzepte, die gegenwärtig

überprüft werden. Gegenwärtig ist die Vorsichtung in Deutschland noch kein allgemein anerkannter Standard, und das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal ist hierin noch nicht einheitlich aus-, weiter- bzw. fortgebildet, so seine Ausführungen.

Rechtliche Eckpunkte einer Vorsichtung durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal sind seiner Meinung nach folgende: keine Zuordnung von Patienten in die SK IV, keine verbindlichen Todesfeststellungen und keine Unterwerfung der ärztlichen Entscheidung unter die nicht-ärztliche Entscheidung (§ 2 IV MuBO). Die Quellen, aus denen sich der gesetzliche Rahmen ableiten lässt, sind: Artikel 12 der 1. Genfer Konvention, § 34 StGB – Rechtfertigender Notstand, § 12 III 1 TPG - Organallokation und die Rettungsdienstgesetze – Vorrangregelungen für Notfallpatienten. Letztlich wird zusammenfassend daraus abgeleitet, dass eine Sichtung dann zulässig ist, wenn eine dringliche medizinische Notwendigkeit vorliegt und wenn auch eine Erfolgsaussicht der Behandlung besteht. Medizinische Notwendigkeit ist immer dann gegeben, wenn es sich um einen Notfall handelt. Notfallpatienten sind laut Ufer „Verletzte oder Erkrankte, die sich (im Gegensatz zu anderen Betroffenen) in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich Hilfe erhalten.“ Einig ist man sich im Schrifttum, dass eine gesetzliche Regelung zur Sichtung und Vorsichtung dringend erforderlich ist. Das Fehlen einer gesetzlichen Regelung macht die Durchführung einer Sichtung nicht rechtswidrig, so Richter Ufer in seinem Vortrag.

Praxisforen

Ab 13.30 Uhr wurden zwei Praxisforen angeboten. Im Forum 1 wurde die Anwendung diverser Vorsichtungsverfahren überprüft. Es standen Moulage-Modelle zur Verfügung, die in die verschiedenen Sichtungskategorien eingeteilt werden mussten. Es wurden START, MSTART, der Amberg-Schwandorfer Algorithmus und der Algorithmus der DGKM überprüft. Es stellte sich heraus, dass die verschiedenen Vorsichtungsverfahren durchaus große Unterschiede zeigen. Ein Byass besteht jedoch darin, dass die sichtenden Personen keine Ausbildung im jeweiligen Verfahren erhalten haben, vielmehr wurde anhand eines DIN-A-4-Blattes,

auf welchem der Algorithmus verzeichnet war, die Sichtung durchgeführt. Im Forum 2 „Dynamische Patientensimulation“ wurde anhand von Patientenkarten die Sichtung und Versorgung von 20 Patienten in der Gruppe mit drei RTWs und einem Notarzt überprüft. Den Karten wurden jeweils Eigenschaften der Patienten zugeordnet. Zunächst musste eine Sichtungskategorie festgelegt werden, danach wurde weitgehend nach ATLS bzw. PHTLS-Systematik die Versorgung der roten Patienten vorgenommen. Verschiedene Sichtungsarten wurden hier nicht erprobt, vielmehr wurde ein edukatives Konzept vorgestellt, welches vor allem für die Ausbildung der Rettungsdienste geeignet ist.

Podiumsdiskussion

Abschließend wurde die Diskussion über die juristischen Implikationen der Vorsichtung nochmals aufgegriffen. Aus juristischer Sicht (Richter Dr. Ufer) muss ein Standard definiert sein, der Ort der Vorsichtung sollte definiert sein, und ein definierter Algorithmus sollte zur Verfügung stehen. Es wurde nochmals festgehalten, dass die Vorsichtung die ärztliche Sichtung nicht ersetzen kann. Es wurde anschließend über die Aufgaben des LNA diskutiert, gemäß Prof. Sefrin ist die Sichtung nicht die Hauptaufgabe eines Leitenden Notarztes. Es muss daher gefordert werden, dass jeder Notarzt sichten kann. Der erste Arzt, der zum Unfallereignis kommt, muss dies übernehmen. In der anschließenden Diskussion wurde von mehreren Seiten eingeworfen, dass die Notarzdichte vor allem in ländlichen Gebieten immer mehr sinkt und vor allem dort der Rettungsassistent zumindest vorsichten können muss. Aufgrund dieser Unterschiede zwischen Stadt und Land muss eine Ausbildung für das Assistenzpersonal zur Verfügung stehen, die eine Handlungsanweisung zur Vorsichtung beinhaltet. Dr. Marzi vom Bundesministerium des Innern wies auf die Notfallsanitäterausbildung hin.

Es wurde dann im Plenum aus Frankfurt und aus Südbayern zu bedenken gegeben, dass die Versorgung vor Ort mit Triage und Notarztversorgung so gut sein kann wie sie will, die Kliniken seien dennoch nicht auf einen Massenansturm an Verletzten vorbereitet. Aus dem Ruhrgebiet und anderen deutschen Regionen wurde berichtet, dass in den Kliniken

kein Arzt mehr sei, der a) Deutsch spreche und b) für die Schwerverletztenversorgung, geschweige denn für den Anfall von mehreren Schwerverletzten, vorbereitet sei. Aus Hessen (Prof. Latasch) kam dann die Anmerkung, dass man hier politische Arbeit betreiben müsse. In Hessen sei geregelt, dass die Kliniken bei MANV aufnehmen und auch vorbereitet sein müssen. Hierfür sei eine gesetzliche Verordnung erlassen worden. Herr Prof. Sefrin merkte an, dass diese Anordnung in jedem Bundesland bestünde, entscheidend sei jedoch, ob sie auch umgesetzt werde und ob die Kliniken, die sich nicht daran halten, entsprechende Sanktionen erfahren würden.

Die Veranstaltung wurde dann damit abgeschlossen, dass auf die nächste Konsensuskonferenz zur Vorsichtung verwiesen wurde, die demnächst unter Leitung von Prof. Sefrin stattfinden wird. Prof. Friemert und PD Dr. Bail versicherten den Veranstaltern die Kooperation der DGU. Sie wiesen darauf hin, dass zum einen die Kliniken, die sich im TraumaNetzwerk der DGU befinden, Schwerverletzte versorgen können müssen, die Voraussetzungen hierfür seien im Weißbuch der DGU festgelegt. Zum anderen thematisierten sie die Versorgung des MANV in den TraumaNetzwerken. Abschließend kündigten sie die Gründung der AG EKTC (Einsatz-, Katastrophen- und taktische Chirurgie) innerhalb der DGU an, in welcher solche Inhalte verankert sein werden.

*PD Dr. Hermann Josef Bail
Prof. Dr. Benedikt Friemert*



PD Dr. Hermann
Josef Bail



Prof. Dr. Benedikt
Friemert leitet die neu
gegründete AG Einsatz-,
Katastrophen- und
taktische Chirurgie der
DGU.

„Mastering Surgical Biology“

Am 4. und 5. Oktober 2013 fanden in Frankfurt am Main die 17. Chirurgischen Forschungstage statt – eine Rückschau.

Die 17. Chirurgischen Forschungstage wurden von Prof. Schmitz-Rixen (Frankfurt) und Prof. Marzi (Frankfurt) organisiert und standen unter dem Motto „Mastering Surgical Biology“. „Mastering Surgical Biology“ betont die Relevanz grundlagenorientierter Forschung für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der chirurgischen Fächer. Die Tagung fand im Foyer und den angrenzenden Räumlichkeiten des traditionsreichen Poelzigbaus auf dem neuen Campus Westend der Goethe-Universität in Frankfurt statt.

Über 200 wissenschaftliche Beiträge aus allen chirurgischen Disziplinen wurden eingereicht, die nach Begutachtung entweder als Vortrag oder als Posterpräsentation akzeptiert werden konnten. Dazu kamen zehn Keynote Lectures, die im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzungen gehalten wurden.

Der Anteil unfallchirurgisch/orthopädisch orientierter Themen betrug circa 20 Prozent und deckte die Bereiche Trauma/Schock, Tissue-Engineering, Regeneration und Stammzellen ab. Diese Beiträ-

ge wurden in insgesamt drei gut besuchten Vortrags- sowie zwei Postersitzungen dem Fachpublikum präsentiert.

Jahrestreffen des Netzwerks Traumaforschung

Auf den diesjährigen Chirurgischen Forschungstagen wurden dem Fachpublikum nicht nur aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse vorgestellt. Im Rahmen der Tagung fand auch das jährliche Treffen des Netzwerks Traumaforschung (NTF) der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) statt, welches bewusst öffentlich gehalten wurde, um Nachwuchswissenschaftlern die Gelegenheit zu geben, sich über das NTF zu informieren. Bei diesem Treffen kommunizierten die Netzwerksprecher Prof. Huber-Lang (Ulm) und PD Stefanie Flohé (Essen) den aktuellen Status der Forschungs Kooperationen sowie den Status der bundesweiten Serum- bzw. Wundflüssigkeitenbank. Dabei wiesen

sie besonders auf die jetzt gestartete finanzielle Förderung beider Biobanken durch die DGU hin. Ein wichtiger Punkt war die Diskussion einer Geschäftsordnung, die Grundlage für die Zuteilung von Proben aus den Biobanken zu einzelnen Forschungsprojekten sein wird. Es wurden die Zuteilungskriterien definiert und verabschiedet sowie ein Reviewboard bestimmt, welches über die Projekte entscheidet. Das gut besuchte Treffen wurde durch Präsentationen aktueller Forschungsergebnisse aus dem NTF komplementiert.

Darüber hinaus präsentierte sich das NTF am Folgetag zusammen mit dem MSB-Net (Muskulo-skeletale Biomechanik), ebenfalls der Sektion Grundlagenforschung der DGOU, den interessierten Kongressteilnehmern. Die Netzwerksprecher Prof. Huber-Lang (NTF) und Prof. Bader (Rostock, MSB-Net) stellten die Zielsetzung und Mitglieder der Netzwerke umfassend vor. Im Anschluss folgten aus jedem Netzwerk zwei Präsentationen, die die Bandbreite und das hohe Niveau der Forschungsgruppen widerspiegeln.

Treffen der DGCH-Wissenschaftsressorts

Bei den 17. Chirurgischen Forschungstagen trafen sich erstmals auch die einzelnen Wissenschaftsressorts der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). In Bezug auf das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie ist die Neugründung des Wissenschaftsressorts Entzündung (Sprecher Prof. Van Griensven, München) besonders interessant. Das Verständnis und die Modulation inflammatorischer Prozesse betrifft letztlich jede chirurgische Disziplin. Das Wissenschaftsressort Entzündung soll dem Rechnung tragen und eine interdisziplinäre fachübergreifende Plattform bilden, die interessierte Forscher und Kliniker zusammenführt und die Entwicklung gemeinsamer Forschungsvorhaben vorantreibt. Das nächste Treffen wird auf dem kommenden Jahreskongress der DGCH in Berlin stattfinden.



Das Gesicht der Chirurgischen Forschungstage 2013:

Frau cand. med. Katrin Karpinski aus der TU München, Klinikum rechts der Isar, hat mit ihrem Beitrag „Identification of osteoporosis-related novel free circulating miRNAs“ den Bretschneider-Preis der SCF gewonnen. Der Preis ist mit 1.000 Euro dotiert.

In ähnlichem Sinne wurde die AG Implantatforschung gegründet mit dem Sprecher Prof. Wilhelmi, Hannover. Letzere Initiative, an der auch Prof. Raschke und Prof. Marzi von der DGU und Prof. Wolfram Mittelmeier von der DGOOC teilnahmen, dient der zukünftigen Studienstruktur der chirurgischen Fachgesellschaften, um aktiv an der Entwicklung neuer Implantate wissenschaftlich beteiligt zu sein.

Bretschneider-Preis und Poster-Preis

In der gut frequentierten Abschlussveranstaltung wurden der Bretschneider-Preis (1.000 Euro) sowie der Poster-Preis (300 Euro) vergeben. Es ist hervorzuheben, dass beide Preise an junge Nachwuchsforscher gingen. Dies unterstreicht

ein weiteres Mal die Relevanz dieser Tagung für die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Gebiet der Chirurgie in Deutschland. Abschließend kündigte der Kongressleitende Prof. Peter Vogt, Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (PHW) an der MHH Hannover, die 18. Chirurgicalen Forschungstage in Hannover vom 9. bis 11. Oktober 2014 an.

Die Organisatoren bedanken sich ausdrücklich bei der DGU und der DGOOC für die finanzielle Unterstützung des Kongresses im Sinne der Nachwuchsförderung!

*PD Dr. Dirk Henrich
Prof. Dr. Ingo Marzi*



PD Dr. Dirk Henrich leitet das unfallchirurgische Forschungslabor am Universitätsklinikum Frankfurt.



Prof. Dr. Ingo Marzi, Leiter des Wissenschaftsausschusses der DGU



ESTES-KONGRESS 2014

Einladung nach Frankfurt am Main

Vom 25. bis zum 27. Mai 2014 findet in Frankfurt am Main der 15th European Congress of Trauma & Emergency Surgery and 2nd World Trauma Congress statt. Frühbucher profitieren von einem Early-Bird-Nachlass.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich lade Sie herzlichst zum 15th European Congress of Trauma & Emergency Surgery and 2nd World Trauma Congress vom 25. bis zum 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main ein. Der Kongress wird von der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und der German Trauma Society (DGU) sowie in Kooperation mit der im Jahr 2012 gegründeten World Coalition for Trauma Care (WCTC) organisiert. Dieses Meeting wird zahlreiche aktuelle Themen in den Bereichen Trauma Care, Orthopedic Trauma, Emergency and Acute Care Surgery, Visceral and Multiple Trauma, Surgical Intensive Care, Disaster and Military Surgery sowie weltweite Aspekte betreffend der Decade of Action on Road Safety der WHO behandeln. Die Sessions werden folgende Themenbereiche abdecken:

- World Trauma Congress/Polytrauma/Neurotrauma
- Emergency Surgery/Acute Care Surgery/Surgical Intensive Care
- Skeletal Trauma/Orthopedic Trauma/Orthopedic Surgery

- Visceral Trauma/Abdominal Trauma/Thoraic Trauma/Vascular Trauma
- Military and Disaster Surgery/Education/Miscellaneous

Pre- & Post-Courses:

- DSTC
- DITAC
- MuSEC
- ETC
- ATLS
- Vascular Trauma

Das detaillierte Vorprogramm ist bereits auf der Kongress-Website verfügbar:

www.ectes2014.org

Verpassen Sie nicht die Möglichkeit, am Summit of Trauma Care 2014 in Frankfurt teilzunehmen!

Herzlichst,

Prof. Dr. Ingo Marzi



Prof. Dr. Ingo Marzi,
Präsident der ECTES
2014 & 2nd WTC

ONLINE-REGISTRIERUNG HAT BEGONNEN

Der frühe Vogel fängt den Wurm – seit Anfang Dezember kann man sich online auf der Kongress-Homepage registrieren:

www.ectes2014.org/ectes-2014/attendance/registration/index.html

Registrieren Sie sich noch vor dem 28. Februar 2014 und profitieren Sie von einer Early Bird Rate.



15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

VSOU-JAHRESTAGUNG 2014

Kongress-Zepter der VSOU erstmals in Frauenhand



Erstmals in der über 60-jährigen Geschichte des VSOU-Kongresses wird dieser von einer Frau ausgerichtet. Unter der Leitung von Kongresspräsidentin Prof. Dr. Andrea Meurer aus Frankfurt/Main findet vom 1. bis 3. Mai 2014 die 62. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen im Baden-Badener Kongresshaus statt.

Der Kongress wendet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die in Praxis, Klinik, Forschung, Industrie und Gesundheitswesen tätig sind. Ganz besonders ansprechen möchte der Kongress die Studierenden, die sich für das Fachgebiet interessieren, und die jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, für die ein erweitertes Kurs- und Weiterbildungsprogramm erstellt wurde. Mit etwa 400 Programmpunkten, informativen Fachvorträgen, Workshops, Seminaren und Podiumsdiskussionen, mit hochkarätigen Referenten und einer großen Industrieausstellung garantiert der Kongress ein hohes Niveau bei der Programmauswahl. Folgende Hauptthemen wurden dafür festgesetzt:

- **Sicherheit:** Implantatsicherheit, Prüfsysteme, Mittel- und langfristige Therapieergebnisse, Registerarbeit, Qualitätsinitiativen EPRD, Endoprothesenzentrum EPZ, Traumanetzwerk, Weißbuch, Weiterbildungsordnung
- **Der ältere Mensch in Orthopädie und Unfallchirurgie:** Konservative versus operative Therapie, Spezielle Anästhesieverfahren, Rehabilitation und Nachsorge
- **Kinderorthopädie und Kindertraumatologie:** Die wachsende Wirbelsäule, kindliche Hüftgelenkerkrankungen, ICP, Syndrome, Frakturversorgung, das schwerverletzte Kind, spezielle Anästhesieverfahren
- **Revisionschirurgie:** Endoprothesenwechsel, Revisionsstrategien, Septische Chirurgie, Anschlussinstabilität, Failed Back

Freie Themen bieten die Möglichkeit, Aktuelles und Interessantes außerhalb der Hauptthemen zu präsentieren und zu diskutieren.

Brigitte Ustrabowski

MEHR INFOS
www.vsou.de

EINE FRAGE AN PROF. DR. ANDREA MEURER



Prof. Dr. Andrea Meurer

Sie sind nach über 60 Jahren die erste Präsidentin einer VSOU-Jahrestagung. War die Wahl einer Frau überfällig?

Prof. Meurer: Der Besuch des Kongresses in Baden-Baden ist für mich seit über 20 Jahren fester Bestandteil meiner Jahresplanung. Hier habe ich meinen ersten Vortrag gehalten, habe zahlreiche Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen knüpfen und mich wissenschaftlich entwickeln dürfen. Es ist mir deshalb eine besondere Ehre, nun die 62. Jahrestagung der VSOU selbst ausrichten zu dürfen. Die erste Frau in der Reihe der Tagungspräsidenten zu sein, erfüllt mich selbstverständlich mit Freude. Es trägt dem Umstand Rechnung, dass wir eine zunehmende Feminisierung der Medizin beobachten dürfen. Bereits heute sind 70 Prozent der Studienbeginner weiblich. Insbesondere die chirurgischen Fächer sind aufgefordert, durch flexiblere Arbeitszeitmodelle den jungen Kolleginnen die Möglichkeit zu geben, berufliches Fortkommen und private Familienplanung miteinander kombinieren zu können. Es ist mir deshalb eine besondere Freude, dass es gelungen ist, herausragende Frauen der Medizin und Wirtschaft zu einer Podiumsdiskussion über „Karriere-Strategien für Frauen“ nach Baden-Baden einladen zu können. Diese wird moderiert von Sabine Rückert, stellvertretende Chefredakteurin der „Zeit“, was die gesellschaftspolitische Bedeutung dieses Themas unterstreicht. (BU)

1/1 Anzeige



Im September tagte die Sektion Orthopädie der UEMS in Budapest.

UEMS

Die konservative Orthopädie in Europa stärken



Am 27. und 28. September 2013 tagte die Sektion Orthopädie der Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) in Budapest. Eine Vielzahl an Themen stand auf der Agenda; einzelne Bereiche seien hier hervorgehoben.

Die Tendenzen immer neuer Gesellschaften oder Gruppierungen, eine Verankerung in der Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) zu finden, führen zu immer ungewöhnlicheren Anträgen. So bemüht sich eine Interessengemeinschaft „Wound Healing“, ein Multiple Joint Committee zu gründen.

CSMA (Council for European Specialist Medical Assessment) wird die Grundlagen für das Europäische Examen überarbeiten. So sollen neue Regeln für die MC-Fragen und Grundsätze für das mündliche Examen erstellt werden. Des Weiteren wird der Ansatz verfolgt, die Fragen auch in andere Sprachen zu übersetzen und auch das mündliche Examen in der Heimatsprache abzuhalten. Zudem

soll ein Fokus auf das „in-training-assessment“ gelegt werden. Um die hierzu nötigen Testverfahren zu entwickeln, wird im Rahmen der UEMS ein sektionsübergreifendes Committee zum Thema Clinical Skills Center gegründet. In einer Präsentation wurden zudem aktuelle Methoden zur Überprüfung der klinischen Fähigkeiten dargestellt und bewertet. Insgesamt sind diese aktuell nicht ausreichend fachspezifisch ausgebildet und bedürfen weiterer Verfeinerung.

Europäisches Curriculum soll erarbeitet werden

Ein weiterer wichtige Punkt ist der Wille, ein europäisches Curriculum im Sinne einer Weiterbildungsleitlinie zu entwi-

ckeln. Dieses soll die wesentlichen Inhalte des Faches abbilden und damit auch die letztlich prüfungsrelevanten Inhalte darstellen. Eine zeitliche Schiene der gesamten Entwicklung ist derzeit nicht absehbar. Insgesamt soll durch Evaluation und Weiterentwicklung das europäische Examen weiterentwickelt werden. Zur Wahl des Präsidenten der Orthopädischen Sektion wurden auch Überlegungen zur grundsätzlichen Struktur angestellt. Bislang wurde lediglich ein Präsident gewählt, der vom Sekretär unterstützt wird. Angesichts der Vielzahl der Verpflichtungen und der zahlreichen Schriftwechsel soll die Arbeit des Präsidenten künftig durch einen Vizepräsidenten entlastet werden. Zugleich ist damit vorstellbar, dass der mit den Amts-

Aus unserem Fach

geschäften ohnehin vertraute Vizepräsident ohne Einarbeitungszeit und Probleme des Überganges das Präsidentenamt übernimmt.

Als Nachfolger für John Albert (UK) wurde Paulo Felicissimo (Portugal) konsentiert. Die Wahl soll anlässlich der nächsten Tagung der Sektion Orthopädie UEMS im April 2014 durchgeführt werden. Dann gilt es auch zu überlegen, ob bereits unmittelbar ein Vizepräsident gewählt werden soll oder mit zeitlichem Versatz.

Defizite der konservativen Orthopädie in Europa

In vorangehenden Treffen wurde das Thema Osteoporosetherapie als ergänzender Aufgabenbereich zur operativen Therapie identifiziert. Als Gastreferentin stellte Frau Prof. Moira O'Brien, Präsidentin der irischen Osteoporosegesellschaft, die volkswirtschaftliche Bedeutung und Notwendigkeit der konservativen Therapie heraus. Damit entspann sich eine schwierige Diskussion bei den ganz überwiegend operativ tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen der Sektion. Dies zeigt auch die großen Defizite der konservativen Orthopädie in Europa, so dass es noch großer Überzeugungsarbeit bedarf, bis Anteile der konservativen Behandlung umgesetzt werden. In ähnlicher Weise trifft dies auch für orthopädische und unfallchirurgische Operationen bei den zunehmend älteren

Patienten mit gravierenden internistischen Begleiterkrankungen zu. In der Gesamtdiskussion wurden dann Modelle favorisiert, die Allgemeinärzte fester an operative Kliniken anbinden.

Gerade diese Diskussion zeigt, wie gut und wichtig die konservative Orthopädie ist, um den Patienten nicht nur operativ zu versorgen, sondern auch Alternativen und adäquate Nach- und Weiterbehandlungen sicherzustellen. Das große Defizit einer fehlenden, adäquaten Nachbehandlung zeigt sich in allen europäischen Staaten durch die kürzeren postoperativen Liegezeiten, bei denen ohne weitergehende Nachbehandlung nicht einmal die Mobilisierung des Patienten gesichert ist.

O&U in Ungarn

Die gastgebenden ungarischen Kollegen berichteten über die aktuelle Situation des Faches O&U und ihrem Land. Die Zusammenlegung erfolgte vor sieben Jahren, und noch immer gebe es einige Probleme. Dies zeige sich insbesondere, wie in vielen anderen Ländern auch, bei der Zusammenführung der konservativen und operativen Inhalte der Weiterbildung. Einige der Weiterbildungsinhalte wurden zum Nachteil der Assistenten in kostenpflichtige Kurse ausgelagert, ohne dass die Weiterbildungsstätte oder andere Organisationen vollständig dafür aufkommen. Dies wurde insbesondere von den Vertretern der Weiterbildungsas-

sistenten kritisiert. Ein weiteres großes Problem sei der Verlust an Ärzten durch Migration, insbesondere nach Deutschland.

*Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka
Carsten Mohrhardt
Dr. Dietrich Bornemann*



Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität Regensburg im Asklepios Klinikum Bad Abbach



Carsten Mohrhardt, Junges Forum der DGOU



Dr. Dietrich Bornemann, niedergelassen in Berlin

1/1 Anzeige

Zur periradikulären Therapie

In der Oktober-Ausgabe der OUMN veröffentlichten wir einen Beitrag über die strahlungsfreie periradikuläre Therapie. Dazu erreichte uns ein Leserbrief von PD Dr. Christof Birkenmaier. Diesen und eine Antwort der AG Schmerztherapie in der Orthopädie und Unfallchirurgie veröffentlichen wir an dieser Stelle.



Der Beitrag „PRT sichern – orthopädische Schmerztherapie ausbauen“ erschien in der Oktober-Ausgabe der „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“, Seite 537 ff.

Darauf antwortet die AG Schmerztherapie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Zu dem im Leserbrief von Herrn PD Dr. Christof Birkenmaier angemerkten Bedenken möchten wir wie folgt Stellung nehmen: Herr Kollege Birkenmaier verfügt sicherlich aufgrund seiner Habilitationsschrift zum Thema minimalinvasiver Schmerztherapien an der Lendenwirbelsäule über ein umfangreiches Wissen zur Literatur bezüglich der PRT. Leider ist allein dieser Begriff – PRT – schon nicht eindeutig definiert, da in der Literatur epidurale Injektionen interlaminär mit interforaminären Injektionen mit und ohne Bildgebung verglichen werden.

Das Dilemma der Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien wird immer wieder in Metaanalysen beklagt, was dazu führt, dass zum guten Schluss Studien

Der oben angegebene Artikel in der aktuellen Ausgabe ist bedauerlicherweise in mehrerer Hinsicht irreführend und unvollständig recherchiert. Daher möchte ich in Form eines kurzen Leserbriefes Folgendes als Ergänzung zu bedenken geben:

- Die PRT-Methode nach Krämer ist zwar im deutschsprachigen Raum weit verbreitet (unter anderem auch durch die IGOST), jedoch nicht durch adäquate wissenschaftliche Arbeiten/Publikationen ausreichend validiert.
- Die PRT in einem Computertomografen ist – was publizierte Studien angeht – ebenfalls nicht der „Goldstandard“ für Nervenwurzelblockaden bzw. periradikuläre Therapien.
- Dieses sind die Fluoroskopie-gestützten und durch Kontrastmittel kontrollierten transforaminalen und interlaminären Injektionstechniken, welche international betrachtet und

auf Basis der verfügbaren Literatur sowohl die wissenschaftlich am besten untersuchten als auch am häufigsten angewendeten Methoden darstellen.

- Da je nach Studie zwischen 5 und 19 Prozent aller Injektionsnadeln trotz negativen Aspirationstests primär intravaskulär liegen, ist die Kontrastmittelkontrolle eine wichtige Maßnahme zur Komplikationsvermeidung. Bei diagnostischen Injektionen ist sie unverzichtbar.

Dementsprechend gehen die aktuellen Bestrebungen zur „Sicherung der PRT“ einen aus objektiv wissenschaftlicher Sicht nicht begründbaren und vor allem durch Interessensgruppen bestimmten nationalen Sonderweg, der nicht dem Wohl der Patienten dient.

Mit freundlichen Grüßen,
Ihr Christof Birkenmaier

mit Fallzahlen von 20 bis 40 Patienten zu zwei verschiedenen klinischen Schmerzkomplexen als die besten zur Verfügung stehenden Studien analysiert werden. Dies dann als Goldstandard zu definieren, erscheint mir fragwürdig.

Das Thema Injektionstherapie bei Rückenschmerzen spielt bekanntermaßen im europäischen und internationalen Bereich im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum in der Orthopädie und Unfallchirurgie eine eher untergeordnete Rolle, da in den nicht deutschsprachigen Gebieten dieses Thema bisher in den letzten 30 Jahren in anderen Fachgruppen subsummiert war. Hier von einem „vor allem durch Interessensgruppen bestimmten nationalen Sonderweg, der

nicht dem Wohl der Patienten dient“ zu sprechen, ist eine bedenkliche Behauptung, die die letzten 30 Jahre ausblendet, da in diesen Jahren die Verfahren nicht so erfolglos angewendet wurden, wie in dem Leserbrief suggeriert wird.

Vergleichende randomisierte prospektive Studien zur PRT mit und ohne Anwendung ionisierender Strahlen (nach anatomischen Landmarks) liegen unseres Wissens nicht vor. Hierin liegt eines der großen Probleme in der Diskussion um die beste Injektionstherapieform, da kein Verfahren für sich in Anspruch nehmen kann, das bessere zu sein, da sie nicht direkt miteinander verglichen wurden. Der Begriff „Goldstandard“ als beste Therapieform sollte vermieden werden, solange er

nicht wirklich als solcher nachgewiesen ist. Im Übrigen ist der Begriff Goldstandard ein **Schlagwort**: Es wird sowohl zur Bezeichnung von **Verfahren** verwendet, die bislang unübertroffen sind. Es bezeichnet aber auch neue Verfahren, die nach Meinung ihrer **Protagonisten** zum Standard werden sollen, oder auch solche alten Verfahren, für deren Beibehaltung angesichts anderer oder neuerer Methoden plädiert wird. Meist handelt es sich also entweder um Verfahren, die bereits seit längerer Zeit an vielen Orten angewandt werden, oder um solche, die angewendet werden sollen (siehe Wikipedia).

Daneben wird bei den ionisierenden bildgebenden Verfahren grundsätzlich nicht auf die Strahlenbelastung des Patienten eingegangen. Übrigens ist auch der Therapeut bei der Fluoroskopie stets einer Streustrahlung ausgesetzt, die in Summe über die Jahre bei Forderung ei-

ner Durchführung aller PRT-Injektionen mittels Fluoroskopie bedeutend ist.

Zur Bemerkung der Kontrastmittelgabe bei der PRT ist anzumerken, dass diese in erster Linie dazu dient, den austretenden Nerv direkt oder indirekt bei der diagnostischen Nervenwurzelblockade darzustellen, um eine Sicherheit zu haben, dass bei Gabe von nur 1 ml Lokalanästhetikum die Nadelspitze auch wirklich unmittelbar in Nervennähe liegt. Für diesen kleinen Anwendungsbereich besteht unseres Erachtens die Notwendigkeit der Kontrastmittelgabe.

Die Zahl der Komplikationen bei der PRT durch intravasale Applikation des Injektats liegt nicht bei 5 bis 19 Prozent, sondern deutlich niedriger. Auch wenn nach Studienlage die primäre Lage der Injektionsnadel intravasal ist, bleibt nachzuweisen, ob in praxi auch tatsächlich ein

Nutzen für den Patienten besteht, bei jeder PRT ein Kontrastmittel zu geben. Die Häufigkeit der Kontrastmittelallergie liegt ebenfalls bereits bei 4 bis 5 Prozent. Es bestehen eben auch eine Reihe von weiteren Kontraindikationen für die Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln.

Die Forderung nach strahlenfreier Durchführung der PRT dient also ganz im Gegensatz zur Bemerkung des Kollegen Birkenmaier eben gerade dem Wohle des Patienten.

*PD Dr. Jörn Ludwig,
Vizepräsident der IGOST*

*Gleichfalls im Namen von Dr. Stefan Heidl,
Dr. Christian Baumgart und Dr. Cordelia Schott*

*AG Schmerztherapie in der Orthopädie
und Unfallchirurgie*



Ein Organisationsversagen ist erheblich schwieriger nachzuweisen als ein persönlicher Fehler.

KOMMENTAR

Was lernen wir aus dem Bielefelder Urteil?

Im Oktober vergangenen Jahres verurteilte das Landgericht Bielefeld einen angehenden Arzt wegen fahrlässiger Tötung. Während seines Praktischen Jahres hatte er einem Säugling versehentlich ein Antibiotikum über einen intravenösen Zugang statt über eine Ernährungssonde verabreicht. Das Baby starb. Im August bestätigte ein Berufungsgericht dieses Urteil. Zum ersten Mal wird damit ein Mediziner strafrechtlich für einen Fehler belangt, der ihm während seiner Ausbildung unterlaufen ist. Marburger Bund, die Universität und die Presse äußerten sich zwischenzeitlich sehr unterschiedlich zu diesem Urteil.

Was lehrt uns dieser sehr bedauerliche Zwischenfall? „Fehler erkennen – Fehler vermeiden!“

Zunächst: Hätte das einem anderen PJ-Studenten auch passieren können? Lag nicht doch auch ein Organisationsverschulden vor? Bestanden nicht deutliche Sicherheitslücken, durch die auch eine anderer „hindurchgeschlüpft“ wäre? Ein Organisationsversagen ist allerdings erheblich schwieriger nachzuweisen als ein persönlicher Fehler.

J. Reason hat für die „grobe“ Beantwortung der Frage, ob ein unerwünschtes Ereignis denn auf individuelles Fehlverhalten oder auf Systemversagen zurückzuführen ist, den „Incidence Decision

Tree“ entwickelt. Demnach wäre unter anderem zu fragen, ob das tödliche Versehen einem anderen Studierenden mit gleichem Ausbildungsstand ebenso hätte unterlaufen können (so genannter Substitutionstest)? Mann kann diese Frage in diesem Fall mit „Ja“ beantworten, insbesondere da alle Beteiligten beteuerten, dass der Angeklagte gut eingearbeitet gewesen sei, sich als sorgfältiger und engagierter PJ-Studierender gezeigt habe und zudem ausgebildeter Rettungsanitäter war.

Worin könnte ein Mitverschulden der Organisation gesehen werden?

■ In der Tatsache, dass Spritzen verwendet wurden, die für **alle** Verwen-

dungszwecke geeignet sind! Konkret: Spritzen, die auch mit einer Infusionsleitung, einer Sonde, einer Drainage etc. konnektierbar sind! Es gibt Konnektoren, in die Luer-Ansätze nicht passen, Spritzen, die nicht mit einem Luer-System zu verbinden sind. Versuchen Sie einmal, eine normale Spritze mit einer Magensonde – kleine Charrière-Größe einerseits, Luer-Konnektor eines intravenösen Zuganges andererseits – zu verbinden. Geht das? Dann haben Sie ein Problem!

a) Die Spitze war weder beschriftet noch farblich – oral versus intravenös – gekennzeichnet. Dafür gibt es aktuelle Handlungsempfehlungen

(zum Beispiel im Quick Alert 23 der Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit), um die Verwechslung von Medikamenten wie auch die Verwechslung der Applikationswege zu vermeiden. Beides wurde in dem konkreten Fall nicht angewendet.

- b) Zudem steht – hypothetisch, da in diesem Fall nicht bekannt – zu vermuten, dass Risikomanagement und Patientensicherheit im Ausbildungscurriculum des Krankenhauses für PJ-Studenten nicht ausreichend strukturiert thematisiert wurde.
- c) Ein Organisationsverschulden des Krankenhauses, da es Medizinprodukte zuließ, die eine derartige Verwechslung erleichtern. Konkret bedeutet das: Das Krankenhaus muss Sorge dafür tragen, dass Spritzen für eine enterale bzw. intravenöse Gabe nur auf die jeweiligen Konnektoren passen, das heißt nicht Luer-kompatible Systeme. Schon am Tag nach dem Tod des Säuglings konnte das Krankenhaus sein Spritzensystem umstellen – ein eindeutiger Hinweis auf das Organisationsversagen. Davon abgesehen muss die Organisation dafür Sorge tragen, dass ihre Mitarbeiter unter Bedingungen arbeiten, unter denen sie möglichst wenig Fehler machen. Die WHO fordert seit 2007 Lösungen für diese Fehlkonnektionen (Patient Safety Solution No 7).
- d) Versäumnisse auf der Makroebene: Die von der seit 2011 bestehenden internationalen Arbeitsgruppe „Small-Bore Connectors and tubing misconnections“ der AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation) und weiteren Organisationen vorgeschlagene Standardisierung der Konnektoren von Spritzen zu enteralen, intravenösen, harnableitenden, Sauerstoff-zuführenden Schlauchsystemen wurde bislang von den Produktherstellern größtenteils umgesetzt, jedoch wartet man noch auf eine international konsertierte. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Meldungen von schweren Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten registriert und entscheidet, ob die Meldung geeignet

ist, entsprechende Maßnahmen beim Produkthersteller und/oder Anwender zu veranlassen, liegen zu dieser Thematik der fehlenden Sicherheit von Verbindungsstücken und Spritzen für die Applikation von Gasen, Medikamenten etc. keine Meldungen vor. So findet sich auf der Website des BfArM lediglich folgender Hinweis: Kundeninfo, 9.11.2012 Chargenrückruf für BD Oralspritzen, Becton Dickinson: Die Firma Becton Dickinson informiert über den Rückruf einiger Chargen der BD Oralspritzen, weil der Luer-Ansatz einiger Spritzen möglicherweise unbeabsichtigt an ein anderes Produkt mit kompatibelem Ansatz, zum Beispiel einen I.V.-Katheter, angeschlossen werden kann.“ Weitere Hinweise finden sich nicht. Wurden entsprechende Vorkommnisse vielleicht auch nicht gemeldet?

Insofern sollte das Bielefelder Urteil zum Anlass genommen werden, um

- den Nomierungsprozess zu beschleunigen.
- die strukturierte Ausbildung der PJ-Studierenden zu den Themen Risikomanagement und Patientensicherheit sowohl im Ausbildungscurriculum als auch am jeweiligen Tätigkeitsort zu aktualisieren bzw. – wenn nicht vorhanden – zu implementieren. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat dazu einen nationalen Lernzielkatalog für alle Berufsgruppen insbesondere in der Aus- und Weiterbildung erarbeitet. Die Umsetzung bzw. Anwendung sollte bald erfolgen – siehe auch die Diskussion um den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin und Zahnmedizin, in dem die Themen Risikomanagement, Sicherheitskultur und Qualitätssicherung ebenfalls abgebildet wurden.

- in den Kliniken für eine Sicherheitskultur zu sorgen, in der Nachfragen, Sich-Vergewissern die Regel und erwünscht sind und eine sicherheitsbezogene Kommunikation und ihre Regeln Standard sind (so hätte in einem so genannten Repeat-Back der PJ-Studierende wiederholt, was er verstanden hat, nachdem er den Auftrag für die Blutabnahme bei dem Säugling erhielt). Hier ist auch die Ärzteschaft gefragt! Wenn PJ-Studierende bei den sie betreuenden ärztlichen Kolleginnen und Kollegen lernen, dass diese wiederum nicht alles tun, was man ihnen sagt und dass (Hinter-)Fragen erlaubt und erwünscht ist, wäre viel erreicht.
- allen Kliniken zu empfehlen, ihre Handlungsempfehlungen und Schulungen zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zu aktualisieren und speziell auch diese Fehlerquelle der Fehlkonnektionen über Luer-Verbindungen zu berücksichtigen.

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Dr. Barbara Hoffmann



Prof. Dr. Hartmut Siebert, DGOU/DGU-Generalsekretär und Stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit



Dr. Barbara Hoffmann, MPH, Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Abteilung 2 – Fortbildung/Qualitätssicherung, Ärztekammer Berlin

LITERATUR:

1. Simmons, D., Symes, L., Guenter, P., Graves, K. Tubing Misconnections: Normalization of Deviance. Nutrition in Clinical Practice. <http://ncp.sagepub.com/content/26/3/286.full.pdf+html>. Published June 2011.
2. Simmons, D., Phillips, M., Grissinger, M., Becker, S. Error-Avoidance Recommendations for Tubing Misconnections When Using Luer-Tip Connectors: A Statement by the USP Safe Medication Use Expert Committee. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. www.aami.org/hottopics/connectors/TJC/S6-JQPS-05-08-simmons.pdf. Published May 2008.
3. www.aami.org/hottopics/connectors/Stay_Connected_10152013.pdf



Auf dem Podium bei der Pressekonferenz (v. re. n. li.): Manfred Beeres, Pressesprecher BVMed, Volker Kauder, MdB, Prof. Dr. Carsten Perka, Charité Berlin, Prof. Michael M. Morlock, Zentrum Biomechanik an der TU Harburg, und Marc D. Michel, Sprecher des BVMed-Fachbereichs Endoprothetik / Implantate (FBEI)

AE-KONGRESS

Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2013

Am 26. September 2013 fand im Köln eine gemeinsame Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik und des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) statt. Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung lag bei Prof. Carsten Perka (Berlin), Prof. Michael M. Morlock (Hamburg), Prof. Rudolf Ascherl (Chemnitz), Dipl.-Kfm. Marc D. Michel (Weisendorf) und Heinrich Wecker (Lauf).

Die Hüftendoprothetik stellt die Operation des Jahrhunderts dar. Trotz der sehr guten Behandlungsergebnisse ist die aktuelle Berichterstattung sehr kritisch: Prothesenbrüche, Probleme mit Kopfkonusverbindungen und Metallabrieb bei Metallgroßkopfprothesen. In einem gemeinsamen Kongressformat von Operateuren, Vertretern der Implantatindustrie, Grundlagenwissenschaftlern und Juristen wurden der aktuelle Behandlungsstandard und die Probleme von den unterschiedlichen Seiten dargestellt und interdisziplinär diskutiert.

Den ersten Sitzungsblock „Vorkommisse in der Endoprothetik: Mythen und Fakten“ leiteten Prof. Perka und Prof. Wirtz. Im ersten Vortragsblock stellte Prof. Rudolf Ascherl die Effekte bei Einführung neuer Implantate in Bezug auf die Revi-

sionswahrscheinlichkeit vor: Bei der Einführung einer neuen Hüftprothese sind nach Peltola und Mitarbeitern zunächst erhöhte Revisionsraten zu erwarten. Diese nehmen mit zunehmender Vertrautheit mit dem Implantat ab, steigen in der weiteren Nutzung jedoch wieder leicht an. Unter dem Thema „Führerschein für Endoprothesen“ gab er einen Einblick in den rechtlichen Rahmen für den erstmaligen Einsatz von Medizinprodukten. An Beispielen für Endoprothesen, aber auch Medizinprodukten, die für besondere Operationsschritte benötigt werden, gab er Einblick in die unterschiedlichen Schulungskonzepte. Aus seiner Sicht ist es vor der erstmaligen Benutzung erforderlich, sich mit Fakten des Medizinproduktes, dem vom Hersteller geplanten technischen Ablauf als auch mit der konkreten Handhabung vertraut zu machen. Die

rechtlichen Rahmenbedingungen sind im Medizinproduktgesetz klar geregelt. Nach seiner Auffassung werden diese Vorgaben aber nicht konsequent umgesetzt. Als positives Beispiel für eine sinnvolle Umsetzung nannte er die Geräteeinweisung im Bereich der Anästhesie.

Meldebewusstsein mangelhaft

Prof. Mittelmeier sensibilisierte die Teilnehmer für die unterschiedlichen Arten einer Patientenschädigung, die zu einem meldepflichtigen Vorkommnis im Zusammenhang mit Medizinprodukten führen: erneute Operationen oder eine verlängerte Operationszeit, Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen, erneute stationäre Behandlungen oder auch Verlängerung der bestehenden stationären Behandlung. Er wies auf das fehlende

Bewusstsein der Operateure zur Meldung hin und wies auf die Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hin. Er sprach auch die Problematik der weitergehenden Untersuchung des Medizinproduktes im Falle eines Vorkommnisses an: Dies wird in der Regel durch den Hersteller und nicht von einer unabhängigen Stelle vorgenommen. Die Prüfergebnisse werden von den betroffenen Patienten entsprechend kritisch zur Kenntnis genommen.

PD Stephan Tohtz zeigte den Ablauf einer sinnvollen Dokumentation und die Verwahrung der Implantate bei einem möglichen Versagen auf. Für die Meldung hat der Operateur 30 Tage Zeit. Neben Gelenkendoprothesen sprach er auch die Problematik von Implantatversagen bei Osteosynthesen an. In diesem Bereich ist die Meldebereitschaft noch geringer ausgeprägt. Er wies eindrücklich darauf hin, dass das Verwerfen des Implantates nicht mehr zulässig ist: Das Implantat ist grundsätzlich Patienteneigentum. Der Patient ist über die verschiedenen Möglichkeiten schriftlich zu informieren. Vor einer Übergabe des Explantates sind natürlich hygienische Aspekte zu berücksichtigen.

Aufarbeitung der Explantate

Prof. Morlock gab einen Einblick in die Aufarbeitung der Explantate und stellte die möglichen Konsequenzen dar: Aus biomechanischer Sicht wird zuerst die Übereinstimmung des Implantates mit den Spezifikationen überprüft. Sofern hier keine Auffälligkeit gefunden wird, geht man in der Regel nicht von einer Implantatfehlfunktion aus. An einem konkreten Beispiel einer schadhafte Konusverbindung zeigte er die Problematik der präklinischen Testung von Implantaten auf: In einer großen Serie von Implantatversagern an einer Klinik sind unterschiedliche Schadensmuster am Konus

aufgetreten, ohne dass der Schadensmechanismus im Labor nachvollzogen werden kann. Die präklinische Prüfung von Implantaten kann entsprechende Versagensfälle daher nicht mit Sicherheit ausschließen.

Dr. Heinz stellte die Meldeergebnisse und die Differenzierung nach Schadensart durch das BfArM dar. Insgesamt ist eine leichte Steigerung der Meldungen zu verzeichnen. Er bestätigte, dass die Behörde von der Konzeption und der Ausstattung keine Aufarbeitung der Implantate durchführen kann.

Votum für abwägende Behandlungsempfehlung

In dem anschließenden Round Table unter Beteiligung von Prof. Volker Ewerbeck, Dr. H. Hölzer, Dr. B. Heinz, Prof. Morlock und Prof. Perka ging es um die Vermittlung der tatsächlichen Möglichkeiten moderner Endoprothetik. Prof. Ewerbeck stimulierte die Diskussion an einem aktuellen Fall. Er zeigte Bilder einer Frau mit beidseitiger hoher Hüftluxation und sekundärer fortgeschrittener Koxarthrose. Die Patientin hatte bei einer Vorstellung die Auskunft erhalten, dass die operative Versorgung problemlos möglich sei. Er votierte für eine stärker abwägende Behandlungsempfehlung, bei der auch mögliche Probleme in der Versorgung diskutiert werden und das erreichbare Ergebnis möglichst realistisch mit der Patientin diskutiert wird. Der Einfluss von ärztlicher Konkurrenz und steigenden ökonomischen Zwängen sowie den gestiegenen Patientenerwartungen wurde lebhaft diskutiert.

Im zweiten Block unter Leitung von Prof. R. Ascherl und Prof. M. Morlock ging es um die korrekte Handhabung von Materialien. Im ersten Vortrag stellte Dr. H. Hölzer sehr lebendig die normalen psychologischen Abwehrmechanismen

nach Eintreten einer unerwünschten Behandlungsfolge und/oder eines Behandlungsfehlers dar. Er riet dabei zu einem offenen und transparenten Umgang mit dem Patienten.

In den folgenden Vorträgen wurde von Dr. Ing. R. Preuß der korrekte Umgang mit Keramik, von PD J.P. Ketzler mit Metall-Metall Gleitpaarungen, von Prof. G. Matziolis mit Polyäthylen und von Prof. R. Forst mit modularen Prothesen dargestellt.

Unerwünschte Behandlungsfolgen

Der abschließende Round Table unter Beteiligung von Prof. R. Ascherl, Dipl.-Ing. W. Blömer, Prof. G. N. Duda, Dr. H. Hölzer und Prof. C. Perka diskutierte Fälle mit unerwünschten Behandlungsfolgen. Dabei ging es um die Vermeidbarkeit der unerwünschten Behandlungsfolgen, die angemessene Patientenaufklärung und die rechtliche Einschätzung des Verlaufes.

Der zweite Kongresstag wurde eben durch eine Keynote von Prof. Morlock eröffnet, als der Veranstaltungsraum wegen eines Brandes im Hotel geräumt werden musste. In beeindruckender Weise räumte die Feuerwehr Köln die betroffenen Hotelbereiche. Die Veranstaltung musste an dieser Stelle abgebrochen werden. Die ausgefallenen Themen werden im Rahmen kommender AE Veranstaltungen wieder aufgegriffen.

PD Dr. Stephan Kirschner



PD Dr. Stephan Kirschner, Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Dresden

Gelungene Reform oder bürokratischer Overkill?

Im Jahr 2011 haben die Krankenhäuser 1,5 Milliarden Euro zu viel bei den Krankenkassen abgerechnet. Die Bundesregierung hat deshalb im August dieses Jahres beschlossen, die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus zu reformieren. Damit sollen Konflikte zwischen Krankenhäusern und Kassen vermieden werden.



Das Thema Krankenhausabrechnung beschäftigt Krankenhäuser und Krankenkassen seit der DRG-Einführung in hohem Ausmaß und bindet bei den Vertragspartnern erhebliche Kapazitäten. Nach einem aktuellen Papier des GKV-Spitzenverbandes haben die Krankenhäuser im Jahr 2011 knapp 1,5 Milliarden Euro an die Kassen zurückzahlen müssen. Der Bundesrechnungshof wies 2010 in einem Gutachten auf Probleme mit fehlerhaften Abrechnungen hin. Er forderte das Bundesgesundheitsministerium auf, einfachere Prüfregeln zu entwickeln, Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu schaffen und effektive Prüfverfahren zu etablieren. Damit ließen sich Fehler reduzieren und bürokratischer Aufwand verringern, so der Rechnungshof.

Verbindliche Standards für das Prüfverfahren entwickeln

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung im August 2013 beschlossen,

die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus zu reformieren. Ziel der Neuregelungen ist es, Konflikte zwischen Kassen und Kliniken zu verhindern beziehungsweise sie schneller zu lösen. So sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam verbindliche Standards für das gesamte Prüfverfahren entwickeln. Ein neu zu etablierender Schlichtungsausschuss auf Bundesebene soll zusätzlich Regelungen erarbeiten, die die Interpretationsspielräume bei grundsätzlichen Kodier- und Abrechnungsfragen einschränken. Weiterhin sollen neu zu schaffende Schlichtungsausschüsse auf Landesebene bei Streitigkeiten über das Ergebnis einer Abrechnungsprüfung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vermitteln und dadurch Sozialgerichte entlasten.

Um der Regelung Nachdruck zu verleihen, können Sozialgerichte seit dem 1. August 2013 Gerichtsverfahren ablehnen, wenn nicht vorher eine Schlich-

tung versucht worden ist. In der Praxis wird diese Regelung derzeit noch nicht besonders oft umgesetzt, weil bisher in keinem Bundesland ein entsprechender Ausschuss gegründet worden ist. Allerdings haben einige Krankenhäuser in erheblichem Umfang strittig gebliebene Altfälle vor dem 1. August beklagt, damit der Rechtsweg nicht erschwert wird. Damit war zumindest die sofortige Wirkung des Gesetzesvorschlags kontraproduktiv – man fühlte sich an die Einführung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung erinnert. Kurz vor Beginn der Gültigkeit hatte es einen starken Anstieg bei Niederlassungen gegeben – und genau das sollte ja nicht stattfinden.

Erhebliche Umsetzungsprobleme

Bereits während des Gesetzgebungsverfahrens sah der Bundesrat erhebliche Umsetzungsprobleme unter anderem wegen der zu erwartenden Menge an strittigen Fällen. Aufgrund der neuen Regelung entstehe zudem eine Rechtslücke, heißt es in seiner Entschließung vom Juli 2013. Denn mit dem Inkrafttreten des Gesetzes können Sozialgerichte Fälle mit einem Streitwert unterhalb von 2.000 Euro ablehnen. Diese müssen nach dem Gesetz zuerst in den Schlichtungsausschuss. Da aber laut Bundesrat keines der Länder über eine solche Instanz verfügt, stehen die Fälle mangels einer Übergangslösung ab 1. August im rechtlichen Vakuum. Die Regelung sei deshalb unpraktikabel und sollte überprüft werden, so die Länderkammer.

Den gleichen Tenor hat ein Brief des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an den amtierenden Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Darin bitten sie, das Schlichtungs-

verfahren bis Juli 2014 auszusetzen, damit die Selbstverwaltung in den Ländern Zeit bekäme, sinnvoll strukturierte Ausschüsse zu bilden. Die Krankenkassen und Krankenhäuser vor Ort werden noch deutlicher. So schreiben Vertragspartner aus Rheinland-Pfalz an Sozialminister Alexander Schweitzer, dass die Umsetzung der Neuregelung in der Praxis große Schwierigkeiten bereite. Ein Problem ist dem Schreiben zufolge die personelle Besetzung der Ausschüsse. Nach Berechnungen der Selbstverwaltung werden allein in Rheinland-Pfalz bis zu 60 Mitarbeiter benötigt. Mit weniger Personal seien die zu erwartenden Fälle nicht zu bewältigen. Außerdem sind aus Sicht der Kassen und Krankenhäuser die Fragen der Finanzierung und des Datenschutzes noch nicht geklärt. Inzwischen gibt es aus drei weiteren Bundesländern ähnliche Schreiben – ein Indiz dafür, dass weder Krankenhaus- noch Kassenvertreter die Gesetzesnovelle für gelungen halten. Weitere Bundesländer erwägen ähnliche Schritte.

Gesundheitspolitische Überlegungen

Neben den juristischen und eher operativen Fragen dürfen aber gesundheitspolitische Überlegungen über den konkreten Gesetzestext hinaus nicht unbeachtet bleiben. In der Vergangenheit wurden in zahlreichen Bundesländern die Rechnungen bei strittigen Krankenfällen durch die Kassen auf Basis von MDK-Gutachten nur in Höhe des unstrittigen Betrags an die Krankenhäuser überwiesen. Die Krankenhäuser hatten dann mehrere Handlungsalternativen:

- Akzeptieren des gekürzten Rechnungsbetrags
- Verhandlungen mit den Kassen – in der Praxis oft über Paketlösungen zu größeren Fallmengen
- Klage beim Sozialgericht

Im Ergebnis bestand sowohl bei den Kassen als auch bei den Krankenhäusern ein gewisses Interesse, zu einer Einigung über strittige Fälle zu kommen. Der Weg zu den Sozialgerichtsverfahren wurde im Verhältnis zum gesamten Fallaufkommen letztlich eher selten beschränkt. Ein sehr grobes Fallgerüst auf Bundesebene für die GKV berechnet sieht wie folgt aus:

Von 18 Millionen Krankenhausfällen prüft der MDK circa 10 Prozent. Von diesen circa 1,8 Millionen Fällen schlägt der MDK in 40 bis 50 Prozent der Fälle eine Kürzung vor. Daraus resultieren derzeit rund 800.000 strittige Abrechnungsfälle pro Jahr und ungefähr 7.000 Sozialgerichtsverfahren, die an über 220 Sozialgerichten verhandelt werden. Die eher geringe Anzahl an Sozialgerichtsverfahren beruht darauf, dass Krankenhäuser und Kassen den aufwendigen Gang zum Sozialgericht in der Regel vermeiden wollen, der Rechtsweg aber natürlich problemlos eingeschlagen werden kann. Insgesamt führt dies in der Praxis offenbar zu einer ausgeprägten Kompromissbereitschaft.

Schlichtungsentscheidungen werden mehrere Jahre dauern

Durch die Gesetzesänderung können Sozialgerichte Klagen abweisen, sofern kein Schlichtungsergebnis vorliegt. Das Gesetz betont ausdrücklich, dass Klagen vor dem Sozialgericht keine aufschiebende Wirkung für die Umsetzung des Schlichtungsergebnisses haben. Da zukünftig alle strittigen Fälle unter 2.000 Euro Streitwert vor einem möglichen Gerichtsverfahren geschlichtet werden müssen – Fälle über 2.000 Euro können aber auch vor den Schlichtungsausschuss gebracht werden – stehen perspektivisch 16 Landesschlichtungsausschüsse den bis zu 800.000 Streitfällen gegenüber. Wird nur ein Bruchteil dieser Fälle zunächst geschlichtet, werden die Schlichtungsentscheidungen schnell mehrere Jahre dauern. Ob der Schlichterspruch von den Beteiligten akzeptiert wird, ist darüber hinaus ungewiss. Somit kann durch die Einführung dieser Regelung auch nicht eine Entlastung der Sozialgerichte garantiert werden.

Krankenhäusern wird Liquidität entzogen

Bleibt die Praxis der Kürzung auf den unstrittigen Rechnungsbetrag bestehen, wird den Krankenhäusern schnell in erheblichem Umfang Liquidität entzogen, weil für Kassen kaum eine Motivation besteht, vor der Schlichtungsentscheidung den Krankenhäusern neben dem unstrittigen Betrag auch die strittigen Beträge zu überweisen.

Die Krankenseite wird diesen Liquiditätsentzug in erster Linie politisch bekämpfen müssen und vielleicht die bisherige Praxis kippen – es müsste zunächst der vollständige Rechnungsbetrag überwiesen werden, und erst nach einer Schlichtung kann eine Rechnungskorrektur vorgenommen werden. Das Ergebnis hätte nun die umgekehrte Auswirkung, weil dann die Krankenhäuser ihrerseits gegenüber der heutigen Situation einen erheblichen Liquiditätsvorteil erreichen könnten. Also könnten sich die Krankenhäuser dann freuen? Wohl kaum, da die finanziellen Dimensionen so erheblich sind, dass die Finanzlage der Krankenkassen erheblich in Mitleidenschaft gezogen würde. Große Kassen erzielen aus der Abrechnungsprüfung über 100 Millionen Euro pro Jahr. Diese Prozesse werden aufgrund der Gesetzesmechanik kaum blitzartig, sondern langsam ablaufen. Sobald aber die Kassen durch dieses Problem in ernste finanzielle Schieflagen geraten – und Zusatzbeiträge fällig werden, kann die Politik diese Situation ebenso wenig dauerhaft ignorieren.

Im Ergebnis kann nur eine grundlegende Korrektur der Regelungen zum Landesschlichtungsausschuss oder dessen ersatzlose Streichung erfolgreich sein, weil weder die Krankenhaus- noch die Kassenseite eine „Liquiditätsdruckmaschine“ zu Lasten des Vertragspartners erhalten sollten. Aber auch das Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird mit diesem Verfahren nicht erreicht. Auch wenn vom Gesetzgeber dies angestrebt wird, kann der Rechtsweg nach dem Schlichtungsergebnis nicht ausgeschlossen oder verkürzt werden. Die Risiken, die in dem gesamten Prozess zu sehen sind, erfordern schnelles und entschlossenes Handeln.

Jürgen Malzahn



Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband



Neue Risiken bei der Abrechnung

Die Liquidation privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen gegenüber Privatpatienten und privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen wird zunehmend erschwert. Sowohl ideologische Gesichtspunkte als auch rechtliche Erschwernisse werden dazu führen, sich mehr und mehr davon zu verabschieden. Beteiligungsvergütungsmodelle liegen allerdings – obschon dieselben rechtlichen Bestimmungen wie bei der Privatliquidation gelten – noch keine Steine im Weg.

Das Privileg der Durchführung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus, gemeinhin bekannt als Privatliquidationsrecht, wird heutzutage nur noch wenigen Chefarzten und Klinikdirektoren zugestanden. Ehemals hatte das Bundesverfassungsgericht dieses Vorrecht noch als einen hergebrachten Grundsatz des Berufsbeamtentums bezeichnet und damit insbesondere den an Hochschulen tätigen Klinik- und Institutsdirektoren einen verfassungsrechtlich verbrieften Anspruch an die Seite gestellt. Das Privatliquidationsrecht sollte nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ein Anreiz dafür sein, sich der Tätigkeit an hochschulmedizinischen Einrichtungen dauerhaft zu verschreiben und dadurch Spitzenmediziner für die universitäre Laufbahn zu gewinnen und zu erhalten.

Faktisch gesehen hat sich die Situation inzwischen gravierend geändert. An Stelle des Liquidationsrechts wird mit Chefarzten und Klinikdirektoren an universitären Einrichtungen und Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen heutzutage regelmäßig eine feste und eine variable Vergütung vereinbart. Bei der variablen Vergütung ist oftmals eine Beteiligung an den Einnahmen aus wahlärztlicher Tätigkeit vorgesehen (sogenannte Beteiligungsvergütung). Anstelle der selbst liquidierten Einnahmen, von denen Abgaben (Nutzungsentgelte und Sachkosten) an den Klinikträger abgeführt werden müssen, erhalten die Chefarzte heute einen Anteil aus den vom Krankenhaus realisierten Erlösen. Im Grunde genommen findet nur eine

Umkehr der Finanzströme statt. Die Abkehr vom Privatliquidationsrecht ist daher auch in erster Linie nur ideologisch begründbar und offenbar von dem Gedanken getragen, dass die Gestattung der Privatbehandlung und Privatliquidation als eine variable Vergütungskomponente zu viele und heute nicht mehr vermittelbare Freiheiten erlaube.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Entwicklung der Rechtsprechung zu den Voraussetzungen einer wirksamen Abrechnung privatärztlicher Leistungen, insbesondere im Krankenhaus, zu sehen. Nachdem der Bundesgerichtshof sich anfänglich noch mit der Wirksamkeit des Inhalts und des Abschlusses von Wahlleistungsvereinbarungen befasst hatte, beschäftigte er sich in seiner Entscheidung vom 20. Dezember 2007 – III ZR 144/07 – mit den Voraussetzungen der Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes im Zusammenhang mit der Durchführung und Abrechnung stationärer privatärztlicher Leistungen. Neue Brisanz hat diese Thematik durch den Beschluss des Ersten Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11 – erhalten. Danach kann die Abrechnung privatärztlicher Leistungen strafbar sein, wenn die Voraussetzungen der Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes nicht gegeben sind.

Risiko „ständiger ärztlicher Vertreter“

Die Welt berichtet in ihrer Online-Ausgabe vom 22. Oktober 2013 über ein am Landgericht Aschaffenburg anhängiges Strafverfahren gegen einen Chefarzt, dem

gewerbsmäßiger Betrug im Zusammenhang mit der Durchführung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen vorgeworfen wird. In diesem noch nicht abgeschlossenen Strafverfahren vertritt das Gericht die Auffassung, dass die in den Wahlarztvereinbarungen abgeschlossene Vertreterregelung unwirksam sei. In den Wahlleistungsvereinbarungen, die das Krankenhaus mit Patienten abgeschlossen habe, seien insgesamt sechs Oberärzte als ständige ärztliche Vertreter des Chefarztes im Sinne des § 4 Absatz 2 Satz 3 GOÄ angegeben. Erlaubt sei nach Auffassung des Gerichts allerdings nur die Angabe eines ständigen ärztlichen Vertreters. Die Wahlleistungsvereinbarung und die Vereinbarung der ständigen ärztlichen Vertreter, wie sie das Krankenhaus mit den Patienten abgeschlossen habe, seien daher rechtswidrig. Die daraufhin von den Vertretern durchgeführten und vom Chefarzt abgerechneten Leistungen seien mangels wirksamer Vertreterregelung unzulässig und unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs im Beschluss vom 25. Januar 2012 strafbar. Da es sich um eine Vielzahl von Fällen handle, beurteile sich die verschärfte Strafbarkeit nach § 263 Absatz 3 StGB. Die Vielzahl der fehlerhaft abgerechneten Behandlungsfälle sei daher als gewerbsmäßiger Betrug und als besonders schwerer Fall des Betruges einzustufen. Das Verfahren vor dem Landgericht Aschaffenburg ist bisher nicht abgeschlossen, macht jedoch deutlich, auf welchem schmalen Grad die Durchführung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus verläuft.

In dem Prozess vor dem Landgericht Aschaffenburg wird eine im vorliegenden Zusammenhang alte Frage aufgeworfen. Im Kern geht es darum, wie viele ständige ärztliche Vertreter im Sinne des § 4 Absatz 2 Satz 3 GOÄ einem liquidationsberechtigten Chefarzt in der Wahlleistungsvereinbarung zugeordnet werden dürfen. Insbesondere für Querschnittsfächer wie die Anästhesiologie dürfte nach pragmatischen Überlegungen klar sein, dass bei großen Kliniken der liquidationsberechtigte Chefanästhesist per se nicht in der Lage sein kann, sämtliche privatärztlichen Leistungen höchstpersönlich durchzuführen. Auch ein ständiger ärztlicher Vertreter reicht in diesem Fall nicht aus, ein angemessenes Ergebnis unter Berücksichtigung der Maßgaben des Gesetzgebers und der Rechtsprechung zu finden. Nach insoweit einhelliger Auffassung in der juristischen Literatur ergibt sich weder aus dem Wortlaut noch aus Sinn und Zweck der Regelung in § 4 Absatz 2 Satz 3 GOÄ die Beschränkung auf einen einzigen „ständigen ärztlichen Vertreter“. Auch die Bundesärztekammer hat in ihren Abrechnungsempfehlungen darauf abgestellt, dass die Benennung mehrerer ständiger ärztlicher Vertreter aufgrund der Schwerpunktbildung oder Arbeitsaufteilung einer Krankenhausfachabteilung zulässig ist. Schließlich wird die Auffassung vertreten, dass die Zuordnung des ständigen ärztlichen Vertreters des liquidationsberechtigten Arztes aus der Sicht des Patienten zu beantworten ist, so dass jedem Patienten ein insoweit individueller ständiger ärztlicher Vertreter zugeordnet werden kann.

Es erscheint daher nach wie vor gerechtfertigt, liquidationsberechtigten Chefärzten im Rahmen des Wahlleistungsvertrages unter Berücksichtigung vorstehender Voraussetzungen mehrere ständige ärztliche Vertreter zuzuordnen. Nur damit kann den strukturellen und organisatorischen Erfordernissen im Rahmen der Durchführung und Abrechnung privatärztlicher bzw. wahlärztlicher Leistungen ausreichend Rechnung getragen werden. Wird ein solcher ständiger ärztlicher Vertreter bei der privatärztlichen Behandlung eines Patienten tätig, können die von diesem Vertreter erbrachten Leistungen auch entsprechend den Regularien der GOÄ vom liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden.

Risiko „individueller Vertreter“ bei vorhersehbarer Abwesenheit

Ausgehend von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, insbesondere in seinem Urteil vom 20. Dezember 2007 – III ZR 144/07 – sind die Fragen der Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes bei Durchführung wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus an sich geklärt.

Zulässig ist danach die Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes bei unvorhersehbarer Verhinderung, zum Beispiel kurzfristiger Erkrankung. Nach Auffassung des BGH sind auch in einer formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung Klauseln zulässig, wonach die einem Wahlarzt obliegende Leistung im Fall seiner Verhinderung durch einen Vertreter erbracht wird. Dies sei aber auf die Fälle beschränkt, in denen die Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststehe, also unvorhersehbar sei, und wenn als Vertreter der namentlich benannte ständige ärztliche Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ bestimmt sei. Nach Auffassung des BGH ist also die Vertretungsregelung in Wahlleistungsvereinbarungen bezüglich der unvorhersehbaren Verhinderung ohne weiteres zulässig.

Dasselbe gilt auch für die Vertretung im Falle der vorhersehbaren Verhinderung. Dazu muss nach Auffassung des BGH allerdings eine besondere individuelle Stellvertretervereinbarung abgeschlossen werden. Diese setzt voraus, dass gegenüber dem Patienten spezifische Informations- und Aufklärungspflichten erfüllt werden. Danach ist der Patient so früh wie möglich über die Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten und ihm das Angebot zu unterbreiten, dass an Stelle des Chefarztes ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt. Ferner ist der Patient über die alternative Möglichkeit zu unterrichten, auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu verzichten und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils Dienst habenden Arzt behandeln zu lassen. Ist die jeweilige Maßnahme bis zum Ende der Verhinderung des Wahlarztes verschiebbar, ist dem Patienten auch dies zur Wahl zu stellen. Eine solche Vereinbarung muss nach Auffassung des BGH schriftlich abgefasst werden.

Hiervon ausgehend haben viele privatärztliche Abrechnungsstellen und Krankenhausträger für den Abschluss einer individuellen Vertretervereinbarung Mustervereinbarungen entwickelt. Bei diesen Mustervereinbarungen handelt es sich regelmäßig um Formulare, bei denen durch Ankreuzen verschiedener Optionen die Wahl des Patienten dokumentiert wird. Die Formulare werden im Übrigen nur noch durch die Personalangaben des Patienten und des individuellen Vertreters des Chefarztes ergänzt.

Diese völlig unbestrittene Handhabung ist jetzt durch ein bisher wenig beachtetes Urteil des Amtsgerichts Hamburg vom 31. Juli 2013 – 8a C 342/12 – in Frage gestellt worden:

Das Amtsgericht Hamburg knüpft in seiner Entscheidung zunächst an die Rechtsprechung des BGH im Urteil vom 20. Dezember 2007 an, wonach die individuelle Vereinbarung eines Vertreters im Falle der vorhersehbaren Abwesenheit des liquidationsberechtigten Arztes zulässig ist. Auch verkennt das Amtsgericht Hamburg nicht, dass die abgeschlossene Stellvertretervereinbarung in dem der Entscheidung zu Grunde liegenden Fall dem vom Bundesgerichtshof im Urteil vom 20. Dezember 2007 aufgestellten Voraussetzungen inhaltlich entspricht. Das Amtsgericht Hamburg stellt allein die Individualität des Abschlusses der Vertretervereinbarung in Frage. Unter Hinweis auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, insbesondere im Urteil vom 20. November 2012 – VIII ZR 137/12 –, hält das Amtsgericht Hamburg die im konkreten Fall abgeschlossene Vertretervereinbarung für unwirksam. Das Amtsgericht ist nämlich der Auffassung, dass es sich nicht um eine wirksame Individualvereinbarung, sondern um eine unwirksame formularvertragliche Vereinbarung handelt. Bereits aus dem Erscheinungsbild des Textes der Stellvertretervereinbarung ergebe sich auf den ersten Anschein das Vorliegen Allgemeiner Geschäftsbedingungen. Dieses zeige sich etwa daran, dass die Angaben zum Patienten in ein vorgefertigtes Formular mit einem Aufkleber eingefügt worden seien. Darüber hinaus enthalte die Vereinbarung an verschiedenen Stellen mit Pünktchen gekennzeichnete Bereiche, die ausgefüllt werden sollten. Die Verhaltensalternativen einer Verschiebung

Es ist ratsam, dem Patienten nicht nur ein Formular über die Vereinbarung der wahlärztlichen Behandlung durch einen Vertreter des Chefarztes vorzulegen und unterschreiben zu lassen; vielmehr sollten in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten die Voraussetzungen der Individualabsprache erörtert werden.

der Operation seien allgemein formuliert und nicht auf den Einzelfall zugeschnitten und dem äußeren Anschein nach vorgedruckt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs habe aber der Verwender Allgemeiner Geschäftsbedingungen, also der Krankenhausträger oder der liquidationsberechtigte Arzt, einen solchen ersten Anschein einer formalvertraglichen Regelung zu widerlegen. Den Verwender solcher Klauseln treffe insoweit die Darlegungs- und Beweislast, dass der Vertrag oder einzelne Vertragsbedingungen entgegen dem ersten Anschein doch individuell ausgehandelt worden seien. Ein solches Aushandeln bedeute auch mehr als nur Verhandeln. Es genüge insbesondere nicht, dass das verwendete Formular dem Vertragspartner bekannt sei und nicht auf Bedenken stoße, dass der Inhalt lediglich erläutert oder erörtert werde und den Vorstellungen des Vertragspartners entspreche. Ohne Bedeutung sei auch, ob dem anderen Vertragspartner die Wahl zwischen bestimmten, vom Verwender vorgegebenen Alternativen eingeräumt werde. Insoweit sei es unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BGH im Urteil vom 23. Januar 2013 – VIII ZR 143/12 – ohne Belang, ob die vorbereitete Erklärung dabei Wahlmöglichkeiten aufzeige und es dem Patienten überlasse, ob er sich vom liquidationsberechtigten Arzt oder von seinem Oberarzt operieren lassen wolle. Der Sache nach gebe es eine solche Wahlmöglichkeit nach Auffassung des Gerichts ohnehin nicht, da bereits beim Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung festgestanden habe, dass der liquidationsberechtigte Arzt die maßgebliche Operation ohnehin nicht werde durchführen können, da er bereits aufgrund einer seit längerem geplanten anderweitigen Operation von vornherein verhindert gewesen sei.

Das Urteil des Amtsgerichts Hamburg vom 31. Juli 2013 ist auf den ersten Blick nur eine Einzelfallentscheidung; sie be-

rücksichtigt in ihrer Begründung aber sehr abwägend die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Wirksamkeit Allgemeiner Geschäftsbedingungen. Dabei muss man sich im Klaren darüber sein, dass die Rechtsprechung insoweit schon immer sehr verbraucherfreundlich gewesen ist und den Verbraucher vor „Kleingedrucktem“ und einer Übervorteilung durch den überlegenen Vertragspartner schützen will.

Die Frage der Individualität des Aushandelns der Vertreterregelung steht daher zur Debatte. Es ist für die Zukunft ratsam, dem Patienten nicht nur regelmäßig ein Formular über die individuelle Vereinbarung der wahlärztlichen Behandlung durch einen Vertreter des Chefarztes vorzulegen, ankreuzen und unterschreiben zu lassen; vielmehr wird es darauf ankommen, in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten die im Einzelnen vom Bundesgerichtshof im Urteil vom 20. Dezember 2007 erforderlichen Voraussetzungen der Individualabsprache im Detail mündlich zu erörtern. Dabei muss dem Patienten eine echte Wahlmöglichkeit eingeräumt werden, das heißt, er muss insbesondere nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden, dass er die erforderlichen stationären Leistungen auch ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu den Bedingungen allgemeiner Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen kann, also auch auf den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung gänzlich verzichten kann.

Es bietet sich dazu an, gegebenenfalls auch durch handschriftliche Ergänzungen im Rahmen der ohnehin erforderlichen Patientenaufklärung individuell festzuhalten, dass mit dem Patienten eingehend über die Notwendigkeit der individuellen Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes gesprochen wurde und sich der Patient – wie es der BGH in seinem Urteil vom 20. Dezember

2007 verlangt – schriftlich damit einverstanden erklärt, von einem namentlich ihm benannten Vertreter behandelt zu werden.

Konsequenzen für die Praxis

Die dargestellte Entwicklung in der Rechtsprechung macht deutlich, dass die Durchsetzung privatärztlicher bzw. wahlärztlicher Leistungen gegenüber Privatpatienten und privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen zunehmend auch faktisch erschwert wird. Nicht nur die eingangs genannten ideologischen Gesichtspunkte, sondern auch rechtliche Erschwernisse werden dazu führen, sich mehr und mehr vom persönlichen Liquidationsrecht der Klinik- und Institutsdirektoren bzw. der Chefarzte zu verabschieden. Die aufgezeigten rechtlichen Probleme machen sich im Zusammenhang mit der Durchsetzung sogenannter Beteiligungsvergütungsmodelle erstaunlicherweise (noch) nicht bemerkbar. Auch wenn dabei nur die Finanzströme verändert werden, gelten doch dieselben rechtlichen Grundlagen wie bei der Privatliquidation. Dennoch sind gerichtliche Entscheidungen oder Erschwernisse seitens privater Krankenversicherungen im Rahmen der Beteiligungsvergütungsmodelle bisher nicht bekannt.

Im Rahmen der Privatliquidation ist daher sowohl beim Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen als auch bei dem Abschluss individueller Vertretervereinbarungen peinlich genau auf die Einhaltung der von Rechtsprechung und Literatur entwickelten Voraussetzungen zu achten. Der Durchsetzung der Privatliquidationsansprüche steht dann nichts im Wege. Werden die Voraussetzungen aber missachtet, droht zunehmend der Staatsanwalt.

Dr. Albrecht Wienke



Dr. Albrecht Wienke
ist Fachanwalt für
Medizinrecht.
Kontakt: AWienke@
Kanzlei-WBK.de

AWMF

Frühjahrssitzung 2013 des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“



Der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat sich auf seiner Sitzung am 26./27. April 2013 in Würzburg unter der Leitung von Prof. Dr. H.-D. Saeger unter anderem mit den Themen „Honorarärzte und Haftung“ und dem „Patientenrechtegesetz“ befasst.

Honorarärzte und Haftung

- **M. Rudolphi, Bundesärztekammer, Berlin:** Honorarärzte in Deutschland – aktuelle Einschätzungen
- **Dr. med. J. Jouaux, Facharztagentur GmbH, Bielefeld:** Honorarärzte – ein Zukunftsmodell
- **Dr. med. N. Schäfer, Bundesverband der Honorarärzte, Berlin:** Honorarärzte – Verantwortung, Möglichkeiten, Grenzen

Rudolphi beschreibt den Honorararzt (H. A.) in zehn Thesen: Danach sei der H. A. Mitglied seiner Ärztekammer mit allen daraus resultierenden Rechten und Pflichten. Sein Erscheinen sei nicht Ursache, sondern Auswirkung und Folge des Ärztemangels und der gesunkenen Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. Beweggründe seien Unabhängigkeit und Selbstbestimmung sowie bessere Verdienstmöglichkeiten. Voraussetzung einer qualifizierten Patientenversorgung sei ein gutes kollegiales Miteinander von H. A. und „Stammesetzung“. Scheinselbstständigkeit sei auszuschließen. Die Haftpflicht des H. A. sei abzusichern. Die abgeschlossene Weiterbildung sei Voraussetzung der H. A.-Tätigkeit, ebenso der Nachweis eines gültigen Fortbildungszertifikats gemäß § 4 Muster-Berufsordnung. Die Qualitätsanforderungen seien hinsichtlich Behandlungsniveau und Vermeidung von Risikokonstellationen sicherzustellen. Der Einsatz des H. A. dürfe ein der Wahrung der Kontinuität ärztlicher Patientenversorgung zuträgliches Maß nicht überschreiten. Es folgen Ausführungen zum Haftungsproblem (Rückfragen an: Rudolphi@baek.de).

Jouaux stellt sein Referat unter die Feststellung, das Phänomen H. A. sei kein neues und entwickle sich zu einer – dritten – Form der ärztlichen Tätigkeit, sei diese haupt- oder nebenberuflich. Gründe der derzeitigen Entwicklung seien Fachärztemangel und Ökonomisierung sowie Alterung der Ärzteschaft, Feminisierung der Medizin, Aufhebung der Sektorengrenzen als Ursachen des steigenden Personalbedarfs. Persönliche Motive: unattraktive Niederlassung, selbstbestimmtes Arbeiten, fachliche, zeitliche, räumliche Autonomie, Konzentration auf die Patientenarbeit. Probleme: Kosten, Kontinuität in der Patientenversorgung, soziale Inkompatibilitäten, Verträglichkeit im Team, Organisation der Weiterbildung, Verhältnis zur Klinikhierarchie. Beschreibung der Aufgaben und Funktionen einer H. A.-Agentur: Dreiecksbeziehung zwischen Auftraggeber, Client und Agentur, diese als Schnittstelle der Geschäftspartner mit unterschiedlichen Perspektiven und Interessen/Bedürfnissen, auch als Referenz-Institution für die Eigenschaften der Beteiligten, des Weiteren deren administrative Entlastung. Wirtschaftliche Vorteile aus dem Einsatz von H. A. werde jene Klinik gewinnen, der es gelinge, H. A. planvoll einzusetzen und reibungslos in den Klinikalltag einzubauen.

Schäfer stellt den Bundesverband der Honorarärzte (BV-H) vor: Gründung 2008, derzeit 800 Mitglieder. Aufgaben: Vernetzung und Kommunikation, Mitwirkung bei inhaltlichen und strukturellen Diskussionen, Öffentlichkeitsarbeit und Imageförderung, Durchführung von Studien, Erfassung von Trends, Ausarbeitung von Empfehlungen und Beratung.

Derzeit gibt es circa 7.300 registrierte H. A., davon circa 1.500 aktiv. Täglich circa 1.500 H. A. im Einsatz. Angaben über Kliniken, die H. A. in Anspruch nehmen, sind vage (zwischen 52 und 71 Prozent der Kliniken). Probleme: Fehlende Regelungen in der Berufsordnung, fehlender Dialog mit Kliniken, vages Image, kein Dialog mit Patienten, zeitnahe Überprüfung von Qualifikationen nicht möglich, Unklarheiten bezüglich Approbation und Berufshaftpflichtversicherung, ferner Strukturängel: Nachweis (?) der fachlichen Kenntnisse, unklares oder fehlendes Problembewusstsein, ungeeignete Einsatzbereiche, mangelhafte Einweisung, vordergründig Geschäftsinteressen; ungeklärt Wohnortprinzip, Versorgungswerke, Meldepraxis. Weitere Möglichkeiten des H. A.-Einsatzes ergeben sich aus speziellen Qualifikationen, aber auch bei Konzeptentwicklungen für Institutionen, Kliniken und Firmen, Klinik-Marketing, Aufnahme-/Entlassungs-Management, Begleitung von Behandlungspfaden, Abrechnungsoptimierung etc.

Patientenrechtegesetz

- **Frau B. Jansen, Bundesministerium der Justiz:** Vorstellung und Begründung
- **Dr. med. M. Mieth, OA Chirurgie Univ.-Klinikum Heidelberg:** Kommentar aus ärztlicher Sicht
- **Lothar Jaeger, Vors. Richter a. D. am Oberlandesgericht, Köln,** jetzt Gutachter-Kommission
- **NRW:** Kommentar aus Sicht des Richters
- **Dr. iur. A. Wienke, Fachanwalt Medizinrecht, Köln:** Neue Regeln – neue Risiken?

Recht und Wirtschaft

Jansen benennt und kommentiert die Entstehung und die Inhalte des Patientenrechtegesetzes.

Mieth befasst sich vornehmlich mit den neuen Regelungen des Gesetzes bezüglich Behandlungsvertrag, Aufklärung, Behandlung, Dokumentation und Beweislast aus chirurgischer Sicht. Die Darstellungen stützen sich weitgehend auf Dillschneider et al: Der Chirurg 4/2013.

Jaeger kommentiert die einzelnen Bestimmungen des PatRGes aus richterlicher Sicht. Von besonderem Interesse ist die Unterscheidung der nunmehr kodifizierten Informationspflichten gegenüber der Aufklärung. Besonders hingewiesen wird auf die jetzt deutlich ausgeweiteten und qualifizierten Dokumentationspflichten, die in der Feststellung gipfeln, dass eine zu beweisende Maßnahme als nicht stattgefunden gilt, wenn sie nicht dokumentiert ist, was schon im Fall routinemäßiger versus täglicher Verrichtungen Bedeutung erlangen kann. Das in § 630 h BGB angesprochene allgemeine Behandlungsrisiko erläutert der Referent an Beispielen „voll beherrschbarer Risiken“, zum Beispiel defekter medizinischer

Apparat, unsichere bauliche Anlage, kontaminierte Infusionslösung, Sturz vom OP-Tisch, unbemerktes Entfernen eines sedierten Patienten nach einer ambulanten OP aus den Behandlungsräumen, „vergessene“ Operationsgegenstände, Organisationsfehler, Hygienemängel. – Nachdrücklich bestätigt der Referent die stringente Verbindlichkeit des PatRGes. [Literatur: Jaeger, L (2013) Patientenrechtegesetz. Kommentar zu §§ 630 a bis 630 h BGB. Verlag Versicherungswirtschaft GmbH Karlsruhe. ISBN 978-3-89952-749-0]

Wienke setzt sich zunächst mit Grundfragen auseinander: Warum entsteht ein solches Gesetz? Gibt es Regelungsbedarf? Gibt es ein gestörtes Verhältnis Patienten/Ärzte? Warum Sonderkodifikation? Schwerpunktmäßig verstehen sich dessen Ausführungen, dass an die Stelle des fortlaufend und der sächlichen Entwicklung zeitnah folgenden Richterrechts ein eher starr fixiert empfundenes Paragrafensystem getreten ist, das einerseits gleichwohl Fragen offen lasse, andererseits aber befolgt werden müsse. Auch anwaltsseitig wird nachdrücklich auf die verschärften Pflichten zur Aufklärung, Information

und Dokumentation hingewiesen; dabei spiele oftmals der Zeitfaktor – rechtzeitig, gegebenenfalls frühzeitig, aber auch nicht zu früh – eine im Nachhinein möglicherweise prozessentscheidende Rolle. Auch die Stellung der gesetzlichen Krankenkassen sei definitorisch von der unterstützenden Beratung des Versicherten zu einer verpflichteten Interessenvertretung des Patienten verändert worden. [Zu diesem Thema Hinweis auf einschlägige Beiträge in OUMN: RA J. Neu, Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern „Ein erster Überblick“, OUMN 3/2013, S. 02–304; RA Dr. A. Wienke, LL. M. R. Sailer „Aufklären und behandeln trotz Sprachbarriere“, OUMN 5/2013, S.564–565; RA J. Neu „Wie weit reicht die Aufklärungspflicht?“ OUMN 5/2013, S.566]

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau/Staffelsee

ZUM NACHLESEN

Alle Vortragsfolien sind in Originalgröße online auf der AWMF-Website unter folgender Adresse verfügbar: www.awmf.org
→ Die AWMF → Arbeitskreise → AK Ärzte und Juristen

1/1 Anzeige

Namen

Personalia



Prof. Dr. Ulf Culemann wurde bereits im Juli dieses Jahres eine außerplanmäßige Professur an der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar verliehen. Der Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie am Allgemeinen Krankenhaus Celle ist Stellvertretender Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Becken III und Mitglied des Nichtständigen Beirates der DGOU.



Prof. Dr. Ralph Kayser, vormals stellvertretender Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie der Universitätsmedizin Greifswald, ist bereits seit 1. Januar 2013 Direktor der Klinik für Orthopädie Berlin – Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie, Zentrum für Endoprothetik am Klinikum im Friedrichshain, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH.



Dr. med. Dr. h. c. Michael Gabel wird zum 1. Januar 2014 neuer Chefarzt der Abteilung „Fußzentrum Stuttgart mit technischer Orthopädie und Rheumaorthopädie“ am Agaplesion Bethesda Krankenhaus Stuttgart. Seit 2003 ist er Leitender Arzt der Sektion Fuß und Sprunggelenk/Rheumatologie in der Orthopädischen Klinik Paulinenhilfe im Diakonie-Klinikum Stuttgart.



Prof. Dr. Ulrich Nöth, MHBA, wird neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau, Berlin. Schwerpunkte: Hüft- und Knieendoprothetik, komplexe endoprothetische Revisions Eingriffe, Tumor- und Rheumaorthopädie, Gelenkknorpelchirurgie und Applikation von Stammzellen bei Arthrose und Hüftkopfnekrose.



Dr. Hans Goost ist seit 1. September neuer Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie am Krankenhaus Wermelskirchen. Der 43-jährige Kölner ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Spezielle Unfallchirurgie und leitete zuletzt das Team der Unfallchirurgie am Uniklinikum Bonn.



Prof. Dr. Stefan Rammelt, Dresden, ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Biomaterialien. Die Amtszeit beträgt drei Jahre. Ziel der DGBM sind die Entwicklung und Verbesserung von Implantaten im Kontakt mit Knochen, Knorpel, Weichgewebe und Blut. Zudem engagiert sich die Gesellschaft in den Bereichen Tissue Engineering und Regenerative Medizin.

Preise und Ehrungen



50.000 Euro Start-up-Förderung

Dr. Babak Moradi erhält einen Start-up-Preis der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und des Kompetenznetzes Rheuma in Höhe von 50.000 Euro für die vergleichende Untersuchung des entzündlichen Geschehens bei rheumatoider Arthritis und Arthrose. Beide Gelenkerkrankungen weisen im Verlauf immunologische Fehlsteuerungen auf. Dr. Moradi wird insbesondere die regulatorischen T-Zellen in den Blick nehmen, die bei beiden Erkrankungen eine Schlüsselrolle spielen. Er möchte in seinem Projekt die Funktion dieser Zellen bei der Entstehung der jeweiligen Krankheitsbilder sowohl in der Gelenkinnenhaut als auch im Blut analysieren und neu bewerten. Auf dieser Basis sollen neue Ansätze zur Manipulation der regulatorischen T-Zellen und damit zur Therapie der Erkrankungen gefunden werden.

Die DGRh und das Kompetenznetz Rheuma fördern mit den Start-up-Preisen innovative Projekte talentierter Jungwissenschaftler. Neben Moradi erhielt Dr. Florian Kollert aus der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Universität Freiburg eine Förderung.

Wir gratulieren...



Zum 80. Geburtstag

... Prof. Dr. Heimfried C. Nonnemann, Kleinmachnow
... Dr. Peter Olek, Dessau
... Prof. Dr. Sakou Takashi, Kagoshima
... Dr. Dieter Ullmann, Wilhelmshaven

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Kuno Meyen, Ratzeburg

Zum 90. Geburtstag

... Dr. Walter Essers, Heilbronn

Zum 95. Geburtstag

... Dr. Werner Heyl, Diekholzen
... Dr. Siegmund Holker, Kempten
... Dr. Werner Schmidt, Hattersheim

Nachruf für Prof. Dr. Wolfgang Heipertz

Am 6. Oktober 2013 verstarb Herr Professor Dr. Wolfgang Heipertz 91-jährig in Frankfurt am Main.

Wolfgang Heipertz wurde am 20. Mai 1922 in Neustrelitz (Mecklenburg) als Sohn des dortigen Bürgermeisters und mecklenburgischen Staatsrates Dr. jur. Otto Heipertz geboren und verbrachte dort seine Kinderjahre. Später besuchte er die Internatsschule Schulpforta bei Naumburg/Saale. Nach dem Abitur 1939 studierte er Medizin in Halle und Tübingen. Noch 18-jährig bestand er dort das Physikum. Wehrdienst und Einsatz als Sanitätssoldat an der Ostfront unterbrachen den weiteren Studiengang, so dass sich das Staatsexamen in Berlin bis zum Februar 1945 verzögerte. Er promovierte noch 1945 mit dem Thema: „Die Paget-Erkrankung“.

Den ersten ärztlichen Erfahrungen in Lazeretteinsätzen und Krankensammelstellen folgte ein internistisches Jahr bei Ernst Volhardt in Frankfurt am Main. Die anschließende chirurgische und unfallchirurgische Ausbildung – zuletzt unter Edelmann in Hannover – schloss er mit der Facharztanerkennung ab.

1954 begann Wolfgang Heipertz die orthopädische Ausbildung am Annastift in Hannover unter Kurt Lindemann, dem er 1955 nach Heidelberg folgte. Dort erhielt er 1958 die zweite Facharztanerkennung. Noch im gleichen Jahr wurde er zum leitenden Arzt an den Diakonie-Anstalten Bad Kreuznach bestimmt. Doch 1961 kehrte er nach Heidelberg zurück, um 1962 bei Kurt Lindemann zu habilitieren.

1966 wurde er Chefarzt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Tübingen und 1969 auf den Lehrstuhl für Orthopädie an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main berufen. In der Nachfolge von E. Güntz hat er – ein begeisterter Operateur und Kliniker – in zähen Verhandlungen die Voraussetzungen zu weiteren baulichen Verbesserungen des aus dem Jahre 1913

stammenden „Friedrichsheim“ geschaffen. 1972 konnte so die erste Steril-Box in Deutschland und 1981 ein völlig neuer, den modernsten Gesichtspunkten gerecht werdender Operationstrakt in Betrieb genommen werden.

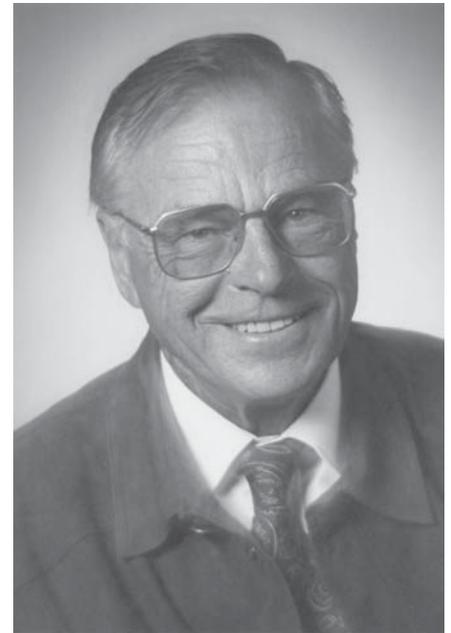
Umfangreiche wissenschaftliche Arbeit

Umfangreich ist die wissenschaftliche Tätigkeit von Wolfgang Heipertz. Über 170 Veröffentlichungen zeugen hiervon. Hervorzuheben sind unter anderem das Lehrbuch der Krankengymnastik, das er mit Kurt Lindemann begründete, und die „Sportmedizin“; Werke, die in vielen Auflagen und Sprachen erschienen sind.

Von Beginn an galt sein besonderes Interesse dem großen Gebiet der Rehabilitation. Als Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation leitete er die Kongresse: Recht auf Pflege 1979 in Bad Nauheim und: Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Aufgaben der Rehabilitation 1991 in Baunatal. Als passionierter Reiter hat er sich – zusammen mit seiner Frau – unermüdlich für die Belange des therapeutischen Reitens eingesetzt und dessen Aufgaben und Möglichkeiten aufgezeigt.

Wolfgang Heipertz war Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften. Bis 1980 leitete er den Arbeitskreis Krankengymnastik der DGOT. Als Präsident der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden e.V. nahm er 1969 die Leitung des Kongresses in Baden-Baden wahr. 1985 war er Präsident der DGOT und richtete die 72. Tagung in Frankfurt am Main aus.

Die Schwerpunkte seines fachlichen Wirkens lagen in Endoprothetik, Traumatologie und Physiotherapie. Besonders zu betonen ist seine kompromisslose, auf die individuell bestmögliche Patientenversorgung gerichtete und von preußischen Tugenden geprägte klinische Tätigkeit. Hierin sah er seine primäre ärztliche Pflicht.



Prof. Dr. Wolfgang Heipertz
*20. Mai 1922 †6. Oktober 2013

Nach seiner Emeritierung war Wolfgang Heipertz weiterhin auf Kongressen und Veranstaltungen sowie in Beratungstätigkeit dank seiner beneidenswerten Vitalität aktiv. Erwähnenswert ist sein Memoiren-Buch: „Visite in der Vergangenheit“.

Wolfgang Heipertz wurde als Mensch, Arzt und akademischer Lehrer geschätzt. Rechte Selbsteinschätzung, stete Offenheit für Anregungen, ein ausgewogenes Verhältnis von straffer Führung und wohlverstandenen Gewährenlassen von Freiraum machten ihn zu einem aufgeschlossenen Gesprächspartner. Sein Werk und Wirken lebt in seinen Patienten, Schülern und Freunden weiter.

Am 11. Oktober 2013 wurde Wolfgang Heipertz in einer bewegenden, betont familiären Zeremonie beigesetzt.

*Prof. Dr. Ludwig Zichner,
Frankfurt am Main*

1/1 Anzeige



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

Basis im Erwartungsstand

Mitgliederversammlung am 25. Oktober 2013 von 12.45 bis 14 Uhr,
Messe Süd Berlin, Großer Saal

Joachim Stier

Die Mitglieder des BVOU haben ihren Vorstand auf ihrer Versammlung während des DKOU 2013 in Berlin umgewählt. Schatzmeister Dr. Peter Heppt hinterlässt seinem Nachfolger Dr. Helmut Weinhart eine ordentlich gefüllte Kasse, und Präsident Helmut Mälzer übergibt einen für die künftigen Herausforderungen gut gewappneten BVOU. Während Dr. Peter Heppt nicht mehr für das Amt des Schatzmeisters und den Vorstand kandidierte, ist Helmut Mälzer als Vizepräsident des BVOU weiterhin Mitglied des Vorstands. Zum Präsidenten des BVOU wurde Dr. Andreas Gassen gewählt. Neu im Vorstand ist Dr. Angela Moewes, Orthopädin und Unfallchirurgin aus Bochum und BVOU-Landesvorsitzende Westfalen-Lippe. Der neu gewählte Vorstand:

- **Präsident:** Dr. Andreas Gassen
- **Vizepräsident:** Helmut Mälzer
- **Vizepräsident:** Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer
- **Vizepräsident:** Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
- **Schatzmeister:** Dr. Helmut Weinhart
- Dipl.-Med. Frank Schulz
- Dr. Angela Moewes
- **Generalsekretär der DGOU:** Prof. Dr. Hartmut R. Siebert

Der Jahresüberschuss, mit dem sich der Schatzmeister verabschiedet, ist rekordverdächtig. Grund für die gute Kassenlage ist allerdings nicht eine steigende Zahl an Mitgliedern – hier bleibt es wie in den vergangenen Jahren auch dabei: Der BVOU ist ein Verband mit einem hohen Durchschnittsalter seiner Mitglieder mit

der Konsequenz, dass die Zahl der Beitragszahler zurückgeht, da Mitglieder im Ruhestand beitragsfrei gestellt sind. Allerdings weist die Zahl der Austritte nach unten, die der Neueintritte bleibt aber zu schwach, um einen Zuwachs zu erreichen. Die Eintritte zu steigern muss, so Dr. Heppt, ein vorrangiges Ziel sein. Aktuell sind es 6.670 Mitglieder. Für das kommende Jahr haben die Länder dankenswerter Weise bereits ihren Beteiligungssatz an den Mitgliedereinnahmen von 20 auf 15 Prozent reduziert. Auch die übergreifende Zusammenarbeit von Verband und Gesellschaften spare Geld; allerdings habe es bei der organisatorischen Zusammenarbeit: „Es wäre gut, nicht nur Geld, sondern auch Zeit zu sparen“, so Dr. Peter Heppt.

Ein erfreulicher Aktivposten ist die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) geworden, die einen Gewinn ausweisen konnte. Die ADO wird vom diesjährigen BVOU-DKOU-Präsidenten Prof. Dr. Karl-Dieter Heller im Vorstand verantwortet. Der Geschäftsstelle des BVOU dankte Dr. Peter Heppt für ihre gute und erfolgreiche Arbeit. Ab 2014 wird der DKOU auch für die BVOU-Mitglieder kostenlos sein; dies ist bei den beiden Fachgesellschaften DGOU und DGOOC bereits der Fall: Dies ist, so Peter Heppt, auch als Werbung für Neumitglieder gedacht. Gegen mögliche steuerliche Risiken dieses Erlasses hat sich der Verband mittels Rücklagen gewappnet.

Die Vorbereitungen auf diese Mitgliederversammlung waren sicherlich nicht einfach – dies ließ der Vorstand auf dem

Podium durchblicken. Ursprünglich war eine Erweiterung von acht auf neun Positionen vorgesehen. Die neunte, so die Überlegung, sollte aus der Unfallchirurgie besetzt werden. Von diesem Plan hat man vorerst Abstand genommen, um darüber intensiver beraten zu können. Zu offenen Diskussionen führte dies während der Mitgliederversammlung nicht.

Die Ereignisse des Jahres 2013 waren sicherlich der Umzug der Geschäftsstelle, der mit einer räumlichen Zusammenlegung der Geschäftsstellen BVOU und DGOU einherging, und die Stärkung der Konservativen Orthopädie, die ein eigenes Referat gemeinsam mit der Orthopädischen Rheumatologie bekommen soll. Für dieses Referat verzichtete Reinhard Deinfelder auf eine Vorstandskandidatur.

Wegweisend ist in der Konservativen Orthopädie sicherlich ein neuer Strukturvertrag nach § 73c Sozialgesetzbuch V (SGB V). Er bindet verschiedene Bereiche der Konservativen Orthopädie – darunter auch die Orthopädische Rheumatologie – in eine engere Zusammenarbeit mit Hausärzten ein. Die AOK Baden-Württemberg ist ebenso wie die Bosch BKK an Bord.



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

Mit Struktur gegen den Abwärtstrend

In Baden-Württemberg konnten die Orthopäden/Unfallchirurgen einen Strukturvertrag aushandeln, der ein Umsatzplus zwischen 12.000 und 36.000 Euro pro Jahr verheißt. Aktuell kommen die Fachärzte für O&U in Baden-Württemberg

beim Regelleistungsvolumen und Qualitätsgebundenen Zusatzvolumen auf rund 40 Euro, zuzüglich Akupunktur und operativer Leistungen. In seinem DKOU-Vortrag fragte Reinhard Deinfelder: „Der Ausweg aus dieser Misere: IGeL, Aku-

punktur? Dies kann keine Option sein – ebenso wenig wäre es eine Lösung, die Fallzahlen zu steigern.“ Reinhard Deinfelder sprach auf Einladung von Dr. Andreas Gassen und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller zum Seminar „Vergütungs- und

Aus den Verbänden



Reinhard Deinfelder, BVOU-Landesvorsitzender Württemberg: „Der sprechenden Medizin soll wieder zu ihrer Bedeutung verholfen werden.“

Honorarsystem: Wie werden wir in Zukunft bezahlt?“

Ein gangbarer Weg

Ein gangbarer Ausweg sind Strukturverträge. Konkret: ein Strukturvertrag nach § 73 c (Besondere ambulante Versorgung). Partner der OU sind die AOK Baden-Württemberg und BKK Bosch sowie die Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC), der BVOU und der Mediverbund. Voraussetzung ist, dass Patienten im Hausarztvertrag und im Facharztprogramm der AOK und der BKK Bosch eingeschrieben sind. In Baden-Württemberg liegt die Zahl der AOK- bzw. BKK Bosch-Versicherten zwischen 40 und 50 Prozent. Von diesen wiederum sind regional unterschiedlich zwischen 30 und 80 Prozent in diese Verträge eingeschrieben.

Vorrang für sprechende Medizin

Der Vertrag umfasst eine eigene Honorarstruktur und inhaltliche Schwerpunkte: Vorrang hat die sprechende Medizin, „der wieder zu ihrer Bedeutung verholfen werden soll“, so Reinhard Deinfelder. Es wurden Grundpauschalen gebildet, die die einfache Abrechnung bei maximaler inhaltlicher Freiheit definiert. Die Gefahr liegt in einem Abgleiten in eine Billigmedizin, hier stehe jeder Einzelne in der Verantwortung, dies zu verhindern. Es gibt darüber hinaus auch Strukturzuschläge, die bei Röntgen etc. angesetzt werden. Diese wurden von der nichttechnischen Leistung getrennt, weil erstens auch das Vorhalten dieser Techniken an sich förderungswürdig ist, aber man sich zweitens nicht dem Vorwurf aussetzen will, jetzt „die Röhren glühen

zu lassen.“ Auch wurden ICD-10 getriggerte Zusatzpauschalen gebildet, damit man sich auf die Kranken konzentrieren und auf Verdünner verzichten kann. Zu den Pflichten gehört eine regelmäßige Fallkonferenz, schnellere Terminvergabe, eine Terminabendsprechstunde bis 20 Uhr pro Woche, mehr Zeit für den Patienten, und die Wartezeiten sollten möglich auf 30 Minuten reduziert werden.

Die Vorteile für den OU

- Mehr Honorar für die sprechende Medizin
 - Vorhaltepauschalen
 - Therapeutische Freiheit
- Fazit:** Es ist eine bessere inhaltliche Arbeit möglich.
- Preise in Euro und Cent für mindestens fünf Jahre
 - Keine Abstaffelung, keine Begrenzungen
- Fazit:** Kalkulationssicherheit

Infolge dieses Vertrages können die sich beteiligenden OU mit einem Umsatzplus zwischen 12.000 und 36.000 Euro rechnen. Davon sind Kosten abzuziehen wie die einmalige Grundgebühr in Höhe von 1.800 Euro und jährliche Softwarekosten in Höhe von 1.200 Euro. Gegenzurechnen gegen die Grundgebühr ist eine einmalige Anschubfinanzierung seitens der AOK und der BKK Bosch in Höhe von 2.000 Euro. Bereiche sind unter anderem der Spezifische und unspezifische Rückschmerz, die Osteoporose und Orthopädische Rheumatologie. (js)



Am 28. September 2013 fand das 12. Orthopädisch-Unfallchirurgische Symposium in Bamberg statt, gemeinsam veranstaltet von der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, dem Klinikum Bamberg und dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).

Das Hüftgelenk

12. Orthopädisch-Unfallchirurgisches Symposium in Bamberg

Dr. Felix Ferner, Dr. Wolfgang Willauschus

Der alloarthroplastische Ersatz des Hüftgelenkes gehört zu den erfolgreichsten chirurgischen Eingriffen überhaupt. Im November 1962 gelang erstmals die Implantation einer Hüfttotalendoprothese modernen Zuschnitts durch Sir John Charnley (1911–1982). Nach Kontakt mit Charnley führte Hans-Wilhelm Buchholz (1910–2002) den alloarthroplastischen Gelenkersatz in Deutschland ein und propagierte Ende der 60-er Jahre die routinemäßige Zumischung von Antibiotika in den Knochenzement. Damit ist seit rund 50 Jahren der Goldstandard der Hüftendoprothetik vorgegeben, an dem sich alle Neuerungen messen müssen. Dies betrifft sowohl Grundlagen und Konzept als auch Materialien, Verankerungstechniken, Gleitpaarungen und Zugangswege. Die zunächst vollmundig propagierten Fortschritte konnten teilweise die Erwartungen nicht erfüllen und führten zu Enttäuschungen bei den anwendenden Ärzten und noch mehr bei den betroffenen Patienten. Vorbilder für eine neutrale Analyse unserer Operati-

onsergebnisse können nur transparente und objektive Endoprothesenregister nach skandinavischem Vorbild sein, die in Schweden für die Hüftendoprothetik 1979 staatlich etabliert wurden. Auch alle in jüngerer Zeit propagierten Konzepte und Techniken des Gelenkerhaltes, sei es arthroskopisch oder offen, laden zu einer kritischen Bestandsaufnahme ein.

Biomechanik des Hüftgelenks

Nach einer kurzen Einführung am Morgen durch Herrn Dr. Willauschus von der alphamed-Klinik Bamberg beeindruckte Herr Prof. Augat (Murnau) in einem Grundlagenvortrag nicht nur durch die Darstellung der bekannten Anatomie und Funktion des Hüftgelenks, sondern vor allem durch die detaillierte biomechanische Sichtweise. Er legte dar, dass zum Beispiel beim Stolpern das circa neunfache Körpergewicht auf das Hüftgelenk an Kraft oder dass auf den Gelenkknorpel Spitzendrücke von bis zu 8 MPa (=80 kg/cm²) einwirken. In einem kurzen Abriss über die

bildgebende Diagnostik am Hüftgelenk im Anschluss legte Herr Dr. Ferner (Bamberg) vor allem Wert auf die Bildgebung beim femoroacetabulären Impingement (FAI). Hier ist nach einer korrekt durchgeführten Röntgendiagnostik die MR-Arthrographie als weiterführendes Diagnostikum das Mittel der Wahl.

In der nächsten Session befasste sich Herr Dr. Middeldorf (Bad Staffelstein) mit der Wetterecke Lenden – Becken – Hüft-Region. Zuerst stellte er Untersuchungstechniken und die oft nicht ganz einfachen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten vor, die in diesem für uns im Alltag so wichtigen Gebiet eine Rolle spielen.

Die internistisch-rheumatologische Sichtweise

Im Anschluss wurde den vornehmlich anwesenden Orthopäden und Unfallchirurgen von Herrn Prof. Nüßlein (Nürnberg) die internistisch-rheumatologische Sichtweise nähergebracht. Als wichtigs-

Aus den Verbänden

te Erkrankung in dieser Wetterecke aus dem rheumatoiden Formenkreis ging er dabei besonders auf die ankylosierende Spondylitis ein.

Vor der ersten Pause zeigte Herr Prof. Strecker (Bamberg) eindrücklich anhand von Fallbeispielen die Grenzen sowohl der konservativen als auch der operativen Therapie bei chirurgisch assoziierten Hüftschmerzen auf.

Die anschließende Sitzung befasste sich mit der in den letzten Jahren durch die Weiterentwicklung der arthroskopischen Techniken immer mehr an Bedeutung gewinnenden Therapie der präarthrotischen Deformitäten am Hüftgelenk. Herr PD Fickert (Straubing) zeigte auf, wie weit die arthroskopischen Techniken bei isoliertem Knorpelschaden mittlerweile auch schon beim Hüftgelenk gediehen sind.

Das femoroacetabuläre Impingement

Das inzwischen als präarthrotische Deformität etablierte Krankheitsmodell des femoroacetabulären Impingements (FAI) stellte Herr Dr. Harrer (Bamberg) vor. Dabei stellte er heraus, dass die Therapie des FAI – auch wenn der Trend natürlich klar zur Arthroskopie weist – in Einzelfällen auch (halb-) offen erfolgen muss.

Dass die Planung und Durchführung der Therapie bei der coxofemoralen Dysplasie eine maßgeschneiderte Einzelfallentscheidung sein muss, verdeutlichte als nächstes Herr Dr. Mathes (Göppingen).

Anschließend ging die interessante und offene Diskussion in die Mittagspause über, wo sich alle Anwesenden in der von der Industrie arrangierten Ausstellung noch weiter informieren konnten. Gestärkt vom wie immer durch Frau Scheibe und Frau Steiner hervorragend organisierten Catering ging es in die nächste Sitzung; das Thema war bereits im Vorwort als eine der erfolgreichsten chirurgischen Eingriffe überhaupt bezeichnet worden: der primäre alloarthroplastische Gelenkersatz.

Im ersten Vortrag resümierte Herr Prof. Sabo (Heidelberg), dass es die optimale femorale oder acetabuläre Verankerung per se nicht gebe, sondern dass – genau wie beim Handling eines Motorrads – die Technik entscheidend sei.

Zum Thema optimale Gleitpaarung sprach Herr Kaddick (Rohrdorf/Rosenheim) aus der Sichtweise eines Ingenieurs. Auch hier wurden alle Operateure – neben genauen Daten zu den einzelnen Gleitpaarungen – eindrücklich daran erinnert, wie wichtig eine exakte Positionierung der Komponenten auch im Hinblick auf Implantatverschleiß und -bruch ist.

Möglichkeiten und Grenzen des Hüftgelenkersatzes

Über die Möglichkeiten und vor allem die Grenzen der Hüftendoprothetik referierte erneut Herr Prof. Strecker und bediente sich dabei aus seinem langjährigen und breit angelegten Erfahrungsschatz. Denn jeder Patient verdiene nach einer genauen Problemanalyse und gewissenhafter Nutzen-Risiko-Abwägung eine individuell maßgeschneiderte Antwort – auch oder gerade vor allem in der Endoprothetik.

Diese Sitzung rundete schließlich Herr Dr. Steinbrück (München) ab, indem er den Status quo des deutschen Endoprothesenregisters vorstellte. Erste Auswertungen des vor allem in skandinavischen Ländern längst etablierten Registers werden in Deutschland in etwa drei bis fünf Jahren erwartet.

Nach einer letzten Stärkung bei Kaffee und Kuchen war die Revisionsendoprothetik Thema der letzten Sitzung. Vor welch große Probleme uns die Infektsi-

tuation noch immer stellt, wurde durch Herrn Prof. Schulte (Rothenburg/Würme) deutlich gemacht. Er brachte jedoch auch Lösungsansätze zu diesem Thema: Um dem Patienten eine meist interdisziplinäre und für jede Situation individuelle Lösung anbieten zu können, sei zunächst eine saubere Diagnostik erforderlich.

Herr Prof. Harges (Münster) referierte über die Revisionsendoprothetik bei Neoplasien – ein Bereich, in dem die sekundären Neoplasien immer mehr an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen der Tumor- und Metastasen Chirurgie sei durch spezielle Implantate bzw. Operationstechniken in sehr vielen Fällen ein Extremitätenerhalt langfristig möglich, wobei die gravierendste Komplikation bei den oft erforderlichen mehrfachen Eingriffen die Infektion darstelle.

Anschließend thematisierte Herr Prof. Ascherl (Chemnitz) ossäre Defekte im Rahmen der Revisionsendoprothetik. Neben äußerst interessanten Fallbeispielen beeindruckte er die stattliche Anzahl an Zuhörern durch seine nicht ganz unpolitische Sicht der Dinge und bot durch seine charismatische Art einen gelungenen Abschluss der Vorträge.

„Es hat sich gelohnt!“

Zum Abschluss dankte Herr Willauschus (Bamberg) im Namen der Veranstalter allen Teilnehmern, Referenten, Organisatoren und den Industrieausstellern für die Unterstützung bzw. Teilnahme am Symposium. Nach der Evaluation konnte festgehalten werden, dass viele Anwesende sich nicht nur in ihrer aktuellen Tätigkeit bestätigt, sondern auch durch viele neue Ideen inspiriert fühlten. Wie immer erfolgte natürlich auch ein fruchtbarer Austausch unter den Teilnehmern.

Die einhellige Meinung war: „Es hat sich gelohnt, nach Bamberg zu kommen“.

Aktuelles zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Ass. jur Stefan Wilhelmi, Funk-Gruppe

Bereits Ende September wurde im BVOUNET darauf hingewiesen, dass sich Veränderungen im Bereich der Berufs-Haftpflicht-Versicherung (BHV) ergeben. Diese BHV bildet den Eckpfeiler im Versicherungsprogramm eines Arztes. Daher soll nun auch an dieser Stelle das Thema noch einmal aufgegriffen werden.

Seit 1998 bietet der BVOU seinen Mitgliedern die Möglichkeit, ihre beruflichen Haftpflichtrisiken durch den Beitritt zum BVOU-Rahmenvertrag abzudecken. Bei der Konzeption wurde nicht nur Wert auf eine angemessene günstige Prämie und natürlich ein exzellentes Bedingungs-

werk gelegt, sondern auch auf Kompetenz des ausgewählten Versicherers geachtet, wobei Kontinuität in der Zusammenarbeit angestrebt wurde.

Zum Ende des Jahres wird sich der bisherige Versicherer von seinem gesamten Heilwesen-Haftpflichtbestand (Ärzte, Krankenhäuser, Heime etc.) trennen. Von dieser Grundsatzentscheidung sind auch unser Rahmenvertrag sowie alle auf der Grundlage dieses Rahmens abgeschlossenen Einzelverträge betroffen. In diesem Zusammenhang möchten wir nicht verschweigen, dass das gesamte Haftpflichtgeschäft des bisherigen Risikoträgers im Heilwesen-Bereich sehr stark schadenbelastet ist. Auch unser Rahmenvertrag hat keine Ausnahme gemacht.

Wir freuen uns, dass es uns nach intensiven Verhandlungen mit zahlreichen Versicherern nun in enger Zusammenarbeit mit dem BVOU-Vorstand gelungen ist, einen neuen qualifizierten Risikoträger zu finden. Mit diesem wurde ein Konzept abgestimmt, das unseren Anforderungen (gutes Preis-Leistungs-Verhältnis, hohe Qualität sowie möglichst große Kontinuität) in vollem Umfang entspricht.

Neben einer Zehn-Millionen-Euro-Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden enthält das neue Konzept unter anderem folgende Highlights:

- weitreichende Regelung zum Off-Label-Use
- zumindest subsidiäre beitragsneutrale Mitversicherung von Tätigkeiten gemäß §115 a SGB V
- Als konservativ gelten zum Beispiel auch PRT, Chirotherapie sowie Eingriffe/Injektionen innerhalb des Spinalkanals (zum Beispiel nach Racz).
- Sonderkonditionen für Honorarärzte, gestaffelt nach dem zeitlichen Umfang der Tätigkeit
- Prämienfreiheit für zunächst drei Jahre
- bei einem Vorschaden Einstufung als „schadenfrei“ (relevant sind nur Personenschäden. Sach- und Privat-Haftpflichtschäden bleiben unberücksichtigt.)

Sofern nicht bereits geschehen, werden alle Verträge mit Ablauf 31. Dezember 2013 und später gekündigt. Die betroffenen Versicherungsnehmer werden von Funk zeitnah ein Umdeckungsangebot nach dem neuen Rahmenvertrag erhalten.

Dieses neue Konzept bietet natürlich auch allen BVOU-Mitgliedern, welche bislang dem Rahmenvertrag noch nicht beigetreten waren, die Möglichkeit zu einem Wechsel. Daher empfehlen wir, mit dem nachfolgenden Formular ein unverbindliches Angebot einzuholen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass derzeit mehrere Versicherer bestehende Verträge aufkündigen oder, sogar bei Schadenfreiheit, nur zu massiv angehobenen Beiträgen fortsetzen.

- prämieneutrale Mitversicherung eines angestellten Facharztes gleicher Fachrichtung

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.: (040) 35 91 4-285
 s.wilhelmi@funk-gruppe.de
www.funk-gruppe.de



Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Angebotsanforderung für BVOU-Mitglieder

Bitte zurücksenden an:

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
 Funk Ärzte Service
 Valentinskamp 20
 20354 Hamburg
fax +49 40 35914-423

Ich bitte um ein Angebot nach dem Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BVOU-Mitglieder.

A) Angaben zur Person und zur Versicherungssumme

Name und Anschrift		Mitglieds-Nr.
[]		[]
[]		[]
[]		[]
Telefon	Telefax	E-Mail-Anschrift
[]	[]	[]
<input type="checkbox"/> Neukunde	<input type="checkbox"/> bereits Funk-Kunde	Bitte FUNK-NR. angeben []
Versicherungssumme:		10.000.000 € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

B) Versicherungsschutz wird wie folgt benötigt

Niedergelassener Arzt (jedoch nicht als Betreiber einer Tagesklinik bzw. eines OP-Zentrums)

ambulant, ohne operative Tätigkeit
 ambulant, inkl. operativer Tätigkeit
 ambulant und stationär, mit [] Belegbetten (durchschnittliche Jahresbelegung)

Es handelt sich um Praxisneugründung Praxisübernahme Praxiseinstieg niedergelassen seit: []

Es wird eine Tagesklinik/ein OP-Zentrum betrieben. ja nein

Falls ja, bitte Rechtsform [] Anzahl der Betreiber []

Es wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bzw. eine Klinik nach § 30 GewO betrieben (falls ja, bitte Fragebogen anfordern) ja nein

Ich bin tätig in einer Gemeinschaftspraxis mit Partnerschaftsgesellschaft (nach PartGG) mit Praxisgemeinschaft mit []

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte (z. B. Entlastungs- oder Dauerassistenten nach § 32 bzw. 32 b) der Ärzte-ZV?) ja nein

Falls ja, Anzahl dieser [] Fachrichtung dieser Angestellten []

Honorararzt (auf freiberuflicher Basis tätige Ärzte ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung)
 honorarärztlich tätig an maximal [] Tagen jährlich

ambulant, ohne operative Tätigkeit
 ambulant, mit operativer Tätigkeit
 ambulant und stationär

Chefarzt

freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, ohne operative Tätigkeit
 freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, inkl. operativer Tätigkeit
 freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär



Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Angebotsanforderung für BVOU-Mitglieder

Oberarzt/Funktionsoberarzt

- freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, ohne operative Tätigkeit
- freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, inkl. operativer Tätigkeit

Sonstiges

- gelegentlich außerdienstlich ambulant

Weitere Konstellationen auf Anfrage möglich.

Mitversicherung Privat-Haftpflicht

- für Familie/Lebensgemeinschaft
- für Single

C) Vorversicherer/Vorschäden

Vorversicherer der letzten 5 Jahre

Versicherungsschein-Nr.

Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Haftpflichtansprüche aus Ihrer beruflichen Tätigkeit (inkl. schwebender Haftpflichtansprüche) geltend gemacht?

- ja nein

Falls ja, bitte eine schriftliche Vorschadenauskunft/Vorschadenübersicht Ihres/r Vorversicherer/s als Anlage beifügen.

Anderenfalls bevollmächtigte ich die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, genaue Angaben bezüglich des bisherigen Schadenverlaufes bei meinem/n Haftpflichtversicherer/n schriftlich zu erfragen.

Ablaufdatum Ihrer bisherigen Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Ist die Vorversicherung rechtskräftig zum Ablaufdatum gekündigt worden?

- ja nein

Ohne diese zwingenden Angaben (Vorversicherer/Vorschäden) ist die Erstellung eines adäquaten Versicherungsangebotes nicht möglich! Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

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



> Tassimo

>> Vielfalt auf Knopfdruck!

TASSIMO bereitet Ihnen Ihr Lieblingsgetränk perfekt zu – vom Filterkaffee über Latte Macchiato, Espresso bis hin zu leckeren Kakao-Spezialitäten und Tee. Jetzt zum günstigen Angebotspreis inklusive Probierversammlung.

Nachlass: 54 %



> Jochen Schweizer

>> Ihr Spezialist für Erlebnisgeschenke

Erfüllen Sie sich Ihre Kindheitsträume, gönnen Sie sich bei unvergesslichen Wellness- und Kurzurlaubsangeboten pure Romantik, fühlen Sie den Ruf der Freiheit. Wir zeigen Ihnen den Weg aus dem Alltag!

Nachlass: 14 %



> Mehr! Entertainment

>> Tolle Musicalangebote

z.B. Starlight Express - FEIERN SIE MIT: Mitreißend, furios, unvergleichlich schillernd und bunt - Diese Show fasziniert Groß und Klein von der ersten Sekunde an! Erleben Sie das Rekord-Musical nach dem Jubiläum jetzt in ganz neuem Glanz.

Nachlass: bis zu 25%



> MeinAuto.de

>> Deutsche Neuwagen zum Vorteilspreis

Sparen Sie jetzt bequem beim Neuwagenkauf. Keine Reimporte, volle Herstellergarantie – und dabei bis zu 35% sparen. Unser Service ist TÜV-geprüft.

Nachlass: bis zu 35%



Neue Mitglieder

Volker **Apell** · Würzburg
 Dr. Vahdettin **Bayraktar** · Bad Abbach
 Dr. med. Anja **Beberhold** · Saalfeld
 Prof. Dr. med. Alexander **Beck** · Würzburg
 Markus **Beck** · Balingen
 Dr. med. Maren **Blumstengel** · Berlin
 Dr. med. Raul **Borgmann** · Freiburg
 Sebastian **Dugaro** · Goslar
 Dr. med. Tobias **Düll** · Baldham
 Dr. Claus-Rüdiger **Ehlen** · Essen
 Dr. med. Roland **Fritz** · Berchtesgaden
 Dr. med. Jörn-Carsten **Gellrich** · Stuttgart
 Ardeshir **Ghiassi** · Unna
 Dr. med. Stefan **Gobisch** · Kiel
 Dr. med. Angelika **Keiling-Kromarek** · Erkner
 Dr. med. Thomas **Klein** · Salzgitter
 Dr. Adriane **Krings** · Aachen
 Dr. Axel **Marx** · Berlin

Dr. med. Markus **Mayer** · Neunkirchen
 Dr. med. Reza **Mesrian** · Köln
 Byung Jin **Moon** · Bonn
 Dr. med. Sven **Sarfert** · Mainz
 Dr. med. Katrin **Schäfer** · Altenberg
 Dr. med. Torben **Schick** · Osnabrück
 Dr. med. Jan **Schilling** · Hamburg
 Dr. med. Natalie **Sirtl-Dodenhöft** · Augsburg
 Rainer **Söndgen** · Neunkirchen-Seelscheid
 Dr. med. Thorsten **Sprafke** · Münster
 Henning **Tautz** · Berlin
 Dipl.-Med. Frank **Teubner** · Leipzig
 Doctor-medic Ionel **Toma** · Potsdam
 Tip Dr. cukurova Nail **Tümkaya** · Gegenbach
 Andreas **Wahl** · Biberach
 Dr. Christian **Walz** · Augsburg
 Willi **Wollny** · Kreuztal

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Niedersachsen

Bezirk Osnabrück: Dr. med. **Johannes Höing** aus Lingen wurde zum Bezirksvorsitzenden wiedergewählt. Als Stellvertreter wurde Dr. med. **Martina Kersten** aus Belm wiedergewählt. Dr. med. **Andreas Heine** aus Haselünne ist von seinem Amt als Stellvertreter Bezirksvorsitzender zurückgetreten.

Westfalen-Lippe

Landeswahlen: Dr. med. **Angela Moewes** aus Bochum wurde zur Landesvorsitzenden wiedergewählt. Als Stellvertreter wurde Dr. med. **Stefan Heidl** aus Steinfurt gewählt. Als Verwaltungstellenvorsitzender Münster wurde Dr. med. **Christian Baumgart** aus Münster gewählt; er ist Nachfolger von Dr. med. **Karl Stadtmann** aus Bielefeld.

Rheinland-Pfalz

Bezirk Koblenz: Dr. med. **Michael Sicker** aus Idar-Oberstein wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt; er ist Nachfolger von Dr. med. **Jochen Ritzenhoff** aus Mendig, der als Stellvertreter gewählt wurde.



Am 22. Oktober 2013 fand im Rahmen des DKOU die Mitgliederversammlung der DGOU statt.

Protokoll der Mitgliederversammlung der DGOU



22. Oktober 2013, 12.45 bis 13.50 Uhr, Großer Saal, Messe Süd, Berlin

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Hartmut Siebert

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

Prof. Hoffmann begrüßt im Namen des Vorstandes die Teilnehmer, stellt die fristgemäße Ladung wie auch die Beschlussfähigkeit fest und eröffnet die Sitzung. Der Einladung sind 119 Mitglieder gefolgt. Zu Beginn erheben sich alle von ihren Plätzen, um der verstorbenen Mitglieder still zu gedenken.

Der Mitgliederversammlung liegt der schriftliche Antrag auf Ergänzung der Tagesordnung um folgende Punkte vor: 7.4 Wahl des Generalsekretärs 2014–2015, 7.5 Wahl des Stellvertretenden Generalsekretärs 2014–2015 und 7.6. Wahl des Schatzmeisters 2014–2015. In offener Abstimmung wird dies einstimmig angenommen.

2. Bericht der Präsidenten

Prof. Hoffmann berichtet über die Schwerpunkte der Arbeit der beiden Prä-

sidenten im zurückliegenden Jahr. Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung, zu der die Fachgesellschaften zur Mitarbeit aufgefordert waren, wird derzeit von der Bundesärztekammer zurückgestellt, so dass mit der mit der Behandlung des Themas MBWO auf dem Bundesärztertage nicht vor 2015 zu rechnen ist.

Parallel zum DKOU findet der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung im ICC statt. Zwischen der DGOU und den DKVF-Präsidenten Prof. Dreinhöfer, PD Dr. Stengel und Prof. Neugebauer besteht ein Kooperationsabkommen. Einige Sitzungen werden in den DKOU integriert, und es ist auch ein Shuttle-Service zwischen den beiden Kongressen eingerichtet, damit möglichst viele Besucher beide Veranstaltungen wahrnehmen können.

Zahlreiche Projekte der DGOU wurden vorangetrieben, wie zum Beispiel das Registernetzwerk, das Leitlinienportal mit eigener Homepage zur Unterstützung der Leitlinienerarbeitung und -weiterentwicklung, das TraumaNetzwerk, die

O&U- Zentrenbildung und der Werbeflyer zur Erweiterung des DGOU- wie des BVOU-Mitgliederkreises. Beim Projekt EndoCert sind die Unfallchirurgen mit dem Traumamodul einbezogen. Das Referat Internationale Angelegenheiten unter Leitung von Prof. Niethard und Prof. Josten hat nach einer Bestandsaufnahme europäischer und darüber hinausgehender Sektions-Aktivitäten seine Tätigkeit aufgenommen. Der erste Jahrgang „Physician Assistant“ schloss im September 2013 mit Erfolg den akkreditierten Studiengang „Bachelor of Science Physician Assistance“ mit Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie an der Steinbeis-Hochschule ab.

In Zusammenarbeit mit dem BVOU findet am 26. November 2013 in Berlin die Zukunftswerkstatt zum Thema „Finanzierung der Weiterbildung in O&U – Anspruch, Wirklichkeit, Perspektiven“ mit internationaler politischer Beteiligung statt. Auch vom Umzug auf eine gemeinsame Büroetage gemeinsam mit dem Berufsverband im Tiergartentower wird die Stärkung der Zusammenarbeit erwartet.

Neben den Werbeflyern der DGOU zielen auch DGOU-Krawatten und -Pins auf die gemeinsame Identitätsfindung. Alle Mitglieder sind aufgefordert, in den Kliniken und ihren Arbeitsbereichen für die DGOU-Mitgliedschaft zu werben, damit die öffentliche Wahrnehmung des gemeinsamen Faches intensiviert wird.

Der Präsident bedankt sich unter anhaltendem Beifall der Mitglieder bei Prof. Hartmut Siebert für acht Jahre Engagement als DGU- und fünf Jahre als DGOU-Generalsekretär.

Prof. Kladny ergänzt, dass aus dem gemeinsamen Arbeitsauftrag und in mehr als zweijähriger gemeinsamer Kongressvorbereitung neben guter Zusammenarbeit auch Freundschaften erwachsen sind. Zum aktuellen Kongress führt er aus, dass das Kongressformat von Dienstag bis Freitag aus Rücksichtnahme auf die Industrieaussteller belassen wurde. Um Konkurrenzveranstaltungen zu den Mitgliederversammlungen zu vermeiden, wurde auf Mittagsvorlesungen verzichtet. Generell dauern die Sitzungen maximal nur noch 1,5 Stunden. Die Anzahl der Sitzungen hat sich nur gering verändert, so dass insgesamt 1.867 Seminare und Kurse stattfinden. Daneben gibt es den Tag der Sektionen und Arbeitsgruppen, den Patiententag Arthrose sowie den Tag der Studierenden. Die ADO führt das Kongressprogramm am Freitag und Samstag für Niedergelassene auf deren Wunsch fort. Der neue Standort und das neue Zeitkonzept wurden gut angenommen – was sich in der wachsenden Zahl der Vorregistrierungen von mehr als 5.000 Teilnehmern widerspiegelt.

Die Gastländer Spanien und Österreich sind ebenfalls mit einem vielfältigen Seminarangebot beim DKOU vertreten. Die Zusammenarbeit zwischen der DGOU und der Chinese Orthopaedic Association (COA) wird neben einer 100-köpfigen Delegation im Zusammenhang mit dem WAO-Kongress in Berlin unter anderem durch die Berlin Declaration ausgebaut, die im Bundesministerium für Gesundheit zur Unterschrift ansteht. Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie und die DGOU erfahren eine weltweite Anerkennung und Wahrnehmung, was sich an der internationalen Besucherregistrierung und auch der bis auf wenige Quadratmeter

ausgebuchten Ausstellungsfläche ableasen lässt.

3. Bericht der Generalsekretäre

Prof. Siebert berichtet über das erfolgreiche Zusammenführen der Strukturen von Orthopädie und Unfallchirurgie während neun gemeinsamer Jahre DKOU, zehn Jahre Facharzt in Orthopädie und Unfallchirurgie und fünf Jahre DGOU. Mit dem Zusammenführen auf einer Büroetage von BVOU, DGOU und VLOU geht nicht nur ein Traum in Erfüllung, es werden auch Synergie-Effekte erwartet. Zudem bietet der neue Sitz im Tiergarten-Tower Platz für Sitzungen der AGs, Ausschüsse, Sektionen und Kommissionen. Prof. Siebert dankt allen Beteiligten für die rasche Bewältigung des Geschäftsstellen-Umzugs.

Die neue Website (www.dgou.de) ist online und bietet den Mitgliedern in Kürze die Möglichkeit, sich für den internen Mitgliederbereich anzumelden und dort Sitzungsunterlagen sowie die aktuellste Ausgabe der „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“ einzusehen. Ergänzt wird das Angebot durch den Facebook-Auftritt der DGOU (www.facebook.com/dgou.ev), der als Kommunikationsplattform und Informationsportal mit Hauptzielgruppe für den Nachwuchs zur Verfügung steht.

Ein Schwerpunkt der Arbeit war und ist die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung, die die Inhalte des Facharztes, die Zusatzweiterbildung im Fach, die Basischirurgie, konservative Inhalte und fachgebundenes Röntgen umfasst. Unterstützend tätig waren die Sektionen und das Gremium kammeraktive Mitglieder. Der DGOU-Vorstand und die mit diesem Thema befassten Gremien sind froh, dass die Bundesärztekammer eine Fristverlängerung für die Verabschiedung der Novellierung ins Auge fasst.

Auch die Nachwuchsförderung mittels Stipendien, Preisen ist weiterhin Schwerpunkt. Neben Aktivitäten wie der Summer School und dem Tag der Studierenden auf dem DKOU sollen mit der Roadshow in Münster und weiteren Orten oder den „Tag der Vorklinik“ während des VSOU-Kongresses in Baden-Baden Medizinstudenten für das Fach Orthopädie/Unfallchirurgie begeistert werden. Die Analyse der Ergebnisse wird ergeben,

ob der hohe Aufwand für all diese Aktivitäten eine Fortführung rechtfertigt.

Weitere gemeinsame Projekte in Wissenschaft, Forschung und Lehre sind das Weißbuch Forschung in O&U, das Registernetzwerk wie auch der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog. Bei letzterem hat die AG Lehre zu einem circa 1.000 Seiten umfassenden Papier binnen kürzester Frist eine Stellungnahme verfasst, Fristverlängerung ist aber auch hierbei vonnöten.

Das Medizintechnische und Pharmazeutische Forum (MuP-Forum) erarbeitet eine Checkliste, um in der Flut der Veranstaltungen im Bereich O&U Qualitätsstandards zu erkennen und zu sichern. Ziel ist nicht das Verhindern von Veranstaltungen in Kooperation mit der Industrie, sondern potenziellen Ausstellern und Kongressveranstaltern ein Instrument in die Hand zu geben, künftig Veranstaltungen nach transparenten Qualitäts- und Sicherheitsstandards (Health Care Compliance) zu gestalten.

Im Fokus künftiger Aktivitäten der Gesellschaft stehen laut Prof. Siebert unter anderem die Definition von Inhalten zur Zertifizierung von Zentren und die Auseinandersetzung mit dem Mangel an Nachwuchs durch Perspektiventwicklung für die berufliche Karriere und Familie.

Nach fünf Jahren Arbeit als Generalsekretär der DGOU und nach acht Jahren bei der DGU steht für ihn die Frage im Raum „Mehr Sekretär als General?“ Dies wird von Prof. Niethard auf heitere Art und Weise beantwortet. Mit dem Überreichen einer Collage „Ein Lotse geht von Bord“ würdigt er das Engagement von Prof. Siebert und dankt ihm für die hervorragende Zusammenarbeit im Vorstandsteam.

Prof. von Salis-Soglio ergreift das Wort, um seinen persönlichen Dank für alles, was die beiden Generalsekretäre gemeinsam erreicht haben, auszusprechen. Für ihn sind sie leuchtendes Beispiel und Vorbild aller in Orthopädie und Unfallchirurgie für einen fairen und freundschaftlichen Umgang miteinander im gemeinsamen Bestreben für die progressive Entwicklung des Faches.

Aus den Verbänden

4. Bericht des Schatzmeisters

Prof. Werner Siebert berichtet über die positive Entwicklung im Finanzbereich und die ausgeglichene Bilanz von Ausgaben und Einnahmen. Noch läuft die Finanzierung der DGOU hauptsächlich über die Muttergesellschaften DGOOC und DGU von je 150.000 Euro jährlich. Die DGOU schließt Ende 2013 mit einem fundierten Guthaben von rund 180.000 Euro ab, für das Jahr 2014 wird mit einem vergleichbarem Ergebnis gerechnet.

Die Einnahmen, aber auch die Ausgaben sind seit 2009 gestiegen, was aus der wachsenden Mitgliederzahl und den damit verbundenen höheren Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen resultiert. Zunehmend steht die DGOU finanziell also auf eigenen Beinen – wohlgermerkt ohne Einbrüche der Mitgliederzahlen bei DGOOC und DGU. Auf der Ausgabenseite stehen wachsende Ausgaben für Büro- und Reisekosten, die wachsende Zahl der Projekte wie die zum Beispiel Summer School, DRG Projekt Wechseldopprothetik, der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und erstmals auch Personalkosten durch eine eigene Mitarbeiterin. Die Steigerung der Einnahmen aus DGOU-Mitgliedsbeiträgen wird als Ziel für 2014 definiert.

5. Bericht der Kassenprüfer

Prof. Kienapfel trägt auch im Namen von PD Dr. Laun den Bericht der Kassenprüfer für das Geschäftsjahr 1. Januar bis 31. Dezember 2012 vor. Die Prüfung fand am 4. Oktober 2013 im DGOU-Büro im Tiergarten-Tower statt – in Anwesenheit der zuständigen Sachbearbeiterin des Steuerberaterbüros, des Schatzmeisters und einem Mitarbeiter der Geschäftsstelle. Alle für die Prüfung erforderlichen Unterlagen standen vollständig zur Verfügung, so der Kassenbericht des Steuerbüros, die Rechnungsunterlagen und

Kontoauszüge. Im Ergebnis konnten die beiden Kassenprüfer die sachgerechte und regelhafte Verwendung der Mittel feststellen. Da es keinerlei Beanstandungen gibt, plädieren sie für die Entlastung des Geschäftsführenden Vorstandes.

6. Entlastung des Vorstands

Prof. Pohlemann stellt den Antrag auf Entlastung des Vorstandes. Als Ergebnis der offenen Abstimmung wird mit 1 Nein-Stimme und 14 Enthaltungen der Vorstand entlastet.

7. Wahlen

Vor den Wahlgängen werden die Mitglieder bei einer Probeabstimmung mit der Handhabung des elektronischen Wahlgeräts vertraut gemacht.

7.1 Wahl des Präsidenten 2014

Zur Wahl steht Prof. Dr. Henning Windhagen (Hannover), ergänzende Wahlvorschläge werden nicht gemacht. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 97 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen und 8 Enthaltungen. Prof. Windhagen nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.2. Wahl des Stellv. Präsidenten 2014

Auch für diese Wahl werden keine Ergänzungen zum Vorschlag Prof. Dr. Bertil Bouillon (Köln) als Stellvertretender Präsident des Jahres 2014 beantragt. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 82 Ja-Stimmen, 5 Nein-Stimmen bei 10 Enthaltungen. Prof. Bouillon nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.3. Wahl der Kassenprüfer für das Rechnungsjahr 2014

Der Vorstand schlägt Herrn Prof. Dr. Heino Kienapfel (Berlin) und Herrn PD Dr. Reinhold-Alexander Laun (Berlin) vor. Auf Prof. Kienapfel entfallen in geheimer

Abstimmung 89 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 7 Enthaltungen, auf PD Dr. Laun 82 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen und 6 Enthaltungen. Beide nehmen die Wahl an und bedanken sich für das Vertrauen. Da Dr. Laun persönlich nicht anwesend sein kann, hat er im Vorfeld im Falle seiner Wahl ein schriftliches Einverständnis erklärt.

7.4. Wahl des Generalsekretärs 2014 – 2015

Zur Wahl steht Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard (Aachen), ergänzende Vorschläge werden nicht vorgebracht. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 83 Ja-Stimmen, 7 Nein-Stimmen und 5 Enthaltungen. Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.5 Wahl des Stellvertretenden Generalsekretärs 2014 – 2015

Zur Wahl steht Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt am Main), ergänzende Wahlvorschläge gibt es keine. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 94 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme und 4 Enthaltungen. Auch Prof. Hoffmann nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.6 Wahl des Schatzmeisters

Der Vorstand schlägt Prof. Dr. Joachim Windolf (Düsseldorf) vor. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 77 Ja-Stimmen, 4 Nein-Stimmen und 12 Enthaltungen. Prof. Windolf nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

8. Verschiedenes

Da es keine weiteren Fragen oder Wortmeldungen gibt, dankt Prof. Hoffmann für die Teilnahme, wünscht den Mitgliedern einen erfolgreichen Kongressbesuch und schließt die Mitgliederversammlung um 13.50 Uhr.



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Präsident DGOU



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGOU

Internationale Aktivitäten der DGOU im Fokus

Miriam Buchmann-Alisch

Um die europa- und weltweiten Aktivitäten der DGOU zu ermitteln, zu koordinieren und auszubauen, fand am 9. September 2013 ein Workshop des Referats „Internationale Angelegenheiten“ der DGOU im Airport Congress Center in Frankfurt am Main statt.

Eine kürzlich durchgeführte Umfrage unter den Sektionen der DGOU hatte ergeben, dass die Fachgesellschaft bereits über ein breites Spektrum an wissenschaftlichen und karitativen internationalen Projekten verfügt. „Die DGOU ist international neben Japan und den USA die wichtigste wissenschaftliche Gesellschaft im Fach weltweit“, sagte Prof. Christoph Josten, DGU-Beauftragter im Referat „Internationale Angelegenheiten“ der DGOU, zum Auftakt des Treffens. Wichtig sei es, die bereits bestehenden Aktivitäten in den Gruppierungen der Fachgesellschaft aus Orthopädie und Unfallchirurgie zu nutzen und zu ermitteln, wo weitere Verbindungen und Netzwerke entstehen könnten.

Grenzübergreifende Traumaversorgung

Eines der wichtigsten Ergebnisse des Workshops war die Einigkeit darin, aus diesem Spektrum zunächst auf einige wenige für die Gesellschaft besonders zentrale Projekte zu fokussieren, die sowohl medizinisch als auch politisch interessant sind. Ein Beispiel hierfür war die Priorisierung einer grenzübergreifenden Traumaversorgung durch einen europa-weiten Ausbau des TraumaRegisters DGU und die Diskussion über dessen Finanzierungsmöglichkeiten.

Zu den von den Referenten vorgestellten internationalen Aktivitäten gehörte die Mitarbeit an der Erstellung einer „Trauma care checklist“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese demnächst veröffentlichte Checkliste soll das ATLS-Programm ergänzen und vor allem in Entwicklungsländern eingesetzt werden, wo ATLS aus Kostengründen nicht so weit

REFERAT INTERNATIONALE ANGELEGENHEITEN



Prof. Dr. Christoph Josten ist DGU-Beauftragter im Referat Internationale Angelegenheiten der DGOU.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard ist DGOOC-Beauftragter im Referat Internationale Angelegenheiten der DGOU.

verbreitet ist. Auch die von der AO koordinierte „WHO Global Alliance for Care of the Injured (GACI)“ hat die Verbesserung der Traumaversorgung weltweit zum Ziel.

In der bereits seit 80 Jahren bestehenden, aus Belgien stammenden *Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie* (SICOT) sind viele DGOU-Mitglieder aktiv. Seit einigen Jahren gehört dazu auch ein „Trauma committee“.

Zusammenarbeit mit China

Auf dem orthopädischen Sektor hat die „World Orthopaedic Alliance“ (WOA) eine Zusammenarbeit mit China gestartet. Besprochen wurde, ob eine Zusammenarbeit mit China auch für die DGOU interessant sein könnte, da sich damit ein großes medizinisches Potenzial und ein Land mit Interesse an der Traumaversorgung erschließe. In diesem Zusammenhang fand ein Erfahrungsaustausch zur substanziellen Zusammenarbeit mit Ländern in Asien und mögliche Benefits oder Hemmnisse statt (lesen Sie dazu in dieser Ausgabe: „Für einen Wissenschaftsaustausch mit China“, Seite 690).

Beteiligt ist die DGOU ebenso an der Verkehrssicherheitsdekade der WHO. Diskutiert wurde über die möglichen Vorteile, im Rahmen einer „UN Road Safety Collaboration“ noch enger zusammenzuarbeiten.

EU-einheitliche Definition von Schwerstverletzten

Ein EU-weites Projekt ist die Vereinheitlichung der Definition eines Schwerstverletzten. „Aktuell werden amtliche Unfallstatistiken europaweit sehr unterschiedlich erhoben, gepflegt und ausgewertet“, sagte Dr. Uli Schmucker, Leiter der AG Prävention der DGOU. Die EU hat sich zum Ziel gesetzt, die Erhebung auf wissenschaftlich fundierte Kriterien unter Einbeziehung eines medizinischen Kriteriums harmonisiert umzusetzen. Politisch und fachlich zuständig dafür ist in Deutschland die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), die dafür mit der DGU kooperiert. Als erster Schritt zur Umsetzung soll es zunächst eine Erfassung in einer kleiner repräsentativen Stichprobe geben, die hochgerechnet wird. Ein zu lösendes Problem auf dem

Aus den Verbänden

„Die DGOU ist international neben Japan und den USA die wichtigste wissenschaftliche Gesellschaft im Fach weltweit.“

Prof. Dr. Christoph Josten

LINKLISTE

„Trauma care checklist“ der WHO
www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/trauma/en/index.html

„WHO Global Alliance for Care of the Injured“ (GACI)
www.who.int/violence_injury_prevention/services/gaci/en/

Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SICOT)
www.sicot.org/

„Boundless Trauma Care Central Europe“ (BTCCE)

Sign Fracture Care
<http://signfracturecare.org>

Weg dahin ist insbesondere in Deutschland noch der Datenschutz, da hierzulande ein Arzt nicht dazu berechtigt ist, MAIS-Score-Daten an Polizisten weiterzugeben.

Vorgestellt wurde unter dem Aspekt einer möglichen Kooperation auch das Netzwerk „Sign Fracture Care“, in dem sich Hersteller von Implantaten, die für den Gebrauch in Schwellenländern bestimmt sind, zusammengeschlossen haben.

Projekt zur Verbesserung der Rettungsbedingungen

Als „Special Focus“ stellte das Team um Prof. Hans-Christoph Pape das Projekt

„Boundless Trauma Care Central Europe“ (BTCCE) vor. Hierbei handelt es sich um ein grenzüberschreitendes Projekt zur Verbesserung der Rettungsbedingungen in der Euregio Aachen. Ziele sind eine Vereinheitlichung von Behandlungsstandards und -qualität, eine Verbesserung der Kooperation über Staatsgrenzen hinweg sowie die Entwicklung eines europaweiten Traumanetzwerks. Derzeit nehmen Deutschland, Frankreich, Luxemburg und die Niederlande daran teil. Für 2014 ist die Gründung einer wissenschaftlichen Euregio-Akademie im Raum Maastricht geplant.



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

30 Jahre AGA

Von einer Interessensgemeinschaft zur größten Arthroskopie- und Gelenkchirurgie-Gesellschaft Europas

Prof. Dr. Helmut Lill

Von 160 Ärzten aus der Schweiz, Österreich und Deutschland im Jahr 1983 in Zürich als „Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)“ gegründet, ist die „AGA – Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie“ heute mit mehr als 3.700 Mitgliedern die größte Fachgesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie in Europa und eine der größten Gesellschaften weltweit.

Die AGA hat in letzten Jahren unzählige Ärzte in arthroskopischen Techniken

aus- und weitergebildet und ein großes, weltweites Netz geschaffen, um die Ausbildung immer weiter zu verbessern und Innovation und Forschung im Bereich der Arthroskopie zu fördern.

Wissenschaft und Politik

14 AGA-Komitees tragen zur wissenschaftlichen und politischen Entwicklung der Gesellschaft bei:

- Education
- Ellenbogen – Hand

- Fuß und Sprunggelenk
- Gewebe
- Hüfte
- Implantatfreie Kreuzbandchirurgie
- Knie
- Knorpel
- Kommunikation/Mitglieder
- Qualitätsmanagement
- Research
- Schulter
- Standespolitik
- Trauma

Arbeit für arthroskopischen Nachwuchs

351 anerkannte Ausbilder (AGA-Instruktoren) bemühen sich um den arthroskopischen Nachwuchs und die Weiterbildung bereits etablierter arthroskopisch tätiger Ärzte. Mittlerweile 244 AGA-Studenten werden in die Grundlagen der Arthroskopie eingeführt und bekommen kostenfrei die Möglichkeit zu Kongress- und Kursteilnahmen.

Programme und Fellowships

Sponsoring-Programme und Fellowships bieten den Mitgliedern ein breites Spektrum an Erfahrungsaustausch:

- AGA-Sponsoring-Programm für AGA-Mitglieder
- AGA-Internationales-Sponsoring-Programm für Nichtmitglieder aus Europa
- European Arthroscopy Fellowship (21 Tage Reisefellowship in Europa)
- AGA-AIRCAST-Pittsburgh Research Fellowship – ein Jahr Research und klinisches Fellowship
- AGA-AIRCAST-Pittsburgh Clinical Fellowship – sechs Wochen klinisches Fellowship
- AGA-Shoulder Fellowship Vail, USA – ein Jahr Research und klinisches Fellowship
- AGA-Knee and Shoulder Fellowship Paris, France – sechs Monate klinisches Fellowship
- AGA-Smith & Nephew-Shoulder Hospitationsreise – vier Wochen



Eindruck vom Jahreskongress 2013 in Wiesbaden



Der AGA Vorstand bei der AGA-Mitgliederversammlung am 20. September 2013 (v. li. n. re.): Prof. Dr. Roland Becker (D-Brandenburg), Dr. Christoph Lampert – Schatzmeister (CH-St. Gallen), Dr. Florian Dirisamer (A-Linz), PD Dr. Michael Dienst (D-München), Prof. Dr. Philipp Niemeyer (D-Freiburg), Prof. Dr. Peter Angele – Vizepräsident (D-Regensburg), PD Dr. Michael Hirschmann (CH-Bruderholz), Dr. Matthias Flury – Präsident (CH-Zürich), Dr. Christian Hoser (A-Innsbruck), Prof. Dr. Helmut Lill – Sekretär (D-Hannover), Dr. Philipp Heuberer (A-Wien), Prof. Dr. Hermann Mayr – ausgeschieden (D-München), Prof. Dr. Andreas Imhoff – Sonderbeauftragter (D-München), PD Dr. Jens Agneskirchner (D-Hannover)

Aus den Verbänden

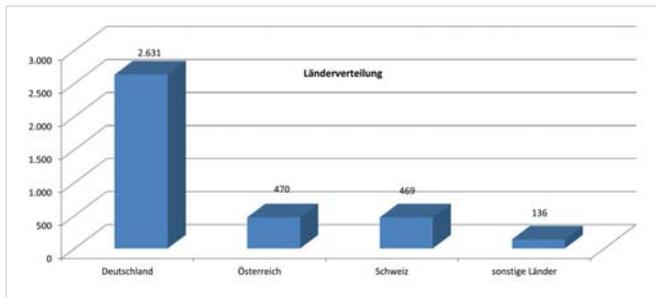


Abb. 1 Mitgliederverteilung auf die Länder

sonstige Länder: Australien, Canada, Frankreich, Fürstentum Liechtenstein, Griechenland, Iran, Italien, Jordanien, Kanada, Kroatien, Libanon, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechoslowakei, Ukraine, Ungarn, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America

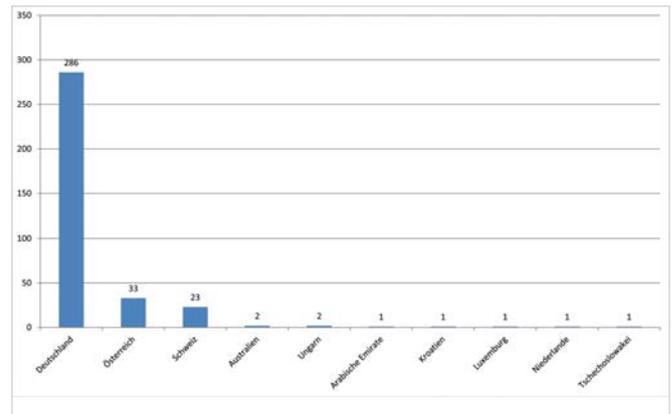


Abb. 2 AGA-Instruktoren Verteilung auf die Länder

Jahr	Stadt	Land
1984	Salzburg	Österreich
1985	Köln	Deutschland
1986	Basel	Schweiz
1987	Innsbruck	Österreich
1988	Frankfurt am Main	Deutschland
1989	Luzern	Schweiz
1990	Wien	Österreich
1991	Berlin	Deutschland
1992	Bern	Schweiz
1993	Hannover	Österreich
1994	Innsbruck	Österreich
1995	Baden-Baden	Deutschland
1996	Davos	Schweiz
1997	Berlin	Österreich
1998	Wien	Österreich
1999	München	Deutschland
2000	Basel	Schweiz
2001	Saarbrücken	Österreich
2002	Innsbruck	Österreich
2003	Dresden	Deutschland
2004	Luzern	Schweiz
2005	Frankfurt am Main	Österreich
2006	Salzburg	Österreich
2007	Köln	Deutschland
2008	Interlaken	Schweiz
2009	Leipzig	Österreich
2010	Wien	Österreich
2011	Regensburg	Deutschland
2012	Zürich	Schweiz
2013	Wiesbaden	Österreich

Tab. 1 Chronologie der AGA-Kongresse

- AGA-Smith & Nephew-Hüftarthroskopie Hospitationsreise – zwei Wochen
- AGA-NVA-Fellowship – eine Woche
- AGA-MITEK-Schulterarthroskopie Fellowship – ein Jahr klinisches und Research Fellowship

Preisverleihungen

Preisverleihungen erhöhen den Anreiz für klinische und experimentelle Innovationen und zeichnen besondere wissenschaftliche Arbeiten aus:

- AGA-medi Award
- Posterpreise
- Preise der Stiftung zur Förderung der Arthroskopie (SFA-Stiftung) (D),
- DJO Research-Day Award
- Alwin-Jäger-Preis

Jahrestagung

Die Jahrestagung bietet neben der Präsentation aktueller Forschungsergebnisse eine Plattform sowohl für die erfahrenen Spezialisten als auch für die jüngeren Kollegen in Weiterbildung.

Bewährte Elemente wie der Research Day, Live-Operationen, Keynote Vorträge und zahlreiche Instruktionkurse sind wesentliche Bestandteile des AGA-Kongresses. Der AGA-Kongress 2013 in Wiesbaden (Kongresspräsidenten PD. Dr. Jens Agneskirchner und PD Dr. Thore Zantop) bot 1.400 Teilnehmern aus 28 Ländern ein breites Spektrum an Aus- und Weiterbildung. Jeder AGA-Kongress ist geprägt durch das jeweilige Land, die Stadt (siehe Tabelle) und die AGA-Kongresspräsidenten.

Der AGA-Vorstand ist ständig bemüht, den neuesten Entwicklungen Rechnung zu tragen, der regelmäßige Wechsel in der Zusammensetzung bewirkt ständige Weiterentwicklung und Innovation.



Prof. Dr. Helmut Lill, Wien, ist Sekretär der AGA.



Teilnehmer X. ASAMI-Kongress München

Jahresbericht 2013 der ASAMI Deutschland e.V.

Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion

Prof. Dr. Dr. Rainer Baumgart

Als jüngste Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat die ASAMI Deutschland in diesem Jahr erstmals eine eigene Arbeitsgruppensitzung im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie abgehalten. Die außerordentlich gut gesuchte Veranstaltung am 22. Oktober 2013, dem Tag der Sektionen/Arbeitsgruppen, zu dem Thema „Beinlängen- und Fehlstellungskorrekturen im Spannungsfeld zwischen Evidenz und Ästhetik“ erfreute sich trotz der frühen Stunde einer hervorragenden Resonanz mit guten Diskussionsbeiträgen. Die in diesem Jahr wohl wichtigste interne Neuerung der ASAMI Deutschland war die von der Mitgliederversammlung am 23. Oktober 2013 in Berlin beschlossene Annahme einer neuen Satzung, die gegen Ende des Jahres wirksam wird. Der Verein erhält damit eine moderne Grundstruktur, die es allen an der rekonstruktiven Chirurgie und Orthopädie Interessierten ermöglicht, auf einer gemeinsamen Plattform zu agieren. Dies soll auch durch den neuen Namen *Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion e.V.* zum Ausdruck kommen. Die Vereinsziele wurden weitgehend analog die Zielen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie angepasst, deren Mitgliedschaft jetzt auch für Neuaufnahmen in der ASAMI Deutschland Voraussetzung ist.

Rückblick

Die ASAMI Deutschland veranstaltete gemäß langjähriger Tradition in diesem Jahr den 15. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten. Gemäß einem Vorstandsbeschluss werden für diese Veranstaltungen eher in sich geschlossene Lokalitäten gewählt, um den Teilnehmern auch nach dem offiziellen Programm noch ein abwechslungsreiches Beisammensein mit viel Zeit für Diskussionen zu bieten. Demgemäß wurde in diesem Jahr für die Veranstaltung vom 26. bis 29. Juni Schloss Friedestrom in Dormagen ausgewählt. Neben der Vermittlung von Grundlagenwissen mit systematischer Darstellung der Gelenkwinkel in den verschiedenen Ebenen hatten die Teilnehmer Gelegenheit, in praktischen Übungen selbst Deformitäten zeichnerisch zu korrigieren und in Workshops an Plastikknöcheln zu üben. Wie bereits bei dem vorangegangenen Kurs in München war es auch diesmal mit Unterstützung von Softwareanbietern möglich, Korrekturplanungen digital durchzuführen und dabei gleich die Unterschiede der verschiedenen Programme kennenzulernen. Ergänzt wurde der Kurs durch Vorträge erfahrener Experten mit vielen praktischen Tipps zur Osteotomie, zu Wachstumslenkungen sowie Planungs- und Korrekturtechniken mit externen Fixateuren und voll implantier-

baren Marknagelsystemen, was in Anbetracht neuerer Implantate immer wichtiger wird. Der 16. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten findet vom 24. bis 26. September 2014 in Bamberg statt.

Der X. Jahreskongress der ASAMI Deutschland fand am 13./14. September 2013 zum zweiten Mal in München, diesmal im Haus der Bayerischen Wirtschaft, statt. Unter den rund 100 Teilnehmern waren auch Kollegen aus Österreich und der Schweiz mit Beiträgen vertreten. Im Gegensatz zu den Deformitätenkursen dienen die Kongresse der ASAMI Deutschland dem Erfahrungsaustausch und sollen ausreichend Gelegenheit für Diskussionen bieten. Diesjährige Themenschwerpunkte waren unter anderem Knochendefekte, Hexapodentechnologien und Distraktionsmarknägel. Der XI. Kongress der ASAMI Deutschland findet im September 2014 in Bochum statt.



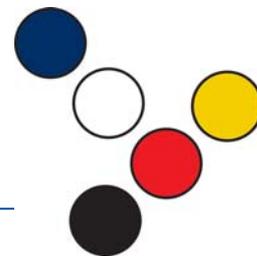
Prof. Dr. Dr. Rainer Baumgart, Präsident der ASAMI Deutschland e.V. und Leiter des Zentrums für korrigierende und rekonstruktive Extremitätenchirurgie München



Die Teilnehmer der AFACOT-Tagung 2013 auf dem Dach des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden

Neues von der AFACOT

Prof. Dr. Joachim Pfeil



Die AFACOT ist ein aktiver Zusammenschluss französischer und deutschsprachiger Kollegen unseres Fachgebietes. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zum Wissenschaftsaustausch als auch zur Verständigung zwischen den beiden Nachbarländern am Rhein. Prof. Philippe Tracol schrieb hierzu treffend vor kurzem: „Il faut que nous restions dynamique pour transformer nos derniers essais réussis.“

Die Treffen der AFACOT finden regelmäßig an interessanten Orten statt. So fand vom 25. bis 30. März 2013 ein Treffen der AFACOT bei den 33èmes Journées Caribéennes d'Orthopédie in St. Martin statt. Der Veranstalter Prof. Jean Louis Rovillain hatte „tables rondes France-Allemagne“ ins Programm aufgenommen. Vom 27. bis 29. September 2013 hielt die AFACOT in den Räumlichkeiten des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden eine wissenschaftliche Tagung mit reger Beteiligung ab. Themen

der Endoprothetik, der dreidimensionalen Bildgebung und Operationsplanung standen im Mittelpunkt. Unseren französischen Kollegen konnten im Anschluss die Kulturlandschaft des Rheingaus und die klassizistische Stadt Wiesbaden genießen.

Mittlerweile ist die AFACOT ein in Frankreich eingetragener Verein. Die AFACOT ist offen für alle Kollegen in französisch- oder deutschsprachigen Ländern. Eine Mitgliedsgebühr wird nicht erhoben. Alle Mitglieder sind zur aktiven Teilnahme aufgerufen. Folgende Veranstaltungen/Treffen sind in naher Zukunft angedacht.

2014 wird Frankreich Gastland beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 21. bis 24. Oktober 2014 in Berlin sein. Den Kongresspräsidenten Dr. Flechtenmacher, Prof. Windhagen und Prof. Bouillon sei gedankt. Ein

wissenschaftliches Programm wird in Kürze erstellt. Am Vortag und am Tag der Sitzung(en) beabsichtigen wir, ein sympathisches „Sozialprogramm“ zusammenzustellen.

Das AFACOT-Mitglied Prof. Philippe Chiron organisiert vom 17. bis 19. September 2014 die französische Hüfttagung in Toulouse, eine Veranstaltung mit ca. 800 Teilnehmern (www.hipnews.org/hiptoulouse). Deutsche Beiträge – abgehalten in französischer oder englischer Sprache – sind erwünscht. Falls jemand einen Beitrag dort einbringen möchte, bitte direkt Prof. Chiron kontaktieren (E-Mail: descorthopaedie@free.fr).

2015 wird – organisiert von dem französischen Generalsekretär der AFACOT Dr. Pierre Henky (phenky@me.com) und dem Schatzmeister der AFACOT Dr. Graftiaux – der SOTEST-Kongress (Société d'orthopédie et de traumatologie de

FRAGEN?

Auskünfte zur AFACOT erteilt Ihnen gern Prof. Dr. Joachim Pfeil. Sie erreichen ihn unter:

Tel. +49 (0) 611-1773601

www.joho.de

pfeiljo@joho.de

l'Est) mit der AFACOT zusammen stattfinden. Der Kongress wird in Straßburg am 5. und 6. Juni 2015 stattfinden. Diese tolle Plattform wird es den AFACOT-Mitgliedern ermöglichen, auf verschiedenen

Themenfeldern einen Wissensaustausch zu tätigen.

Frankreich wird Gastland des Fußkongresses der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.) 2015 in Bayreuth sein. Die AFACOT hat dem Kongresspräsidenten Dr. Arnold Kontakte zu französischen Fußspezialisten vermittelt. Anstehend ist auch eine von JM Glasson organisierte Tagung mit Schulterthemen in Nizza und eine Fußtagung in Bordeaux von Pierre Barouk. Sobald ein konkreter

Termin steht, werden wir dies in den OUMN kundtun.



Prof. Dr. Joachim Pfeil, Wiesbaden, leitet die AFACOT.

Aktuelle Aktivitäten des Ausschusses Wissenschaft und Forschung

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Prof. em. Dr. Lutz Claes

Der Ausschuss Wissenschaft und Forschung stellt die Klammer für vielfältige wissenschaftliche Aktivitäten der verschiedenen Gruppierungen dar. Zu den aktuellen Bemühungen zählt die Zielsetzung, vernetzte wissenschaftliche Projekte zwischen orthopädischen, unfallchirurgischen und grundlagenwissenschaftlichen Akteuren voranzutreiben. Nach dem Vorbild der sehr erfolgreichen Schaffung von Vernetzungen und Arbeitskooperationen im Bereich der DGOOC beabsichtigt die DGOU – mit paritätischer Finanzierung von orthopädischer und unfallchirurgischer Seite –, Projekte zu aktuellen Fragestellungen mit einer Anschubfinanzierung zu fördern. Ein erstes Treffen mit Leitern von Sektionen der DGOU und Mitgliedern der Sektion Grundlagenwissenschaften am 14. Oktober 2013 in Frankfurt hat nach ausgiebiger Diskussion drei Themenbereiche identifiziert, die sowohl orthopädisch als auch unfallchirurgisch mit entsprechender Verknüpfung der Grundlagenwissenschaften bearbeitet werden könnten und aktuelle Fragestellungen aufgreifen:

- Versagensfälle von Implantaten (mit Untersuchung der Explantate)
- Arthrose (posttraumatisch/Postmenisektomie)
- Vorderer Knieschmerz nach Knie-TEP

Darüber hinaus sind weitere Themen identifiziert worden, die zunächst in einem kleineren Kreis in Workshops bearbeitet werden sollen, um die Themenbereiche inhaltlich zu diskutieren:

- Dynamische Implantate in vivo
- Parapleologisches Netzwerk
- Osteomyelitis – Knocheninfekt
- Arthroseschmerz
- Sagittale Wirbelsäulenbalance

Der ebenso vorgeschlagene Themenbereich „Knochenheilung – Remodelling“ wurde in nachfolgender Diskussion zurückgestellt, da in diesem Bereich bereits intensive Aktivitäten laufen, die einen Workshop überflüssig erscheinen lassen.

Natürlich sind die Themen aus der Diskussion nicht abschließend festgelegt. Weitere Themen werden sich im Laufe der Zeit herauskristalisieren. Es wird nun weiter beraten werden, wie die Zusammenarbeit der orthopädisch-unfallchirurgischen Bereiche sowie der Grundlagenwissenschaften von der DGOU gezielt gefördert werden kann.

Fundraising – Chancen und Tücken

Die öffentliche Sitzung des Ausschusses Wissenschaft und Forschung während

des DKOU hat dieses Jahr das Thema „Fundraising – Chancen und Tücken“ aufgegriffen. Mit ausführlichen Referaten wurden zum einen die Voraussetzungen dargestellt, zum anderen an einem eindrucksvollen Beispiel die erfolgreiche Umsetzung demonstriert.

Frau Becky Gilbert stellte in ihrer Funktion als Head of Development and Alumni Relations der ESMT European School of Management and Technology und Vizepräsidentin der European Fundraising Association mit ihrer langjährigen Erfahrung zunächst das Beschaffungsmarketing dar. Zum Fundraising demonstrierte sie markante Daten. So betrug das Spendenaufkommen von Privatpersonen 2012 4,1 Milliarden Euro. Dabei flossen 74 Prozent in humanitäre Hilfe und 7,8 Prozent in wissenschaftliche Projekte. Sehr detailliert demonstrierte sie die strategische Planung bis hin zur Leitbilderstellung und die unterschiedlichen Phasen der Projektentwicklung. Aus ihrer Tätigkeit konnte sie berichten, dass mittlerweile in Deutschland ein erhöhtes Bewusstsein privater Geldgeber besteht und sich auch aus demografischen Gründen eine positive Förderentwicklung abzeichnet.

Herr Dr. Hans Brockard, Regensburg, referierte zu dem schon als Thema anspre-

Aus den Verbänden

chenden Titel „Kuno – 10 Millionen für einen schrägen Vogel“. Dabei handelt es sich um ein Projekt zum Bau einer pädiatrischen Klinik für die Universität Regensburg. Mit spektakulären, öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen wurde im April 2004 eine Auftaktveranstaltung initiiert. Unterschiedlichste Folgeaktionen wurden jeweils von der lokalen Presse begleitet, so dass bereits bis Juli 2004 eine Million Euro an privaten Spenden eingeworben werden konnte und ein Dachverband Regensburger Stiftungen die Verwaltungsaufgabe für Kuno (Kinder Universitätsklinik Ostbayern) übernahm. Bis Ende 2004 kamen drei Millionen Euro zusammen und damit die Politik aufgrund der Bürgerinitiativen unter Zugzwang. Es erfolgte die Zusage für die universitäre Kinderklinik als Neubau, kofinanziert von Kuno

und dem Freistaat Bayern. Auch während der Bauphase der Kinderklinik von 2006 bis 2010 wurden die Aktivitäten fortgesetzt, bis hin zu Kuno-Fanartikeln. Ein weiterer Schritt war schließlich das „Bußgeldmarketing“, dass also Geldstrafen bei Gericht in die gemeinnützige Stiftung Kuno einfließen. Schlüssel der ganzen Aktion, die bis heute 12 Millionen Euro Spendengelder für Kuno zusammengebracht hat, war die Identifikation der Bevölkerung mit ihrer Kinderklinik.

Die beiden Vorsitzenden des Ausschusses Wissenschaft und Forschung arbeiten daran, die beabsichtigte Forschungsförderung der DGOU auf den Weg zu bringen. Wir freuen uns auf die vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten unserer Mitglieder.



Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka



Prof. Dr. Lutz Claes

Tätigkeitsbericht der AGiTEC

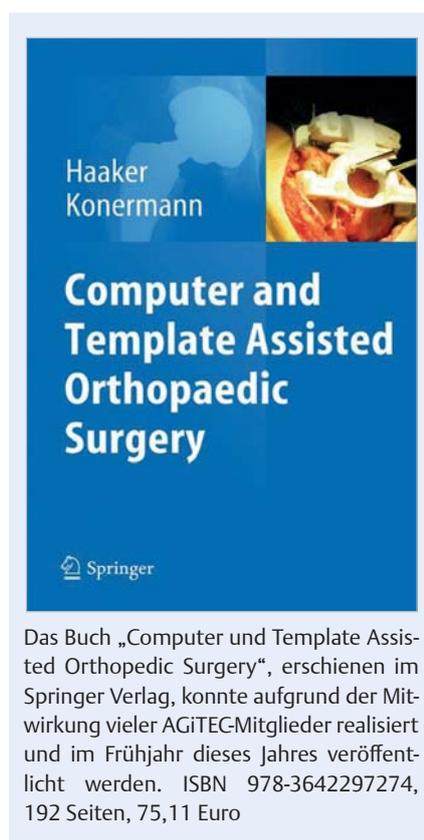
Herbst 2012 – Frühjahr 2014

Prof. Dr. Rolf Haaker

Die Arbeitsgemeinschaft für computerunterstützte OP-Verfahren und moderne 3D-Bildgebung (AGiTEC) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) hat sich im vergangenen Jahr im Wesentlichen mit der Konsolidierung der Arbeitsgemeinschaft nach dem Zusammenschluss unfallchirurgischer und orthopädischer Kollegen unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) beschäftigt. Dabei konnte neben der Organisation von zahlreichen Seminaren und Kongressveranstaltungen beispielsweise eine öffentliche Arbeitsgruppensitzung im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 23. Oktober 2012 unter dem Titel „Minimal-invasive OP-Verfahren – Planung, Visualisierung und Navigation“ gemeinsam durchgeführt werden. Diese gemeinsame Sitzung erfreute sich eines regen Zuspruchs trotz der frühen Terminierung auf dem Kongress.

Darüber hinaus wurde als Ersatz für die ehemalige AGROP-Frühjahrstagung ein Seminar für computerunterstützte Operationsverfahren auf dem Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress in Hamburg durchgeführt. Hier wurden die Techniken der Knie-Implantation mit Navigationsunterstützung dem individualisierten Knie-Totalendoprothesenersatz mit sogenannten individuellen Schnittschablonen auf der Grundlage einer Computertomografie der betroffenen Gelenke Rechnung getragen. Diese Veranstaltung war trotz hervorragender Referenten nur mäßig besucht.

An wissenschaftlichen Projekten wurde die Auswertung des Anteils computerunterstützter Operationsverfahren an dem



Das Buch „Computer und Template Assisted Orthopaedic Surgery“, erschienen im Springer Verlag, konnte aufgrund der Mitwirkung vieler AGiTEC-Mitglieder realisiert und im Frühjahr dieses Jahres veröffentlicht werden. ISBN 978-3642297274, 192 Seiten, 75,11 Euro

Gesamtaufkommen von Gelenkersatzoperationen seitens der Firma BrainLab durch das Agfa-Institut (Nachfolgeinstitution der BQS) durchgeführt. Hier wurden alle im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung erfassten Nebenwirkungen der navigiert und konventionell durchgeführten Gelenkersatzoperationen an Knie und Hüfte verglichen und teilweise erstaunliche Ergebnisse zugunsten der navigiert durchgeführten Knie-Totalendoprothetik erhoben.

Für die Auswertung der letzten beiden Operationsjahre 2011 und 2012 wurden jetzt Mittel von der DGOU zur Verfügung

gestellt. Eine Übersicht über die Ergebnisse wird in Form einer Publikation der AG AGiTEC erfolgen. Auch unser Mitglied J. Franke hatte eine Publikation der AGiTEC erstellt. Im Übrigen konnte ebenfalls auf Grundlage der Mitwirkung vieler Arbeitskreismitglieder in 4. Auflage ein Buchvorhaben mit dem Titel „Computer und Template Assisted Orthopaedic Surgery“, Herausgeber Rolf Haaker und Werner Konermann, Springer Verlag, realisiert werden, in dem die drei Hauptarbeitsgebiete der Arbeitsgemeinschaft – wie navigationsunterstützte Operationen, 3D-fluoroskopisch unterstützte Operationsverfahren sowie die noch junge Disziplin der Individualschnittschablonen-Chirurgie im Bereich des Kniegelenkersatzes sowohl von orthopädischer als auch unfallchirurgischer Seite demonstriert werden.

Des Weiteren fand auf dem DKOU 2013 eine offene Arbeitskreissitzung unter dem Titel „Vergleich computerunterstützter Verfahren“ am Dienstag, den 22. Oktober 2013 in der Zeit von 11 bis 12.30 Uhr statt. Der Besuch war für den ersten Kongressvormittag ausgesprochen erfreulich. Im Rahmen des Süddeutschen Orthopädenkongresses in Baden-Baden ist eine geschlossene Arbeitskreissitzung am 3. Mai 2014 in der Zeit von 14.30 bis 15.30 Uhr zu den Themen Wirbelsäulen-Navigation und CT-unterstützte Operationen kleiner Knochen geplant.



Prof. Dr. Rolf Haaker ist Vorsitzender der AGiTEC.

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

A

Abdelbagi, Elsir Dr. med. · Braunschweig
Abdulwahab, Mohammad · Cloppenburg
Ahnert, Tobias · Bonn
Ali, Thaer Dr. med. · Bonn
Aljohani, Nasser · Mannheim
Allroggen, Thomas · Bonn
Aman, Hilmi · Rheine
Anic, Petra · Berlin
Ascher, Johannes · Merzig

B

Badstübner, René · Berlin
Balcan, Dan-Tudor Dr. med. · Kyritz
Baltes, Annette Dr. med. · Karlsruhe
Bammert, Sonja · Freiburg
Barnert-Quoll, Sabine · Braunschweig
Bartholmé, Nadia · Saarlouis
Bauer, Lisa · Hannover
Bayer, Laura · Meuselwitz
Becker, Frank · Bad Krozingen
Beckmann, Klaas · Münster
Bell, Tillotson William · Braunschweig
Belokobylov, Alexey Dr. · Astana
Bergdolt, Christian · Heidelberg
Betz, Christian Dr. med. · Frankfurt/Main
Beyer, Frank Dr. med. · Köln
Blana, Andreas Dr. med. · Hamburg
Blandu, Nicolae Dr. med. · Eisenhüttenstadt
Bogun, Jörn · Lübeck
Bohdansky, Boris Dr. med. · München
Böhme, Monika · Berlin
Borch, Christoph Dr. med. · Falkensee
Bormann, Nicole · Berlin
Bostaji, Shihab Dr. · Mannheim
Breuhahn, Thomas Dr. med. · Liebfeld
Brucker, Peter U. PD Dr. med. · München

C

Carls, Alexander Dr. · Köln

D

da Silva, Gaspar Dr. med. · St. Leon-Rot
Danner, Andreas · Leingarten
Demmler, Martin Dr. med. · Aachen
Dereser-Storg, Winfried Dr. · Schweinfurt
Desai, Nikolaus Dr. med. · Hamburg
Dill, Tatjana · Straubenhardt
Doepfer, Anna-Katharina Dr. med. · Nürnberg
Drews, Ralf · Oldenburg
Dudey, Rüdiger · Berlin

E

El Helou, Philippus Dr. med. · Rudolstadt
Ellinger, Andreas Dr. med. · Stuttgart
Evers, Christoph · Erlangen

F

Fasco, Frank · Pirmasens
Faulenbach, Miriam · Frankfurt/Main
Faust, Ingo · Wallerfangen
Floros, Evangelos · Hagen
Flöter, Nicola Dr. med. · Berlin
Franke, Sebastian Dr. med. · Freiburg
Frantz, Sandra · Tübingen
Friedmann, Thomas · Herzogenaurach
Friedrich, Peter MuDr. · Tuttlingen
Fries, Fabian · Blieskastel
Frings, Janik · Mainz
Fröhlich, Holger Dr. med. · Zwickau

G

Garbe, Anja · Berlin
Gasser, Ferdinand Dr. med. · Stuttgart
Gebhardt, Sebastian · Mainz
Geyer, Stephanie · Pfronten
Göbbels, Maximilian · Düren
Golditz, Tobias · Erlangen
Goldschald, Kerstin Dr. med. · Münster
Golla, Franziska · Erxleben OT Bregenstedt
Götting, Stephanie · Dortmund
Govorov, Katharina · Heidelberg
Grewe, Jeannine · Bovenden
Gringmuth, Uwe Dr. med. · Rostock
Grzella, Sascha · Bochum
Gundlfinger, Kai · Köln
Gursche, Angelika Dr. · Berlin
Guthoerl, Marc Dr. · Fentange (Luxemburg)

H

Haberstroh, Niklas Felix · Aachen
Hacker, Katharina Dr. med. · München
Hadas, Karin · Frankfurt
Hafer, Judith · Rostock
Halasi, Josef Dr. · Pasewalk
Hald, Joachim · Heidelberg
Haralambiev, Lynbomir · Berlin
Hardt, Sebastian Dr. med. · Berlin
Hech, Dominik · Villingen-Schwenningen
Heidgen, Johanna · Berlin
Hennig, Steve · Erfurt
Herm, Friedbert Dr. med. · Berlin
Hertling, Stefanie · Regensburg

Hodel, Judith · Mannheim Feudenheim
Hofmann, Timm · Freiburg
Holland, Karsten Dr. · Berlin
Holzapfel, Dominik Emanuel Dr. med. · München
Horn, Jana · Berlin

J

Jakob, Dirk Sven Dr. med. · Coesfeld
Janssen, Annemarie Dr. · Heilbronn
Jaschik, Karl Dr. med. · Falkensee
Jessen, Philip Dr. med. · Wiesbaden
Jha, Vandana Dr. med. · Bonn
Jundt, Katrin · Tübingen

K

Kohler, Philipp · Esslingen
Kamawal, Yama · Würzburg
Kerkhoff, Ulf Dr. med. · Duisburg
Kirmeyer, Lea-Sophie · Saarbrücken
Klausing, Anne · Bonn
Knappe, Thomas · Plau am See
Koch, Sarah Dr. med. · Minden
Kohlhof, Hendrik Dr. med. · Köln
Kolobara, Elvis · Bonn
Kopsch, Klaus-Peter Dr. med. · Magdeburg
Kornas, René Dr. med. · Hameln
Korten, Michael · Bochum
Kraft, Saskia-Bo · Frankfurt/Main
Krause, Petra · Berlin
Krempel, Beatrice Dr. med. · Hemer
Kückelhaus, Hans-Gideon · Bielefeld
Kunisch, Dominique · München
Kunzo, Matej · Mühldorf am Inn
Kuth, Julian · Esslingen
Kyriazopoulou, Maria Dr. med. · München

L

Lakemeier, Martin · Neuenkirchen
Latif, Kai-Hares · Köln
Leib, Sabine Dr. med. · Göttingen
Leidel, Adrian · Berlin
Leistra, Freek Dr. med. · Münster
Lemperle, Stefan Dr. med. · München
Lewandowski, Martin Dr. med. · Bremen
Liebenow, Johannes · Bremen
Link, Samuel · Würzburg
Lippisch, Roland · Magdeburg
Löchel, Jannis · Berlin
Locher, Ricarda Dr. med. · Berlin
Lück, Clemens · Berlin
Ludwig, Patrick Dr. med. · Essen

Luhn, Franziska Dr. med. · Berlin
Luther, Isabel · Köln
Lutter, Anna Maria · Kalmar (Schweden)

M

Mailer, Michael Dr. med. · Traunstein
Matri, Florian · Münster
Mayer-Kuckuk, Philipp Dr. rer. nat. · München
Mazuch, Malte Dr. med. · Wesel
Meyer-Kobbe, Josefin · Hannover
Michel, Sebastian · Bad Kissingen
Mildner, Benedikt · München
Minkwitz, Susann · Berlin
Möller, Christian-Martin · Lübeck
Mosafer, Mostafa Dr. med. · Bonn
Müller, Pauline · Berlin

N

Naumann d'Alnoncourt, Silke · Berlin
Neisser, Carl Sebastian Dr. med. · Berlin
Noll, Dagmar · Regensburg

O

Obermeier, Tanja · Braunschweig
Obiombok, Yves · Düsseldorf
Opitz, Martin Dr. med. Hessisch · Lichtenau

P

Pantenburg, Stefanie · Göttingen
Pasqualicchio, Carina · Essen
Patocskai, Gabor · Seligenstadt
Pavelka, Michaela Dr. med. · Salzburg
 (Österreich)
Penner, Tobias · Oerlinghausen
Pietzka, Matthias · Göttingen
Podschivalow, Wjatscheslaw · Villingen-
 Schwenningen
Poltermann, Jan · Berlin
Poppendieck, Björn Dr. med. · Berlin
Preiß, Bettina · München
Pütz, Andreas · Wadern

R

Raslan, Tarek Dr. med. · Berlin
Rauwolf, Kerstin Katharina · Münster
Reckmann, Benjamin Dr. med. · Essen

Rehme, Julia · München
Reichel, Franz · Heidelberg
Reifferscheid, Valentin · Köln
Remmel, Leon-Ivan · Alzenau
Riemann, Johannes · Berlin
Riggert, Stefan · Hamburg
Ritter, Markus · Radebeul
Rommelmann, Peter Dr. med. · Oberhausen
Rouzbeh, Jan Cyrus Dr. med. · Lüneburg
Rüger, Matthias Dr. med. · Garmisch-Parten-
 kirchen
Rühle, Michael · Berlin
Rütten, Laura · Marburg

S

Sahin, Inci · Bielefeld
Sandfort, Mark · Essen
Sandloff, Johannes · Kornwestheim
Sawicki, Olga · Berlin
Schaal, Oliver · Köln
Schaller, Barbara · Jena
Scharge, Maria Luisa · Leipzig
Schattenberg, Torsten Dr. med. · Stuttgart
Scheidmann, Roman · Göttingen
Schettle, Mathias Dr. med. · Berlin
Schiller, Thorsten Dr. med. · Passau
Schneider, Jörg Dr. med. · Ulm
Schneider, Kristian · Mülheim/Ruhr
Schneider, Stefan Dr. med. · Bonn
Schönewald, Marius · Heidelberg
Schrott, Michael Dr. med. · Regensburg
Schulte, Martin · Bochum
Schulze, Matthias Dr. med. · Potsdam
Schumann, Paul · Elmshorn
Schütt, Kosara Carola Dr. med. · Stuttgart
Schwarz, Holger Dr. med. · Bielefeld
Schwarz, Arthur · Berlin
Seitz, Tilmann · Göttingen
Sichardt-Jaschke, Guda · Wiesbaden
Siebenrock, Klaus Prof. · Bern (Schweiz)
Sigel, Alexander Dr. med. · Ottobrunn
Sinan, Abdalrahim · Emden
Smit, Mark Aristo · Heidelberg
Sobotta, Hans-Peter · Braunschweig
Stein, Patrick · Ahrensfelde
Strauß, Andreas · Bonn
Strübing, Felix · Heidelberg

T

Tantow, Mathias Dr. med. · Niederkassel
Terzis, Athanasios · Aschaffenburg
Thiemann, Ruth · Neustadt i. Holstein

Thieme, Robert Dr. med. · Hamburg
Tsironis, Maria · Köln
Tsironis, Georg · Berlin
Tsolov, Deyan · Hildesheim
Tunc, Matay Drs (NL) · Lingen/Ems
Vogt, Dominik · Lübeck
Völkle, Daniela · Stuttgart

V

Vollmann, Julian Dr. med. · München
von Glowacki, Christina Dr. med. · Berlin

W

Wachter, Eva Dr. med. · Berlin
Wagner, Tobias · Freiburg
Waibel, Roman Dr. med. · Bern
Waldenmeier, Leonie · Erlangen
Walder, Julia · Köln
Weißberger, Manuel Dr. med. · Frankfurt/
 Main
Wesselsky, Viktor Dr. med. · Berlin
Wiemer, Peter Dipl. Med. · Berlin
Wiesner, Josephine · Rostock
Wilke, Benedikt · Lübeck
Willie, Bettina Dr. med. · Berlin
Wirtz, Julian · Bremen
Wissen, Inken · Bochum

X

Xiao, Kai · Heidelberg

Y

Yafaei, Kamal · Gießen

Z

Zech, Annegret · Berlin
Zimmermann, Claudia · München

Mitgliederversammlung 2013 der DGOOC

23. Oktober 2013, 12.45 – 13.45 Uhr, Messe Süd
Berlin, Großer Saal

Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



1. Anträge zur Tagesordnung

Professor Kladny eröffnet die Mitgliederversammlung, zu der 54 Mitglieder erschienen sind, und stellt die Beschlussfähigkeit fest. Die Ladung ist frist- und formgerecht erfolgt. Weitere Anträge zur Tagesordnung werden nicht gestellt.

Zunächst erheben sich alle von ihren Plätzen zum ehrenden Gedenken an die seit der letzten Sitzung Verstorbenen.

2. Bericht des Präsidenten

An den Beginn seines Berichtes stellt Professor Kladny kurze Informationen zum DKOU 2013: Die Fachveranstaltungen an allen vier Kongresstagen, diesmal von täglich 9 bis 18 Uhr werden gut angenommen einschließlich des gestrigen Tages der Sektionen. Weitere Höhepunkte sind traditionell der Tag der Studierenden und der Patiententag Arthrose, der gemeinsam mit der Deutschen Rheumaliga veranstaltet wird. Mehr als 5.000 Vorregistrierungen belegen, dass der neue Standort und das neue Zeitkonzept gut angenommen werden. Beispielsweise gibt es zu den Mitgliederversammlungen der Fachgesellschaften keine konkurrierenden Mittagsvorlesungen. Die Ausstellungsfläche ist bis auf wenige Quadratmeter ausgebucht. Gastländer sind diesmal Spanien und Österreich mit einem vielfältigen Seminarangebot. Außerdem nimmt eine 100 Personen umfassende Delegation aus China am DKOU teil. Die gute Zusammenarbeit mit der Chinese Orthopaedic Association (COA) und der World Orthopaedic Alliance (WOA) spiegelt sich unter anderem in der gemeinsamen Verabschiedung der „Berliner Deklaration“ im Bundesministerium für Gesundheit wieder, die mit maßgeblicher Unterstützung von Professor Puhl zustande kam.

Schwerpunkte der DGOOC-Aktivitäten in 2013 waren:

- Das Thema Ausbildung mit den Projekten Summerschool, Tag der Studierenden beim DKOU und „Youngsters“ gemeinsam mit dem BVOU
- Weiterbildung – hier vor allem die Novellierung der Weiterbildungsordnung, an der auch von Seiten der DGOOC mit Vorschlägen in einem knappen Zeitkorsett hart gearbeitet wurde. Die BÄK ist inzwischen in die Fristverlängerung gegangen, so dass mit einer Beratung auf dem Bundesärztertage nicht vor 2015 zu rechnen ist. Zum Thema Finanzierung der Weiterbildung wird es im November eine DGOU-Zukunftswerkstatt geben.
- Ein weiteres Thema war die Weiterentwicklung des gemeinsamen Faches, insbesondere was die konservativen Inhalte und die Bildgebung betrifft, aber auch die Situation an den Hochschulen, die nicht gerade als rosig bezeichnet werden kann. Hier ist es jedoch immer wieder gelungen, die Kommunikation zwischen orthopädischen und unfallchirurgischen Lehrstuhlinhabern in Gang zu bringen.

Gut, dass das von der DGOOC angestrebte Netzwerk Register- bzw. Versorgungsforschung durch die Einbeziehung unfallchirurgischer Netzwerke inzwischen zu einem DGOU-Projekt geworden ist ebenso wie die Arbeitsaufnahme des Referates Internationale Angelegenheiten unter Josten und Niethard – beginnend zunächst mit einer Bestandsaufnahme der zahlreichen Sektionsaktivitäten auf internationalem Parkett. Das gemeinsame Leitlinien-Online-Portal ist endlich zum Laufen gekommen. Gemeinsam mit dem Berufsverband wurden mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz in

Sichtweite zum Bundestag nun auch die ersten 10 Bäume eines geplanten „Orthopäden (und Unfallchirurgen-) Waldes“ gepflanzt. Im Bereich Forschung ist in erster Auflage das Weißbuch Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie erschienen. Das Feld Qualität und Sicherheit in O&U wurde aktiv bestellt mit dem Traumanetzwerk und ebenfalls einem Weißbuch inzwischen in überarbeiteter 2. Auflage. Hierzu gehören auch das Engagement zahlreicher Mitglieder im Bereich EPRD Endoprothesen-Register, EndoCert und in der AG Implantatesicherheit.

Beständig arbeitet der Vorstand am Thema Gestaltung der Zukunft von Orthopädie & Unfallchirurgie – beispielsweise durch stärkere Definition der Inhalte, was die Spezielle Orthopädische Chirurgie/Spezielle Unfallchirurgie betrifft, die Kinderorthopädie, die Orthopädische Rheumatologie wie auch die konservativen Inhalte des Faches. Wichtig ist und bleibt es, qualifizierten Nachwuchs zu rekrutieren, was mit Arbeitszeitmodellen, die auch die Familie berücksichtigen, mit der Fortsetzung von Summerschool und Studierendentag beim DKOU kontinuierlich betrieben wird.

Professor Kladny dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in einem für ihn als Präsidenten spannendem Arbeitsjahr und ruft dazu auf, den Bereich O&U noch enger und effektiver zusammen zu fügen.

3. Bericht des Generalsekretärs

Professor Niethard dankt den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für einen erfolgreich gemeisterten Geschäftsstellenumzug und das nun lang geplante Zusammenwachsen gemeinsam mit dem DGU-Team. Da nun auch der Berufsverband auf einer Etage zu finden ist, sollten sich künftig Synergien für den Bereich

O&U besser erschließen lassen. Die Aufgaben werden nicht kleiner – auch hinsichtlich der noch immer wachsenden Mitgliedschaft – aktuell in der DGOOC circa 3.500. Zusammen mit den Unfallchirurgen und den „reinen“ Mitgliedern in der DGOU wird das Überschreiten der Schallgrenze von ca. 10.000 Mitgliedern im nächsten Jahr erwartet.

Zu der langen Liste der Aufgaben und Projekte der Gesellschaft im zurück liegenden Jahr greift der Generalsekretär unter anderem folgende Schwerpunkte heraus:

- Die Vertretung der speziellen orthopädischen und orthopädisch-chirurgischen Vertretung der Mitgliederinteressen auf nationaler, zunehmend auch auf internationaler Ebene. Dazu gehören zum Beispiel die Aktivitäten in der AWMF zur Erstellung und Überarbeitung zahlreicher Leitlinien wie auch die Vertretung in der EFORT. Als zahlungskräftiges Mitglied setzt sich die Gesellschaft dafür ein, dass neben den bisherigen zwei Vertretern (aus DGOOC und BVOU) auch die DGU als Neu-Mitglied zusätzlich Stimmberechtigung in der EFORT erhält. Als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird natürlich auch mit Interesse verfolgt, ob die zeitliche Entfernung des DGCH-Kongresses im März nächsten Jahres vom VSOU-Kongress im Mai von Nutzen ist für die jeweiligen Kongressergebnisse. Inzwischen auch in räumlicher Nähe mit den Büros von BÄK, GBA, AQUA, IQWiG und DKG wird die DGOOC zunehmend als ernst zu nehmender Partner auf politischer Ebene akzeptiert, was bisher nicht in jedem Fall selbstverständlich war.
- Bei den Projekten ist der Faktencheck Knie gemeinsam mit der Bertelsmann-Stiftung inzwischen veröffentlicht, Versorgungsatlas und Patientenaufklärung sind auf den Weg gebracht, EPRD und EndoCert sind installiert. Der Vorschlag für die Zentrenbildung Tumororthopädie ist noch in Diskussion. Auch konservative Inhalte in O&U wie zum Beispiel Schmerzzentren und Reha-Zentren erfahren große Beachtung und Unterstützung.

Anknüpfend an die Ausführungen des Präsidenten legt Professor Niethard dar,

dass das Thema Weiterentwicklung von O&U circa die Hälfte des Arbeitsvolumens des Generalsekretärs ausmacht, und das ist auch gut und richtig so. Dazu gehören nicht nur die intensive Erarbeitung von Vorschlägen für die gemeinsame Weiterbildungsordnung oder die Zukunftswerkstatt zur Finanzierung der Weiterbildung, sondern auch das MuP-Forum zur Entwicklung von Qualitätsstandards der Fachkongresse, gemeinsame Projekte wie die Qualitätssicherung, das Netzwerk Registerforschung bis hin zur gemeinsamen Mitgliederverwaltung. Nicht zu vergessen auch das Projekt Bedarfsanalyse, welche Ärztestruktur bis zum Jahr 2050 bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung benötigt wird.

Als Ausblick für 2014 setzt Professor Niethard das Schaffen von Synergieeffekten zwischen O&U auf die Agenda ebenso wie das Vermeiden von Redundanzen bezüglich der Gremienarbeit – wenn beispielsweise in den Vorstandssitzungen der drei Gesellschaften wie auch in den drei Mitgliederversammlungen im Wesentlichen jeweils dieselben Fragen behandelt werden.

4. Bericht des Schatzmeisters

Professor Siebert kann für den vergangenen Berichtszeitraum eine ausgeglichene Bilanz vorlegen. Größere Geldbestände wurden zielgerichtet abgeschmolzen und für neue Projekte wie zum Beispiel die Förderung des Netzwerkes Registerforschung eingesetzt. Sitzungsgemäß werden während des Kongresses wieder zahlreiche Preise und Stipendien zur Förderung der Wissenschaft im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie verliehen. Als größere Positionen im Haushalt sind die Höhe der Reisekosten relativ stabil geblieben ebenso wie die Mitgliedsbeiträge in zahlreichen Organisationen wie EFORT, AWMF, DNVF usw. Aufgrund des Umzuges der Geschäftsstelle ist im laufenden Jahr an dieser Stelle mit höheren Ausgaben als bisher zu rechnen.

Aus der schlüssigen Darstellung des Schatzmeisters ergibt sich kein Diskussionsbedarf.

5. Bericht der Kassenprüfer

Prof. Kienapfel trägt – auch im Auftrag von PD Dr. Jens A. Richter – den Bericht

der Kassenprüfer für das Geschäftsjahr 2012 vor. Die Kassenprüfung erfolgte am 4. Oktober 2013 in den neuen Räumen der Geschäftsstelle im Tiergarten-Tower. Alle Unterlagen wie Kassenbücher, Kontoauszüge usw. lagen ordnungsgemäß und vollständig vor und gaben keinerlei Anlass zur Beanstandung. Daher steht aus Sicht der Kassenprüfer der Entlastung des Vorstandes nichts im Wege.

6. Entlastung des Vorstands

Professor Reichel stellt den Antrag auf Entlastung des Geschäftsführenden Vorstandes. Ergebnis der offenen Abstimmung: einstimmig für die Entlastung bei 8 Stimmenthaltungen durch die Vorstandsmitglieder.

7. Wahlen

Vor dem ersten Wahlgang stellt Professor Niethard kurz die Handhabung der TED-Geräte für die geheime Abstimmung vor. Nach erfolgreichem Probedurchlauf geht es zur Wahl:

7.1. Wahl des 3. Vizepräsidenten

Der Vorstand schlägt Herrn Professor Dr. med. Heiko **Reichel**, Orthopädische Universitätsklinik am RKU in Ulm, als Kandidaten für den 3. Vizepräsidenten und damit für das Amt des Präsidenten für das Jahr 2016 vor. Professor Reichel hat im Vorfeld der Mitgliederversammlung den Vorschlag des Gesamtvorstands der DGOOC, für dieses Amt zu kandidieren, angenommen. Weiter namentliche Vorschläge für dieses Amt gibt es nicht. Ergebnis der Abstimmung: Professor Reichel wird mit 36 Ja-Stimmen, 7× Nein bei 7 Enthaltungen in geheimer Abstimmung gewählt. Er dankt für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

7.2 Wahl des Schatzmeisters

Nach Beendigung der ersten Wahlperiode steht Prof. Dr. med. Werner **Siebert**/Kassel weiterhin für dieses Amt zur Verfügung. Der Gesamtvorstand schlägt ihn daher zur Wiederwahl vor. Die Mitgliederversammlung bestätigt diesen Vorschlag in geheimer Abstimmung mit 49 Ja-Stimmen und 5 Nein-Stimmen. Prof. Siebert nimmt die Wahl an und will auch künftig auf die satzungsgemäße Verwendung der Mittel achten.

Aus den Verbänden

7.3 Wahl des Beirats

Die Beiratsmitglieder Prof. Dr. med. Christian M. **Lüring**, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schwerpunkt Orthopädie, RWTH Aachen und Prof. Dr. med. Carsten-Frank **Perka**, Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie, Charité Berlin, stehen für eine weitere Amtsperiode zur Verfügung. Der Gesamtvorstand empfiehlt ihre Wiederwahl. Weitere Vorschläge werden nicht eingereicht.

Für die beiden Kandidaten wird in geheimer Einzel-Abstimmung wie folgt entschieden: Für Prof. Lüring stimmen

36 Mitglieder mit Ja, 6 mit Nein, und 9 enthalten sich. Er nimmt die Wahl an. Prof. Perka wird mit 35× Ja, 10× Nein bei 3 Enthaltungen wiedergewählt. Da Professor Perka wegen überschneidender Kongresstermine persönlich nicht anwesend sein kann, hat er vorab im Falle einer Wiederwahl die Bereitschaft zur Fortführung seines Amtes erklärt.

7.4 Wahl der Kassenprüfer 2014

Vom Vorstand zur Wiederwahl vorgeschlagen werden Prof. Dr. med. Andreas **Kienapfel**, Auguste-Victoria-Klinikum, Abt. Orthopädie, Berlin und PD Dr. med. Jens Alexander Richter, Klinik für Ortho-

pädie und Unfallchirurgie, Marienhospital Gelsenkirchen. Beide sind mit einer erneuten Kandidatur einverstanden. Weiter Vorschläge liegen nicht vor. Beide werden einstimmig bei 2 Enthaltungen im Block bei offener Abstimmung gewählt und nehmen die Wahl an.

8. Verschiedenes

Da keine weiteren Fragen aus der Mitgliedschaft vorgebracht werden, dankt Professor Kladny allen für die Teilnahme und die gute Zusammenarbeit im vergangenen Jahr und wünscht weiterhin einen guten Kongressverlauf mit interessanten Fachgesprächen.



Prof. Dr. Bernd Kladny,
Präsident DGOOC



Prof. Dr. Fritz Uwe
Niethard,
Generalsekretär DGOOC

Endoprothesenregister Deutschland jetzt in der Einführungsphase



Prof. Dr. Joachim Hassenpflug

Die Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken gehört zu den häufigsten Operationen in Deutschland. Jährlich setzen Ärzte rund 390.000 Hüft- und Knie-Endoprothesen bei Patienten mit starkem Gelenkverschleiß oder nach Brüchen ein. Darin enthalten sind knapp 37.000 Wechseloperationen, bei denen die Kunstgelenke aus verschiedenen Gründen ausgetauscht werden müssen. Jede Revision ist eine zu viel; ausländische Erfahrungen zeigen, dass sich mit Registern die Zahl der Wechseloperationen deutlich senken lässt.

Praxistauglichkeit unter Beweis gestellt

Der Probebetrieb des EPRD, der vom Bundesgesundheitsministerium finanziell gefördert wurde, zeigte erfolgreich die Praxistauglichkeit des Systems. Das vom EPRD entwickelte Datenflusskonzept ermöglicht die Erfassung und Auswertung der implantierten Hüft- und Knieendoprothesen mit Hilfe der eingesetzten Barcodetechnologie und der Produktdatenbank. Die Zusammenführung der Registerdaten mit den Routinedaten der Krankenkassen hat sich als praktikabel erwiesen, und die Datenflusswege über die Vertrauensstelle funktionieren. Probleme, die das Registerkonzept grundsätzlich in Frage stellen oder eine grundlegende Überarbeitung erforderlich machen, sind nicht aufgetreten.

Das Gespräch mit den Anwendern hat wertvolle Hinweise erbracht, mit denen das System bis zum bundesweiten Einsatz in der Routine noch weiter verbessert werden konnte. Insbesondere die Integration der Datenerfassung in die IT-Umgebung der einzelnen Krankenhäuser wird mit den Softwareherstellern von Krankenhaussoftware vorangebracht, um den Dokumentationsaufwand wie geplant auf ein Minimum zu reduzie-

ren. Die Produktdatenbank umfasst inzwischen mehr als 34.000 Einträge und schließt bis auf wenige Ausnahmen fast alle in Deutschland vertretenen Hersteller ein. Die hohe Granularität der Klassifikation und Beschreibung der Implantate ist in der Produktdatenbank des EPRD weltweit einmalig und erfährt international eine hohe Wertschätzung. Bis Mitte Oktober 2013 wurden fast 11.000 Operationen einschließlich der implantierten Prothesenkomponenten erfasst. Eine erste Prüfung der Daten hat bereits deren gute Dokumentationsqualität bestätigt.

Teilnahme am Register ist Voraussetzung für Endocert

In der Einführungsphase können seit Juli 2013 alle deutschen Krankenhäuser am Register teilnehmen. Mehr als 400 Kliniken haben ihr Interesse an einer Teilnahme mitgeteilt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), vertreten durch ihren Hauptgeschäftsführer Georg Baum, empfiehlt allen Kliniken, am Endoprothesenregister Deutschland teilzunehmen. Insbesondere auch für Kliniken, die sich nach Endocert zertifizieren lassen wollen, ist die Teilnahme am EPRD dafür eine wesentliche Voraussetzung. Für interessierte Krankenhäuser wurden rege besuchte zentrale Informationsveranstaltungen angeboten. Die Teilnahme am EPRD wird künftig ein Qualitätsmerkmal für eine Krankenhausabteilung sein, nach dem auch die Patienten und die einweisenden Ärzte fragen werden.

Patienten und Kliniken haben vielfachen Nutzen durch das EPRD. Die EPRD-Kliniken erhalten einen klinikspezifischen Bericht vom Register. Er liefert zuverlässige und übergreifende Fakten zur Patientensicherheit. Er gibt unter anderem Aufschluss darüber, wie sich die Zahl der Wechseloperationen entwickelt hat

und warum es zu Wechseloperationen gekommen ist – bezogen auf das eigene Haus und im Vergleich zum Durchschnitt aller teilnehmenden Kliniken. Zugleich erleichtert es das EPRD, Patienten bei Bedarf rasch und gezielt über ihr Implantat zu informieren. Die Patienten von teilnehmenden Abteilungen erhalten einen Implantatpass des EPRD, der den aktuellen gesetzlichen Anforderungen entspricht und der auch nach Verlust jederzeit leicht neu erstellt werden kann.

Wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet

Das Konzept der Einbindung aller Beteiligten in den Aufbau des Registers hat sich bewährt. Nur so können die hohen fachlichen Kompetenzen der Partner aus den verschiedenen Bereichen zusammengeführt und zum Nutzen für das Register umgesetzt werden. Als gemeinnützige GmbH und 100-prozentige Tochter der DGOOC ist das Endoprothesenregister Deutschland ausschließlich wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet. Transparente Prozesse sowie die Unabhängigkeit und Neutralität der Auswertungen sind wesentliche Rahmenbedingungen des EPRD, die nicht gefährdet werden dürfen. Das Register ist für weitere Partner offen, zum Beispiel von bisher noch nicht eingeschlossenen Betriebskrankenkassen, Privatversicherern und weiteren Herstellern.



Prof. Dr. Joachim Hassenpflug,
Geschäftsführer der
EPRD Deutschland
GmbH

Ein Jahr Zertifizierung von EndoProthetikZentren

EndoCert – eine Zwischenbilanz

Prof. Dr. Holger Haas

Nachdem das von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) initiierte und mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) im Oktober 2012 in Betrieb genommene System zur Zertifizierung von EndoProthetikZentren jetzt ein Jahr angewendet wird, ist dies ein willkommener Anlass, um eine Zwischenbilanz zu ziehen und einen Ausblick auf die weitere Entwicklung zu geben.

Die aktuellen Zahlen belegen, dass das Angebot zur Zertifizierung mit außerordentlich großem Interesse angenommen wird. Zum 4. Oktober 2013 verfügten 53

Zentren über ein gültiges Zertifikat. Bei 126 Einrichtungen waren die Erhebungsbögen eingereicht und das Verfahren eingeleitet. Nach Prüfung durch die Zertifizierungsstelle ClarCert und Bewertung durch die Fachexperten erfolgt das Audit vor Ort und die abschließende Bewertung durch den Zertifikatserteilungsausschuss.

Großes Interesse der Öffentlichkeit

Erfreulich ist auch das große Interesse der Öffentlichkeit. Als Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität in dem gesundheitsökonomisch wichtigen Bereich der Endoprothetik wird EndoCert als relevanter Beitrag unserer Fachgesellschaft wahrgenommen. Auch Vertreter des Gemeinsamen Bundesausschusses haben sich

mit den aufgestellten Kriterien auseinandergesetzt. Erkenntnisse hieraus werden in die Diskussion um die Nachfolge der Mindestmengenregelung einbezogen. Zudem besteht auch Nachfrage aus anderen europäischen Ländern. Einzelne Kliniken haben sich bereits dem Zertifizierungsprozess unterzogen und von den positiven Effekten auf die eigenen Arbeitsabläufe profitiert, die auch bei deutschen Kliniken feststellbar sind.

74 Fachexperten im Einsatz

Die hohe Nachfrage erfordert einen enormen Einsatz auf Seiten der beteiligten Fachexperten und der offiziellen Zertifizierungsstelle ClarCert. Dennoch lassen sich Verzögerungen bei der Bearbeitung der Zertifizierungen nicht vermeiden, da die benötigten Fachexpertinnen und -experten ja selber in der Endoprothetik tätige Operateure sind und in ihren Einrichtungen für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen müssen. In bisher neun Schulungskursen wurden insgesamt 211 ärztliche Kolleginnen und Kollegen auf ihre Aufgabe vorbereitet. Aktiv beteiligen sich 74 Fachexperten an der Zertifizierung.

Wichtig für den nachhaltigen Erfolg des Verfahrens ist eine gleichmäßige Bewertung der Zentren durch die Fachexperten. Um dies zu gewährleisten, sind regelmäßige Schulungen vorgesehen. Zuletzt wurde ein Erfahrungsaustausch im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2013 angeboten, der durch eine hohe Beteiligung der Fachexperten und eine lebhaft geführte Diskussion gekennzeichnet war.

Information ist das A und O

An einer Zertifizierung Interessierte hatten ebenfalls im Rahmen des DKOU Gelegenheit, an einer Informationsveranstaltung teilzunehmen. Die engagierten Fra-



Abb. 1 Räumliche Verteilung der zertifizierten EndoProthetikZentren

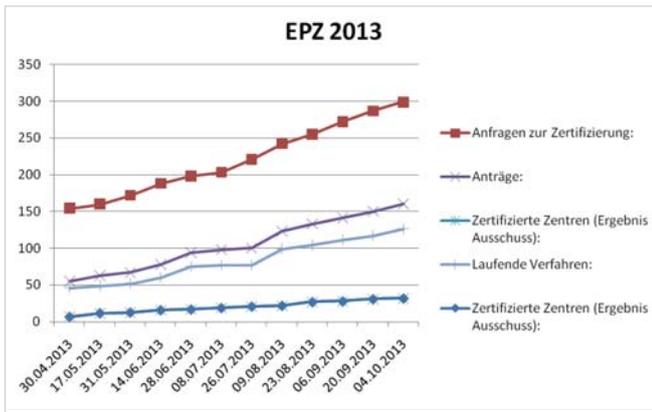


Abb. 2 Übersicht über die Entwicklung der Zertifizierungen in Deutschland. Da nach einem Audit oftmals noch Maßnahmen durch die auditierte Einrichtung zu ergreifen sind, ergibt sich eine Abweichung zwischen der Anzahl laufender Verfahren und abgeschlossener Zertifizierungen.

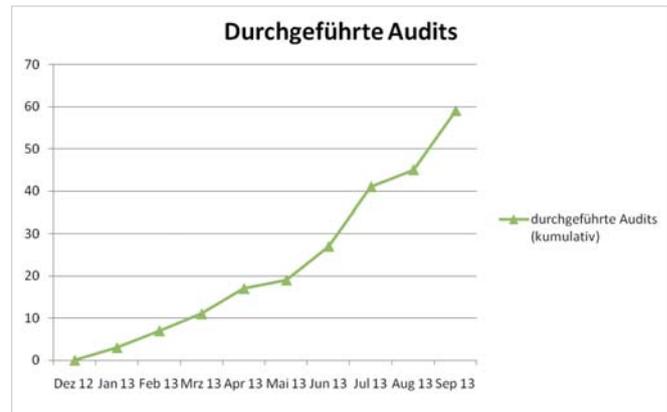


Abb. 3 Kumulative Darstellung der durchgeführten Audits. Nach Behebung der festgestellten Abweichungen und der abschließenden Bewertung durch den Zertifikatserteilungsausschuss erfolgt die Zertifikatvergabe.

gen und die in vielen Punkten ausräumbaren Missverständnisse haben gezeigt, wie wichtig eine regelmäßige Information der Beteiligten zum EndoCert-System ist.

Die für die Weiterentwicklung der Initiative und zur Klärung von Grundsatzfragen zuständige Zertifizierungskommission hat im laufenden Jahr an zwei Terminen getagt und die offenen Punkte zu den Erhebungsbögen bearbeitet. In einer zweiten Version der Bögen werden die eingearbeiteten Änderungen zu Beginn des Jahres 2014 veröffentlicht.

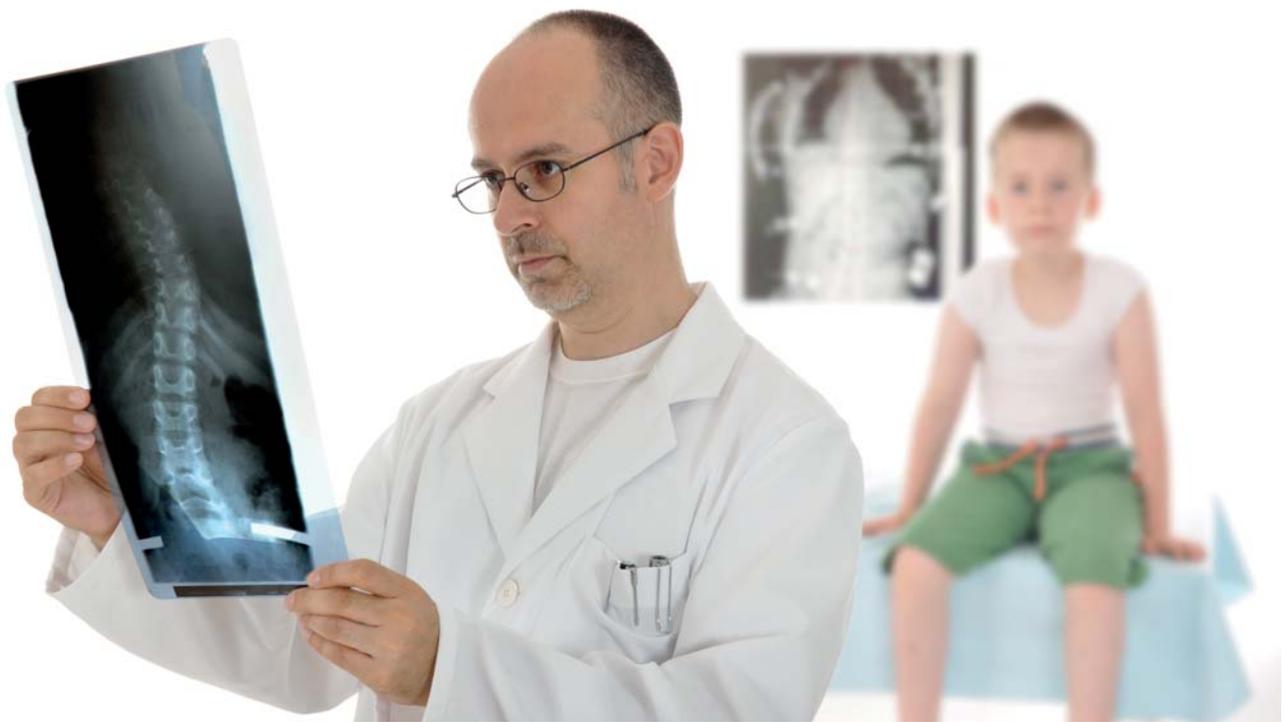
Die aus den laufenden Zertifizierungen gewonnenen Erkenntnisse werden durch ClarCert gesammelt und finden Eingang in die weitere Entwicklung der Anforderungen und des Verfahrens selber.

In enger Abstimmung mit dem Vorstand der DGOOC werden zudem die noch bestehenden Fragen zum Traumamodul, das derzeit unter Einbeziehung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) erstellt wird, bearbeitet. Die in konstruktiver Atmosphäre geführten Gespräche mit den Vertretern der DGU las-

sen in vielen Punkten Übereinstimmungen erkennen, so dass von einer Einigung in den für das System relevanten Fragen ausgegangen werden kann.



Prof. Dr. Holger Haas, Bonn, Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert
Kontakt: h.haas@gk-bonn.de



Das wachsende Kind im Mittelpunkt: Der Arbeitskreis „Wachsende Wirbelsäule“ beleuchtet alle Fragestellungen um die Wirbelsäule im Wachstumsalter.

Ein Jahr Arbeitskreis „Wachsende Wirbelsäule“ der VKO



Prof. Dr. Thomas Wirth

Am 27. September 2012 hat sich der Arbeitskreis „Wachsende Wirbelsäule“ der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) in Frankfurt konstituiert. Die Leitung liegt bei Prof. Dr. Ralf Stücker aus Hamburg. Der Arbeitskreis versteht sich als interdisziplinäres Gremium von Fachleuten, die in Entwicklung, Wachstum, Diagnostik und Therapie der gesunden und deformierten Wirbelsäule im Wachstumsalter involviert sind. So konnten neben den mit der kindlichen Wirbelsäule befassten Kinderorthopäden namhafte Fachleute aus der Kinderpulmonologie, der Kinderradiologie und auch aus dem Bereich der Kinderneurochirurgie als kooptierte oder aktive Mitglieder gewonnen werden.

Die Besonderheiten des wachsenden Kindes

Ziel der Mitglieder des Arbeitskreises ist es, alle Fragestellungen um die verschiedenen physiologischen Prozesse und Deformitäten der Wirbelsäule im Wachstumsalter im internationalen Kontext zu beleuchten. International hat sich der

Fokus auf die early onset Skoliose in besonderer Weise verstärkt, dem auch die deutsche Kinderorthopädie Rechnung tragen muss. Es kommt dabei aus unserer Sicht vor allem darauf an, die Besonderheiten des Kindes und die Spezifika der Wachstumsvorgänge als zentralen Faktor in den Mittelpunkt zu stellen. Gemeinsam sollen auch wissenschaftliche Studien an ausreichend großen Fallzahlen zu besseren Therapien, insbesondere Non-Fusion-Techniken, in Angriff genommen werden.

Vorkurs „Wachsende Wirbelsäule“ am 13. März 2014 in Bonn

Der Arbeitskreis hat seine Aufgaben und Ziele in seiner konstituierenden und in weiteren Sitzungen anlässlich der Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie 2013 in Augsburg und des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 in Berlin präzisiert. Erstes herausragendes Ergebnis der Arbeit des Arbeitskreises ist die Organisation des Vorkurses „Wachsende Wirbel-

säule“ für die Jahrestagung 2014 der VKO am 13. März in Sankt Augustin bei Bonn. Dort werden in einer interdisziplinären Veranstaltung alle Aspekte der wachsenden Wirbelsäule, von der Embryologie, dem Wachstum und den bildgebenden Verfahren über die pulmonologischen Befunde bis zur konservativen und modernen operativen Therapie der Deformitäten als ganztägiger Kurs beleuchtet. Eine derartige Veranstaltung zu diesem Thema ist in der deutschen Kinderorthopädie bisher einmalig. Nicht nur die Mitglieder des Arbeitskreises, sondern auch alle Freunde der Kinderorthopädie und an der kindlichen Wirbelsäule Interessierte freuen sich auf dieses Ereignis.



Prof. Dr. Thomas Wirth ist 1. Vorsitzender der Vereinigung für Kinderorthopädie.

Weißbuch für Tumoren des Haltungs- und Bewegungsapparates

Der richtige Schritt in die richtige Richtung

Prof. Dr. Axel Hillmann

Die Arbeitsgemeinschaft 4 „Tumoren des Haltungs- und Bewegungsapparates“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) hat im Rahmen der Frühjahrstagung der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. einen neuen Vorstand gewählt. Eine der ersten Aufgaben war es, das noch unter dem ehemaligen Vorstand begonnene Weißbuch zu überarbeiten und schließlich zu finalisieren. Ziel war es, in diesem Weißbuch eine Orientierung zur Behandlung von Knochen- und Weichteiltumoren zu geben und Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Kooperation für die Behandlung von Patienten mit primär malignen Tumoren in der Bundesrepublik Deutschland zu erarbeiten. Mitglieder der AG haben sich in mehreren Sitzungen auf ein Konstrukt geeinigt, dass nun der DGOOC vorliegt.

Geringe Inzidenz

Das Problem in der Behandlung von Knochen- und Weichteiltumoren ist in ihrem seltenen Vorkommen begründet. Primär maligne Knochentumore machen in Deutschland nur etwa 0,2 Prozent an der Gesamtzahl aller Malignome aus. Dies bedeutet eine Inzidenz von jährlich etwa 600 Patienten. In verschiedenen Studien, wie zum Beispiel der EURAMOS Studie, werden diese Zahlen mit etwa 170 neu aufgetretenen Osteosarkomen pro Jahr bestätigt, das Ewingsarkom oder das Chondrosarkom kommt insgesamt nur geringfügig seltener vor. Weichgewebssarkome weisen dagegen eine höhere Inzidenz auf, ihre Zahlen werden etwa mit 50 pro eine Million Einwohner angegeben und sind damit ebenfalls natürlich ein seltenes Krankheitsbild.

Diagnoseverschleppung, Verzögerung eines adäquaten Behandlungsbeginns bis hin zu einer unsachgemäßen Probeentnahme können nicht nur eine vitale Bedro-

hung für die Patienten darstellen. Gerade die Probeentnahme führt laut zahlreicher Studien zu einer erhöhten Amputationsrate und auch zu einer Prognoseverschlechterung des Patienten. Aus diesem Grund existieren in anderen europäischen Ländern bereits Leitlinien, die fordern, dass Patienten mit klinischem Verdacht auf ein Sarkom einem entsprechendem Zentrum zugeführt werden. Arbeiten mit Auswertung der Daten der COSS Studie belegen, dass, wenn die Probebiopsie eines Osteosarkoms nicht im gleichen Zentrum erfolgt wie die spätere Tumorresektion, die Lokalrezidivrate signifikant ansteigt. Ein Lokalrezidiv bedeutet jedoch bekanntermaßen in den allermeisten Fällen für den Osteosarkom-Patienten, dass er die Krankheit nicht überlebt.

Bessere Versorgungsstrukturen müssen geschaffen werden

Vor diesem Hintergrund ist es nahezu zwingend, dass Strukturen geschaffen werden, die diese Versorgungsqualität verbessern können. Um für diese Patienten das bestmögliche onkologische und funktionelle Ergebnis zu erzielen, sollte die Resektion der Knochen- und Weichteilsarkome von entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Operateuren erfolgen. In vielen Ländern gibt es dazu bereits ein abgestuftes Zentralisierungskonzept. Ziel ist es nicht, in einem entsprechenden Zentrum jedweden sekundären Tumor zu operieren. Nicht jede pathologische Fraktur kann und sollte in ein Zentrum für Knochentumorerkrankungen verlegt werden. Sehr komplexe und seltene Krankheitsbilder wie Knochen- und Weichgewebssarkome hingegen sollten in speziell darauf ausgerichteten Zentren behandelt und koordiniert werden.

Was bedarf es dazu? Zunächst sollte nach Ansicht der Arbeitsgemeinschaft eine Unterscheidung zwischen Versorgungseinrichtungen der Basisversorgung und Zen-

tren für Muskuloskeletale Tumorchirurgie erfolgen. Die Versorgungseinrichtung der Basisversorgung garantiert weiterhin die flächendeckende Behandlung von Patienten von der Diagnostik, der Akutbehandlung bei Metastasen bis hin zur Rehabilitation und ambulanten Nachsorge der Patienten. Hier sieht die AG auch die Einbindung lokaler Traumazentren und orthopädisch-unfallchirurgischer Einrichtungen vor. Auch Basisversorger sollten selbstverständlich in der Diagnostik und Therapie von Knochentumoren – primär oder sekundär – geschult sein, wichtig erscheint jedoch die Anbindung respektive Vernetzung an mindestens ein Zentrum für Muskuloskeletale Tumorchirurgie. Zu letzterem sollten alle Patienten mit primären malignen Tumoren oder komplexen muskuloskelettalen Tumorerkrankungen überwiesen werden, sowie alle Kinder mit dem Verdacht auf einen malignen Knochen- oder Weichgewebstumour.

Besondere Anforderungen an Zentren

Für das Zentrum für Muskuloskeletale Tumorchirurgie sind die Anforderungen natürlich sehr viel höher als an die Basisversorgungseinrichtung; zum einen die fachliche Voraussetzung des verantwortlichen Facharztes für Orthopädie und/oder Unfallchirurgie belegt durch Anzahl und Qualität der durchgeführten operativen Eingriffe, zum anderen müssen Strukturen vorgehalten werden wie routinemäßige Qualitätszirkel und Kooperationen mit sämtlichen an der onkologischen Komplexbehandlung beteiligten Disziplinen. Entsprechende Operationszahlen der verantwortlichen Ärzte wie auch das Erreichen bestimmter Operationszahlen pro Jahr pro Zentrum können helfen, die Qualität sicherzustellen. Durch diese Strukturen kann es gelingen, wie zahlreiche Studien sowohl für Knochen- wie auch Weichgewebssarkome beweisen, den erforderlichen Standard, den andere Länder bereits erreicht haben, auch für

Aus den Verbänden

unsere Patienten in Deutschland zu generieren. Über Maßnahmen und Förderung von Qualität und Sicherheit einschließlich Risikomanagement (zum Beispiel CIRS) werden transparente Strukturen zur Patientensicherheit geschaffen, und zuletzt können über eine derartige Vernetzung auch überregionale Studien leichter generiert werden, denn die standardisierte Behandlung wird zu größeren und statis-

tisch besser auswertbaren Patientenkollektiven führen.

Insgesamt hält die Arbeitsgemeinschaft ein solches Konzept für essenziell. Mit Unterstützung der DGOOC bei der Finalisierung des Weißbuchs ist zukünftig eine strukturiertere Behandlung von Patienten mit primären Knochen- und Weichteilsarkomen zu erwarten.



Prof. Dr. Axel Hillmann,
Ingolstadt, ist 1.
Vorsitzender der
Arbeitsgemeinschaft.

Neue Mitglieder

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

Bleuel, Dr. Sabine · Hamburg

Bornhardt, Dr. med. Stephan · Braunschweig

Brandt, Dipl. Ing. PhD Jan-Mels · Winnipeg, Kanada

Cetin, Dr. Erdal Wiener · Neustadt, Österreich

Dietze, Dr. med. Sylvia · Berlin

Draenert, Dr. med. Alice · Salzburg, Österreich

Emetike, Fouzi · Bielefeld

Fischer Sille, Christian · Greifswald

Forth, Dr. med. Andreas · Augsburg

Frank, Dr. med. Matthias · Unterpleichfeld

Fuß, Dr. med. Bernhard · Stolberg

Hemmer, Dr. med. Stefan · Heidelberg

Heßler, Daniela · Breitscheid-Nassen

Hollenstein, Dr. med. Marcus · Berlin

Horter, Matthias · Münster

Irigoyen Suárez, Dr. Julio César · Santa Cruz, Bolivien

Langendörfer, Dr. Micha · Stuttgart

Loeffler, Dr. med. Christiane · Würzburg

Lütjohann, Dr. Björn · Kiel

Majer, Lorenz Christian · Freiburg

Mazuch, Dr. Malte · Wesel

Nottrott, Dr. Markus · Münster

Panzram, Benjamin · Heidelberg

Quezada, Felipe Puerto Varas, · Chile

Renner, Lisa · Berlin

Scheu, Dr. med. Thomas · Leinfelden-Echterdingen

Smok, Adam Frechen

Solano, Dr. Erick · San José, Costa Rica

Spiegel, Christian · Jena

Stanka, Johannes · Freiburg

Steinhagen, Dr. med. Dirk · Boren

Tomko, Dr. Imrich · Eisenberg

van Wingerden, Dr. Jan J. · Leeuwarden, Niederlande

von Hoegen, Dr. med. Matthias · Duisburg

Vogt, Dr. med. Björn · Münster

Vogt, Dr. med. Matthias · Jena

Weigert, Maria Annabelle · Pöcking

Wolter, Senta Ulrike · Magdeburg

1/1 Anzeige

Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.

24. Oktober 2013, 12.50 Uhr bis 13.53 Uhr, Berlin,
Messe Süd, Großer Saal



Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Hartmut Siebert

Der Präsident Prof. Dr. Reinhard Hoffmann eröffnet die Mitgliederversammlung um 12.50 Uhr und begrüßt alle erschienenen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Die Veröffentlichung von Einladung und Tagesordnung erfolgte in Heft 4 der OUMN, Auslieferungstermin 16. August 2013, die Einladung ist daher satzungsgemäß erfolgt. Es nahmen 225 Mitglieder an der Mitgliederversammlung teil.

Es wird zunächst im Rahmen der Totenehrung der verstorbenen Mitglieder der Gesellschaft gedacht. Nach kurzer Ansprache erfolgt ein weiteres Gedenken der ehemaligen jüdischen Mitglieder der DGU aus Anlass der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933. Prof. Dr. Jürgen Probst weist in seiner Gedenkansprache auf die diesbezügliche Veröffentlichung in dem aktuellen Blatt der „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“ hin.

Wahl des Dritten Vizepräsidenten 2014 und damit DGU-Präsident 2016

Der Präsident gibt bekannt, dass das Präsidium der DGU entsprechend dem Votum der Findungskommission Prof. Dr. med. Florian Gebhard aus Ulm für das Amt des 3. Vizepräsidenten 2014 vorschlägt. Gebhard ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Ulm und derzeit Leiter des Programmausschusses der DGU.

Die Wahl wird per TED-System durchgeführt. Am Ende der Versammlung wird das Wahlergebnis durch den diesjährigen Wahlleiter, Prof. Dr. med. Rainer Meffert, bekannt gegeben. Von insgesamt 187 abgegebenen Stimmen votieren 150 mit Ja,

16 mit Nein, bei 21 Enthaltungen. Prof. Gebhard ist damit zum 3. Vizepräsidenten 2014 und im Weiteren zum Präsident des Jahres 2016 gewählt.

Wahlen zum Nichtständigen Beirat 2014 – 2016

Es sind 3 neue Mitglieder für den Nichtständigen Beirat zu besetzen. Das Präsidium hat satzungsgemäß aus den Vorschlägen der Mitglieder 6 Kandidaten ausgewählt. Aus diesen sind 3 Mitglieder zu wählen. Nach Abschluss der Wahl wird bekanntgegeben, dass als neue Mitglieder des Nichtständigen Beirates 2014 bis 2016 gewählt sind: Prof. Dr. Markus Arand aus Ludwigsburg, Dr. Thorsten Hammer aus Freiburg sowie Dr. Philipp Wilde aus Frankfurt.

Bericht des Präsidenten Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt/Main)

Hoffmann berichtet über die neue Lokalität der diesjährigen Jahrestagung DKOU und nennt einige Zahlen bezüglich der Annahme der Vortragsanmeldungen und der Beteiligung seitens der Industrie sowie die bisher angemeldeten Teilnehmerzahlen. Des Weiteren werden die diesjährigen internationalen Gastländer genannt, daneben wird die besonders intensive Kooperation mit der Chinese Orthopaedic Association und der World Orthopaedic Alliance hervorgehoben, mit deren Repräsentanten gemeinsam eine Berliner Deklaration zur Festigung der zukünftigen Zusammenarbeit unterzeichnet wurde.

Ein weiterer Verweis erfolgt auf das Rahmenprogramm, welches dieses Jahr sehr vielseitig gestaltet wurde. In der weiteren Präsentation geht Hoffmann auf die

Themen seiner Präsidentschaft ein und nennt die verschiedenen Repräsentationsfunktionen, die er in 2013 bisher wahrgenommen hat. Abschließend dankt Hoffmann Prof. Siebert für seine langjährige Tätigkeit im Vorstand der DGU, insbesondere in der Funktion des Generalsekretärs der DGU, die er für insgesamt 8 Jahre wahrgenommen hatte.

Bericht des Generalsekretärs Prof. Dr. Hartmut Siebert (Schwäbisch Hall)

Siebert beginnt seinen Bericht mit einer Danksagung an die ausscheidenden Mitglieder des Nichtständigen Beirates sowie an die ausscheidenden Leiter der verschiedenen Arbeitsgruppen und Sektionen. Sein weiterer Dank gilt der Geschäftsstelle, insbesondere der Tatsache, dass der Umzug der Geschäftsstelle so reibungslos gelaufen ist.

In Bezug auf Themen, die innerhalb des Jahres 2013 schwerpunktmäßig zu bearbeiten waren, werden die Versorgungspolitik, der Ärztebedarf sowie die Sorge um den chirurgischen Nachwuchs genannt. Auch das Thema Delegation von ärztlichen Aufgaben bleibt weiterhin zu bearbeiten. Eine besondere Herausforderung ist die Musterweiterbildungsordnung, deren Abschluss noch nicht abzusehen ist. Neu gegründet wurde die Arbeitsgruppe „Einsatzchirurgie“. Weiterhin zu bearbeiten sind die Qualitätssicherung und Fragen der Zertifizierung, hier insbesondere das Alterstraumaversorgungsnetz. Einen weiteren Ausbau hat die Akademie für Unfallchirurgie erfahren. Zu nennen sind hier die Neuentwicklung von Kursformaten und das jetzt in Angriff genommene Präventionsprogramm P. A. R. T. Y.

Er stellt weiterhin die Weiterentwicklung der Struktur und Prozessabläufe des Projektes TraumaNetzwerkDGU® vor. Um einen Ausschuss TraumaNetzwerkDGU® einrichten zu können, ist eine Änderung der Satzung nötig.

Bericht des Schatzmeisters

Prof. Dr. Joachim Windolf (Düsseldorf)

Windolf berichtet über die Mitgliederentwicklung, die weiterhin positiv ist, wenngleich nicht mehr so stark ansteigend. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass primär für eine Mitgliedschaft in der DGOU geworben wird. Es folgt der Kassenbericht mit abschließender Darstellung der Einnahmen und Ausgaben. Bei weiterhin positivem Kassenbestand resultiert eine leichte Reduzierung des Gesamtvermögens. Dies ist durchaus gewollt, um die Gemeinnützigkeit nicht zu gefährden.

Vorstellung und Beschlussfassung Änderung der Satzung

Siebert erläutert die Vorschläge des Vorstandes zur anstehenden Satzungsänderung,

die in Heft 4 der OUMN (mit einer Ergänzung in Heft 5) publiziert wurde. Die Satzungsänderung beinhaltet insgesamt 5 Punkte, auf einen Antrag zur Geschäftsordnung wird über diese 5 Punkte in toto abgestimmt. Die vorgestellte Satzungsänderung wird mit 170 Ja-Stimmen angenommen, bei 5 Enthaltungen und 4 Nein-Stimmen. Die Satzungsänderung ist damit angenommen.

Bericht der Kassenprüfer für das Rechnungsjahr 2012 und Entlastung des Vorstandes

Der Kassenprüfer Dr. Frank Hoffmann berichtet von der Kassenprüfung, die er am 1. Oktober zusammen mit dem anderen Kassenprüfer Prof. Dr. Christian Jürgens in der Geschäftsstelle der DGU durchgeführt hat. Anwesend waren der Schatzmeister Prof. Dr. Joachim Windolf, Frau Lydia Menzel von der Steuerberatungsgesellschaft Dr. Strack GmbH sowie Frau Lehnert und Herr Arndt von der Geschäftsstelle. Vorgelegt wurden der Kassenbericht und die dazugehörigen Belege. Die Prüfung ergab keinen Anlass für Beanstandungen. Hoffmann empfiehlt

daher der Mitgliederversammlung die Entlastung des Vorstandes.

Meffert bittet daraufhin um Handzeichen. Der Vorstand wird einstimmig bei 7 Enthaltungen der Vorstandsmitglieder entlastet.

Wahl des Kassenprüfers für das Jahr 2013

Vonseiten des Präsidiums werden Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, Hamburg, und Prof. Dr. Michael Wich, Berlin, als Kassenprüfer für das Jahr 2013 vorgeschlagen. Beide Kandidaten werden gewählt. Für Frosch stimmen 148, bei 9 Enthaltungen und 8 Nein-Stimmen, für Wich stimmen 150 bei 14 Enthaltungen und 20 Nein-Stimmen.

Weitere Punkte werden unter Verschiedenes nicht vorgebracht.

Hoffmann schließt die Mitgliederversammlung um 13.53 Uhr und wünscht allen Teilnehmern einen weiterhin erfreulichen und interessanten Kongressverlauf.



Prof. Dr. Andreas
Seekamp, Schriftführer



Prof. Dr. Reinhard
Hoffmann, Präsident



Prof. Dr. Hartmut
Siebert, Generalsekretär

Gedenken jüdischer Mitglieder

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau, vor der Mitgliederversammlung der DGU

ZUR ERINNERUNG UND MAHNUNG



In der Oktober-Ausgabe der OUMN erschien von Prof. Dr. Jürgen Probst der Text „Gedenken der jüdischen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin“.

Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen,

gewissermaßen als Zeitzeuge, als Kind und als Jugendlicher, habe ich diesen schlimmsten Rechtsbruch der deutschen Geschichte miterlebt. Wie die Fenster eingeschlagen wurden, wie die Synagogen brannten, aber eben auch, wie die Mitschüler plötzlich aus unseren Klassen verschwanden, Mitschüler, von denen wir gar nicht wussten, dass sie einer anderen Religionsgemeinschaft angehörten. Und das ist etwas, das mich natürlich mein ganzes Leben begleitet hat, obwohl ich eigentlich nicht zu den Schuldigen gehören kann. Ich bin unserem Präsidium sehr dankbar, dass es

mich aufgefordert hat, diesen Dingen nachzugehen.

Nun kann man sich anheischig machen, Schuldige zu suchen, und das ist in Literatur, Rechtsgeschichte, Judikatur usw. auch geschehen; aber ich habe immer vermisst, dass man diejenigen, die eigentlich betroffen waren, dargestellt und sie gewürdigt hat. Es ist auch nicht meine Aufgabe und ich habe es auch nicht so verstanden, jetzt Schuld aufzurechnen, Verantwortung herauszustellen, sondern mein Anliegen war es, diese Kollegen wieder in unsere Gesellschaft zurückzuführen, was schon eine Althypothek für uns war. Aber wenn Sie es gelesen haben, warum das nicht früher geschehen konn-

te – weil wir ja nichts mehr von ihnen wussten, da sind 15 bis 20 Jahre zwischen den Geschehnissen und dem Wiederentstehen unserer Gesellschaft vergangen, und dann war sozusagen diese Erinnerung ausgelöscht. Ich glaube, es ist wohl richtig, das Ganze als ein menschliches Problem zu sehen und sie auf diese Weise zu würdigen. Und soweit dies angesichts der zweifellos fragmentarischen Unterlagen überhaupt möglich war, habe ich versucht, die Lebensläufe in knappen Worten für die, die wir überhaupt ermitteln konnten, darzustellen. Dann sehen wir, es waren achtbare, es waren ehrbare, es waren tüchtige Kollegen aus verschiedenen Fachgebieten, aber insbesondere Unfallchirurgen und Orthopäden, die sich auch in unserer Gesellschaft selbst stark engagiert hatten, sie haben ihrem Vaterland gedient und ihre Patienten gut behandelt. Das kann man aus vielen Unterlagen, die ja einzeln nicht dargestellt werden konnten, noch ersehen.

Und so wollen wir sie menschlich wieder in unsere Gesellschaft aufnehmen und – ich werde einmal ganz emotional – wir wollen sie wieder in unser Herz einschließen! Vielen Dank.



Beim Präsidentendinner nahm Prof. Dr. Dr. h. c. Hans-Georg Dietz (1. v. li.) die Georg Friedrich Louis Stromeyer-Medaille entgegen. Die Laudatio hielt Prof. Dr. Jürgen Probst (2. v. li.), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann als Präsident (2. v. re.) und Generalsekretär Prof. Dr. Hartmut Siebert (1. v. re.) gratulierten sehr herzlich.

Georg Friedrich Louis Stromeyer-Medaille 2013

Literaturpreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Prof. Dr. Jürgen Probst

Die Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie hat

**Herrn Professor Dr. med. Dr. h. c.
Hans-Georg Dietz**

Kinderchirurgische Klinik und Poliklinik
in Dr. von Haunerschen Kinderspital in
München –

– zugleich für die Mitherausgeber

Dr. Peter Illig,

Prof. Dr. Peter Schmitteneber,

M. D. Theddy Slongo und

PD Dr. Dirk Sommerfeld –

für das Buch

Praxis der Kinder- und

Jugendtraumatologie

die GEORG FRIEDRICH LOUIS

STROMEYER-MEDAILLE

mit folgender urkundlicher Laudatio
verliehen:



In diesem beschreiben die Autoren ebenso klar wie überzeugend alle Facetten von Verletzungen unter eindeutiger Darstellung der Unterschiede gegenüber der Erwachsenentraumatologie, wobei nicht nur die speziellen Techniken, insbesondere der Osteosynthesen, präsentiert werden, sondern auch die Höhlenverletzungen mit ihren kindlich-jugendlichen Besonderheiten umfassende Berücksichtigung finden. Die demografisch-klinik-

strukturellen Bedingungen in Stadt und Land einerseits, die kinder-jugend-spezifische Pathophysiologie des Traumas andererseits bestimmen das chirurgische Handeln über den kinderfachchirurgischen Bereich hinaus. Die Nutzung der Fortschritte der Kinderchirurgie ist nicht nur wegen der immer noch hohen Zahl der Verletzungen geboten, sondern eröffnet aussichtsreiche Möglichkeiten der Wiederherstellung und damit die

Bewahrung des Lebensschicksals der jungen Patienten. Hierfür allen Chirurgen zugängliche Handlungsanweisungen verfasst und in vorbildlicher Textgestaltung und eindrucksvollen bildlichen Wiedergaben erarbeitet zu haben, verleiht dem Buch seine herausragende Bedeutung. Die beteiligten Autoren haben sich damit um die Kinder- und die Unfallchirurgie in besonderem Maße verdient gemacht.

Zum Tod von Urs Heim

Eugen Kuner



Foto: Karl Demeter Verlag, DGU MuN, Nr. 47/2003, S. 24.

PD Dr. Dr. Urs Heim
*4. April 1924 †25. Juli 2013

Die unerwartete Nachricht vom Heimgang unseres guten Freundes Urs hat auch uns sehr traurig gemacht. Ich darf Dir, liebe Küngolt, und den Trauerfamilien unser ganz persönlich empfundenen Beileid aussprechen. Dies darf ich auch in Vertretung des Präsidenten Herrn Professor Hoffmann und des Herrn Generalsekretärs Professor Siebert im Namen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie tun.

Urs Heim stand unserer wissenschaftlichen Gesellschaft immer sehr nahe. 1984 wurde er deshalb und wegen seiner wissenschaftlich fundierten Beiträge auf den Kongressen zu ihrem korrespondierenden Mitglied gewählt.

Die Verdienste des Verstorbenen auf wissenschaftlichem Gebiet sind vielfältig. So war er in Freiburg, in Bochum und gerade auch in der damaligen DDR bei AO-Kursen ein sehr gefragter Redner. Als es uns Westdeutschen überhaupt noch gar nicht möglich war, zu Kursen zum Beispiel nach Halle zu reisen, gelang es dem Schweizer Urs Heim, enge und wertvolle Kontakte zu den dortigen Unfallchirurgen zu knüpfen. Sie dankten ihm sein außergewöhnliches Engagement und seine tatkräftige Hilfe im Osten durch die Verleihung der medizinischen Ehrendoktorwürde der Universität Jena.

Seine unübertroffenen didaktischen Fähigkeiten waren es, ihn im April 2002 mit dem Literaturpreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie – der Georg Friedrich Louis Stromeyer-Medaille – zu ehren. Diese Auszeichnung wird von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie für herausragende wissenschaftliche Werke des unfallchirurgischen und übergreifend traumatologischen Schrifttums als Literaturpreis vergeben. Dieser Preis ist dem Andenken des Chirurgen Georg Friedrich Louis Stromeyer (1804–1876) gewidmet. Der Namensgeber gehört zu den namhaften Chirurgen des 19. Jahrhunderts. Er hat die naturwissenschaftliche Ausrichtung der chirurgischen Literatur begründet und so die Entwicklung der Chirurgie maßgeblich gefördert.

Genauso tat dies der Verstorbene durch seine zahlreichen Werke, die zum Teil als Monografien veröffentlicht sind. Zu nennen sind hier unter anderem ganz besonders das 1974 in englischer Sprache im Springer-Verlag erschienene und weit

verbreitete Werk über „Internal Fixation of Small Fractures“, das er zusammen mit K. M. Pfeiffer geschrieben hat. Es erschien später auch in deutscher Sprache. Auch über die Gründung der AO hat er geschrieben und die bezeichnende Überschrift gewählt „Das Phänomen AO“.

Das Wesen von Urs selbst könnte nicht passender beschrieben werden als mit der Überschrift, die er für sein Buch gewählt hat: „Leben für andere“. Er beschreibt darin minutiös die Krankenpflege der Diakonissen und Ordensschwwestern in der Schweiz, die sich selbstlos der Pflege kranker und leidender Mitmenschen widmen. Das Buch ist sehr lesenswert, weil darin der Begriff „Nächstenliebe“ erlebbar aufgezeichnet ist. Das Buch hat mich sehr beeindruckt.

Vor zwei Jahren fuhren wir zusammen mit dem Auto nach Regensburg zur AO Tagung der deutschen Sektion. Wir haben uns die lange Hin- und Rückfahrt bestens unterhalten. Er sagte noch, er wolle sich von seinen deutschen Kollegen verabschieden. Nun ist das eingetroffen, was Freunde in diesem Alter immer besorgt macht.

Wir – meine Frau und ich – trauern um einen guten, wertvollen Freund, den wir gerne in unser Gebet einschließen. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie trauert um ihr korrespondierendes und hoch geachtetes Mitglied, dessen wir immer dankbar gedenken wollen.

Requiescat in pace, lieber Urs!

Eugen Kuner



Das Leitungsteam der AG EKTC (v.l.): Dr. von Lübken, PD Dr. Franke, Prof. Dr. Friemert

Konstituierende Sitzung der neuen AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC)

Prof. Dr. Benedikt Friemert

Am 24. Oktober 2013 fand auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin die konstituierende Sitzung der neu gegründeten AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie statt. Diese war im Juli 2012 vom Präsidium der DGU ins Leben gerufen worden.

Zunächst stellte sich der Vorstand der AG, der seitens der DGU eingesetzt worden war, den 30 bis 40 Anwesenden vor. Als Schriftführer fungiert Herr Dr. Falk von Lübken, Oberarzt aus dem Bundeswehrkrankenhaus in Ulm. Stellvertretender AG-Leiter ist Herr PD Dr. Axel Franke, Oberarzt im Bundeswehrzentral-krankenhaus Koblenz. Als Leiter der AG wurde Herr Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ärztlicher Direktor im Bundeswehrkrankenhaus Ulm, eingesetzt.

Anschließend stellten sich die Anwesenden ebenfalls vor. So waren zum Beispiel Herr Prof. Dr. Ekkernkamp und Herr Prof. Dr. Pohlemann als Vertreter der Universitätskliniken und der Fachgesellschaft anwesend. Besonders gefreut haben wir uns über Herrn Prof. Dr. Probst, ehemaliger Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Murnau. Darüber hinaus

waren Vertreter der AGs und Sektionen der DGU anwesend, wie zum Beispiel Herr Prof. Dr. Flohé als Leiter der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) sowie Herr Dr. Paffrath als Leiter des AK Traumaregister. Vertreten waren unter anderem auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz, die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Ärzte ohne Grenzen, Mitglieder der Schutzkommission (PD Dr. Bail, Nürnberg), der Verein „Generalisten in der Chirurgie“ und natürlich Vertreter der Bundeswehr und der Bundeswehrkrankenhäuser. Diese Vielzahl an Interessierten zeigt, dass diese AG mit ihren Themenschwerpunkten offensichtlich interessant ist und vor allem eines der Ziele, nämlich den Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen Bundeswehr und Zivil(fach)gesellschaften zu vertiefen und zu ermöglichen, schon jetzt erfolgreich umgesetzt hat.

Warum eine AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie?

Zunächst hielt der Leiter einen Einführungsvortrag zu den Zielen der AG. In diesem Vortrag stellte er noch einmal

dar, warum die DGU diese AG gegründet hat. Die Bundeswehr führt nun ziemlich genau seit 20 Jahren Auslandseinsätze (im November 1993 endete der erste Bundeswehreininsatz in Kambodscha) als Parlamentsarmee durch. Dadurch hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr viele Erfahrungen bei speziellen Verletzungsmustern wie zum Beispiel der Thermo-mechanischen Kombinationsverletzung im Rahmen von Sprengstoffanschlägen und Granatsplitterverletzungen, dem taktischen und strategischen Verwundetentransport und der Verletztenversorgung gesammelt. Man hat sich intensiv mit Sichtungsfragen beschäftigt und vor allem damit, wie Chirurgen für den Einsatz heute ausgebildet werden müssen.

Prämisse aller Überlegungen und Bemühungen des Sanitätsdienstes war und ist immer, den verletzten Soldaten im Einsatz so zu versorgen, dass die Versorgung im Ergebnis der Versorgung im Heimatland entspricht. Dieses bedeutet den Export der Individualmedizin – in unserem Fall der Individualchirurgie – in den Einsatz, soweit das möglich ist. Unter diesen Voraussetzungen hat sich ein Ausbildungskonzept zum Einsatzchirurgen

Aus den Verbänden

entwickelt, welches auf der einen Seite eine breite notfallchirurgische Kompetenz vermittelt, um im Einsatz bestehen zu können und um auf der anderen Seite als Spezialist im Heimatland seine Aufgaben erfüllen zu können.

Schnittpunkte zwischen Einsatz- und ziviler Chirurgie

Bei allen oben genannten Themen gibt es Schnittpunkte mit dem zivilen Gesundheitssystem. Im Rahmen von terroristischen Anschlägen können die gleichen Verletzungen auftreten wie im Einsatz – die Kompetenz zur Behandlung dieser Verletzungen ist in der zivilen medizinischen Welt in Deutschland aber flächendeckend kaum noch vorhanden. Taktisch-strategische chirurgische Entscheidungen, wie sie im Einsatz quasi täglich getroffen werden müssen, werden dem zivilen Gesundheitssystem und damit den Ärzten nur extrem selten abverlangt, da in der Regel für den Schwerverletzten sämtliche Ressourcen der Klinik für diesen einen Patienten zur Verfügung stehen. Wie aber sieht dies bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) innerklinisch aus? Ein weiteres Feld, in dem ein gegenseitiger Austausch offensichtlich notwendig ist, betrifft die Frage, wie wir heute Chirurgen ausbilden, die das Trauma als Krankheitsbild begreifen, verstehen und behandeln können, also den Kümmerer des Traumapatienten erfolgreich leben können. Gerade auf dem diesjährigen Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie ist dieses Thema in vielen Sitzungen leidenschaftlich diskutiert und thematisiert worden. Diese drei Beispiele belegen und zeigen,

dass es eine breite gemeinsame thematische Basis zwischen der Einsatzchirurgie und der zivilen Chirurgie gibt, die sich auch im Namen der AG ausdrückt.

Ziele der AG

Im Rahmen der Sitzung entwickelte sich dann eine sehr lebhaft Diskussion zu den Zielen und Arbeitsmöglichkeiten der AG. Dabei wurde nochmals die Vielfalt der Themen deutlich. Durch die Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Disziplinen mit sehr unterschiedlichem fachlichen Hintergrund konnten zudem auch viele Punkte im Zusammenhang mit den möglichen zukünftigen Fragestellungen geklärt bzw. dargestellt werden. Die Teilnehmer waren sich einig, dass nicht alle Punkte gleichzeitig bearbeitet werden können. Folgende drei Themen wurden als mögliche erste zu bearbeitende Themen identifiziert, insbesondere im Hinblick auf zivil-militärische Schnittstellen:

- Analyse der aktuellen chirurgischen Notkompetenzen der Ärzte in den Kliniken in Deutschland auf dem Boden der WBO 2006 – Was hat sich geändert? Ist ein MANV in der Klinik fachlich versorgbar?
- Innerklinische chirurgische Versorgung beim MANV: Wie sehen die organisatorischen Maßnahmen aus? Brauchen wir einen „Leitenden Chirurgen“? Stichwort SURGISTIC
- Epidemiologie der Schuss-, Spreng- und Splittverletzungen im Einsatz und im Heimatland

In der weiteren Diskussion wurden gemeinsam die möglichen und notwen-

digen Kooperationspartner für die zukünftige Zusammenarbeit erarbeitet und zusammengetragen. Diese hier darzustellen, würde den Rahmen des Artikels sprengen, ist aber ab Januar auch auf der Internetseite der AG nachzulesen. Es zeigte sich, dass es sich um eine fachlich-gesellschaftlich breite Anzahl von Organisationen, Vereinigungen, Fachgesellschaften und deren AGs und Sektionen handelt.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die neu gegründete AG EKTC auf ein breites fachliches Interesse gestoßen ist und somit die Gründung der AG gerechtfertigt hat. Auch die sehr lebhaft und intensive Diskussion unter den Teilnehmern zeigte, dass es ausgesprochen viele Themen gibt, die die Einsatzchirurgie, die zivile Chirurgie und auch die Katastrophenchirurgie gleichermaßen betreffen. Für die Zukunft gilt es nun, zunächst die gemeinsamen Themen zu sortieren, zu priorisieren und erste gemeinsame Projekte zu beginnen. Wir freuen uns auf diese Arbeit und wünschen uns viele aktive Mitstreiter.

Mit besten Grüßen aktuell aus dem Einsatz in Afghanistan!



Prof. Dr. Benedikt Friemert, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, leitet die neugegründete AG EKTC.



Mit etwa 100 Teilnehmern fand das dritte alterstraumatologische Symposium der AG Alterstraumatologie der DGU in Marburg statt.

Symposium „Herausforderungen in der Alterstraumatologie“

Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Dr. Pera Heuser, Dr. Benjamin Bücking

Am 14. September 2013 fand im Universitätsklinikum Marburg in Zusammenarbeit mit der AG Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie das 3. alterstraumatologische Symposium mit dem Thema „Herausforderungen in der Alterstraumatologie“ statt. Im Rahmen der Veranstaltung wurden unterschiedliche Themenbereiche aus dem Bereich der Versorgung geriatrischer Patienten mit Frakturen diskutiert. Das Symposium war mit 100 Teilnehmern, die sowohl die Themenblöcke, aber auch die dazwischen gelegenen Pausen zur lebhaften Diskussion nutzten, gut besucht.

In seiner Eröffnungsrede stellte der Präsident der DGOU und DGU, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, die große medizinische und sozioökonomische Bedeutung der Behandlung von älteren Patienten mit Frakturen heraus. Er sieht insbesondere in der intensiven Kooperation der beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen aus der Akut-, Rehabilitations- und Sozialmedizin eine große Verpflichtung, aber auch Chance zur Bewältigung der kommenden Herausforderungen in der Alterstraumatologie.

Perioperatives Management geriatrischer Patienten

In einem ersten interdisziplinären Themenblock wurde das perioperative Ma-

nagement geriatrischer Patienten aufgenommen. Anästhesist Prof. Dr. Wulf beschäftigte sich in dem ersten Vortrag mit der Frage, welche Kontraindikationen gegen eine operative Frakturversorgung innerhalb der ersten 24 Stunden sprechen. Er konnte dabei die Bedeutung einer präoperativen intensivmedizinischen Vorbereitung von besonders kranken Patienten herausarbeiten. Tatsächlich gibt es jedoch in der Alterstraumatologie äußerst selten Situationen, in denen eine frühe Stabilisierung einer stammnahen Fraktur aus Gründen einer eingeschränkten Narkosefähigkeit verzögert durchgeführt werden muss.

Dr. Benjamin Bücking beschäftigte sich im Anschluss mit dem Problem der perioperativen Antikoagulation. Auf Basis einer eigenen prospektiven Studie an mehr als 400 Patienten konnte er aufzeigen, dass es grundsätzlich bei präoperativ eingeschränkter Gerinnungsfunktion gelingen kann, durch klinikinterne SOPs innerhalb von 24 Stunden eine Operationsfähigkeit herzustellen. Der Anteil der Patienten, die dabei eine zusätzliche Substitution mit Gerinnungsfaktoren (zum Beispiel PPSB) erhalten müssen, ist dabei gering.

In einem Referat zur Problematik der Parkinsonerkrankung bei geriatrischen Patienten ging der Neurologe Prof. Dr. Do-

del auf das Problem der Unterbrechung der medikamentösen Versorgung im Rahmen der stationären Frakturbehandlung ein. Er wies dabei insbesondere auf die Probleme hin, die entstehen können, wenn die Parkinsonmedikation am Operationstag bzw. in den Folgetagen nicht in dem vorgeschriebenen Rhythmus eingenommen wird.

Aktueller Stand „Zertifizierung von Alterstraumazentren“

Der Themenblock wurde mit einem Referat von Prof. Dr. Hartwig zum aktuellen Stand des Projekts der DGU, der geriatrischen Fachgesellschaft sowie Berufsverbandes zur Verbesserung der Behandlung von älteren Patienten mit Frakturen – „Zertifizierung von Alterstraumazentren“ – abgeschlossen. Er konnte anhand aktueller Publikationen aufzeigen, dass im Rahmen interdisziplinärer Kooperationen zwischen Unfallchirurgen und Geriatern in Zentrumsstrukturen deutliche Vorteile für die Patienten resultieren können. In einer ersten Pilotphase wurden in Deutschland bereits 12 Zentren für Alterstraumatologie zertifiziert. Nach Evaluation der Ergebnisse wird nun das Verfahren für eine flächendeckende Zertifizierung unter den beteiligten Fachgesellschaften der Geriater und Unfallchirurgen abgestimmt.

Aus den Verbänden

Die geriatrische Beckenringfraktur

Der zweite Themenblock beschäftigte sich mit dem Problem der geriatrischen Beckenringfraktur. Im ersten Referat ging Prof. Dr. Schildhauer auf die Entscheidungsfindung zu operativer bzw. konservativer Therapie ein. Insbesondere für die Stabilisierung des dorsalen Beckenrings bei fortgeschrittener Instabilität konnte er die Vorteile der lumbopelvinen Abstützung mit sehr langen von dorsal eingebrachten supraacetabulären Schrauben aufzeigen.

Dr. Fuchs beschäftigte sich im Anschluss mit der Bedeutung und der Technik der Zementaugumentierung bei der ISG-Verschraubung. Die Münsteraner Arbeitsgruppe hat dabei sowohl hinsichtlich der Operationstechnik als auch der verwendeten Implantate ein sicheres und effizientes Verfahren entwickelt. Die bisherigen klinischen Ergebnisse sind bei adäquater Indikationsstellung sehr vielversprechend.

Die Problematik der Instabilität am vorderen Beckenring des geriatrischen Patienten wurde von Prof. Dr. Pohlemann behandelt. Er zeigte hierbei die Möglichkeiten des externen Fixateurs zur temporären Fixierung frischer Beckenringfrakturen des alten Patienten auf. Dabei wurde sowohl die Indikationsstellung als auch die Technik einer circa sechswöchigen externen Stabilisierung des Beckenrings dargestellt.

Im letzten Referat des Themenblocks zeigte Prof. Dr. Ruchholtz die Möglichkeit einer internen ventralen Fixation des vorderen Beckenrings durch einen anatomisch vorgebogenen Stab, welcher minimal-invasiv eingebracht und beidseits supraacetabulär mittels polyaxialer Schraube fixiert wird, auf. Die Technik eignet sich sowohl für frische, insbesondere aber auch für veraltete und schmerzhaft instabile Beckenringfrakturen.

Frakturversorgung bei geriatrischen Frakturen großer Gelenke

Im dritten Themenblock beschäftigte man sich mit der Indikationsstellung zur Frakturversorgung bei geriatrischen

Frakturen großer Gelenke. Prof. Dr. Müller konnte in seinem Referat eindeutige Vorteile für die frühe endoprothetische Versorgung von stark zerstörten osteoporotischen distalen Humerusfrakturen bei sehr betagten Patienten aufzeigen. Diese profitieren von der frühen Mobilisierung und der relativ komplikationsarmen Nachbehandlung. Dieses Verfahren wird jedoch nur für sehr alte Patienten empfohlen. Bei rüstigen Patienten mit ausreichender Knochenqualität sollte primär immer die osteosynthetische Versorgung angestrebt werden.

Für die Oberarmkopffrakturen konnte Dr. Reuther ebenfalls deutliche Vorteile für die Versorgung mit inversen Schulterprothesen bei sehr alten Patienten mit einer starken Zerstörung des Gelenkes aufzeigen. Die klassische anatomische Frakturprothese verliert gegenüber der inversen Prothese zunehmend an Bedeutung. Aufgrund der mittelfristigen relevanten Lockerungsrate wird die inverse Prothese als primärer Gelenkersatz jedoch vornehmlich für hochbetagte Patienten mit Drei- und Vierfragmentfrakturen empfohlen.

In einer ausführlichen Analyse der derzeit vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz wurde von Prof. Liener die Bedeutung der zementierten Endoprothetik bei Schenkelhalsfrakturen des alten Patienten aufgezeigt. Die unzementierte Technik ist entsprechend der derzeit verfügbaren Literatur für Patienten mit Osteoporosebedingter Schenkelhalsfraktur weniger zu empfehlen.

Eine weiterhin seltene Indikation für eine endoprothetische Versorgung stellt nach dem Vortrag von PD Dr. Zettl die komplexe Tibiakopffraktur des alten Patienten dar. Nur bei sehr starker Zertrümmerung des Gelenkes oder einer gleichzeitigen ausgeprägten Gonarthrose mit bereits präoperativen Beschwerden ist die primäre und dann nicht selten gekoppelte Kniegelenkendoprothese zu empfehlen.

In einem halbstündigen Übersichtsreferat ging Prof. Zipp auf die Problematik der oberen Sprunggelenksfraktur im Alter ein. Er konnte aufzeigen, dass es sich bei der osteosynthetischen Stabilisierung

von Frakturen des oberen Sprunggelenkes des geriatrischen Patienten keinesfalls um einen Standardeingriff handelt. Er zeigte dabei insbesondere für die Rekonstruktion der osteoporotischen Frakturen des Außenknöchels unterschiedliche alternative Osteosynthesetechniken unter Berücksichtigung neuerer polyaxialer winkelstabiler Implantate auf. Auch die in Bauchlage eingebrachte dorsale Abstützung größerer Volkmann-Fragmente über einen hinteren Zugang wurde aufgezeigt.

Die Veranstaltung wurde durch eine sehr lebhaft geführte Diskussion zu unterschiedlichen Komplikationen in der Moderation von Dr. Krüger abgeschlossen. Die verschiedenen Fälle aus dem Bereich der zuvor in den Themenblöcken behandelten Frakturtypen führten zu lebhaften Diskussionen mit dem Publikum.

Im Abschluss des Symposiums wurde auf die nächste größere Veranstaltung der AG Alterstraumatologie, dem Alterstraumatologie Kongress am **27. und 28. März 2014** in Stuttgart hingewiesen.



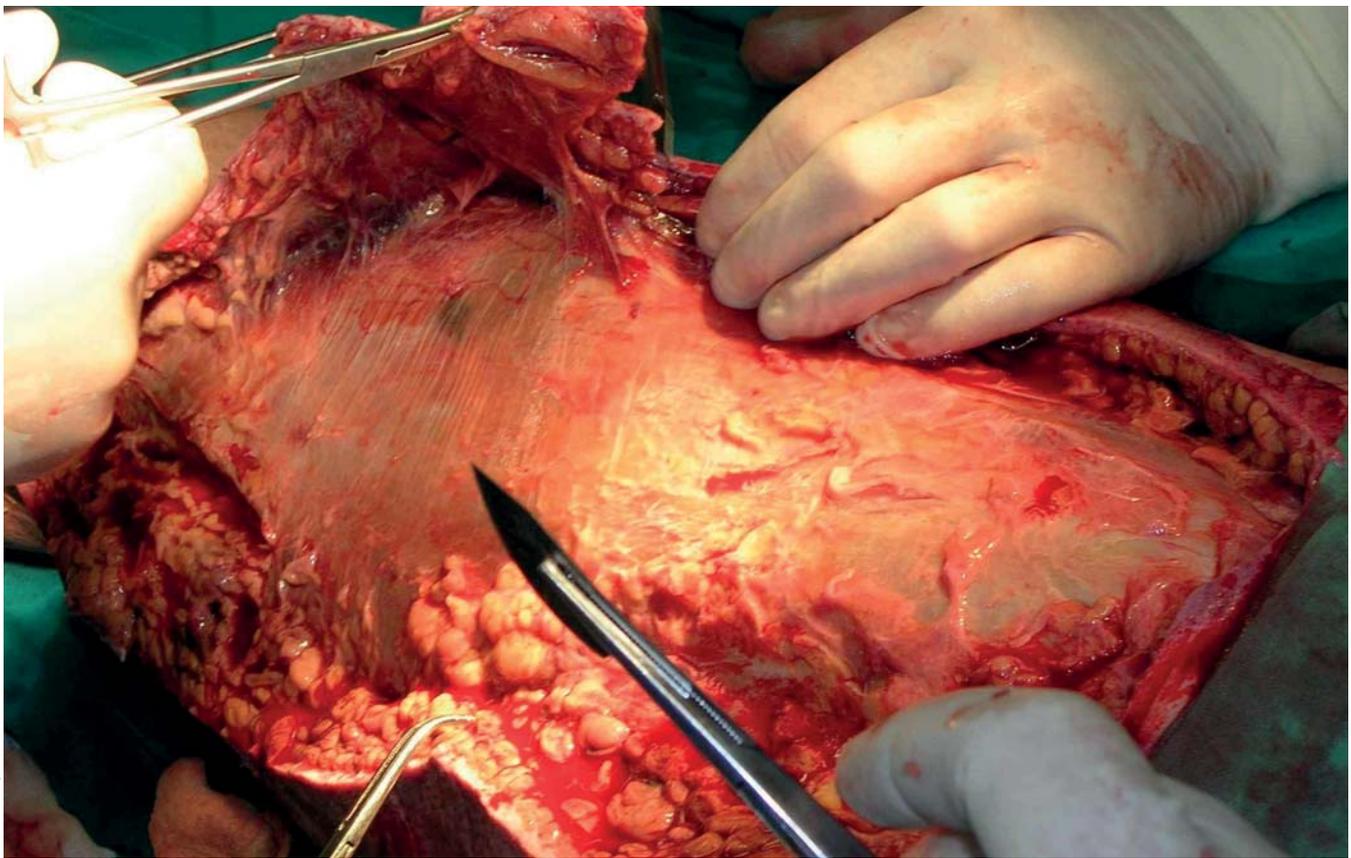
Prof. Dr. Steffen Ruchholtz



Petra Heuser



Dr. Benjamin Bücking



Debridement von narkotischem Gewebe.

Septische Chirurgie in O&U: Wo stehen wir?

Sabrina Weigl, Prof. Dr. Michael Nerlich, Prof. Dr. Hartmut Siebert

Um den Status der Septischen Chirurgie in Orthopädie und Unfallchirurgie zu ermitteln und neue Ziele zu definieren, fand am 27. September 2013 ein Workshop der AG „Septische Chirurgie“ in Frankfurt am Main statt.

Der Workshop wurde gemeinsam mit dem Leiter der AG Septische Chirurgie der DGU, Prof. Dr. G. Hofmann, und dem Vertreter des geschäftsführenden Vorstands der DGU, Prof. Dr. M. Nerlich, abgehalten. Einführend hob Nerlich die besondere Bedeutung des Themas in Klinik und Forschung hervor, indem er unter anderem darauf hinwies: „Die häufigste Operation in der Unfallchirurgie ist nicht mehr die Metallentfernung, sondern die Septische Chirurgie. Es gibt kaum einen Bereich in der Unfallchirurgie und Orthopädie, in dem so viel Erfahrung und Interdisziplinarität notwendig sind, um die Patienten vor postoperativen oder/ und nosokomialen Infektionen zu schützen“. Der Vorstand der DGU sieht hier er-

heblichen Handlungsbedarf und hat diesen Workshop angeregt, um klare Ziele und Aufgaben für O&U mit den Mitgliedern der AG und weiteren Experten in diesem Bereich zu formulieren.

AQUA schlägt 30 neue Qualitätsindikatoren vor

Prof. Julia Seifert stellte den Vorbericht des AQUA Instituts zur Implementierung einer zusätzlichen externen Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich vor: Darin sollen circa 30 Indikatoren für die Struktur-Prozessqualität und Patientensicherheit aufgenommen werden. Die DGOU hat in ihrer Stellungnahme dem AQUA Institut mitgeteilt, dass sie dies als geeignete Maßnahme erachtet, um die Versorgungsqualität und Sicherheit der Patienten abzubilden. Gleichwohl hat die DGOU einige Vorschläge abgelehnt, etwa die Absicht, alle Osteosyntheseverfahren über 365 Tage postoperativ in die Auswertung aufzu-

nehmen. Die DGOU schlägt stattdessen vor, einzelne, jedoch relevante Verfahren der operativen Frakturbehandlung, als Tracer zu verwenden. In einer Machbarkeitsstudie sollen die Vorschläge des AQUA Instituts überprüft werden – eine letzte Chance, „das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten“ und überbordende Bürokratie abzuwenden.

In der Diskussion sahen die Teilnehmer des Workshops sehr klar, wie wichtig eine verstärkte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften und Institutionen ist, um die unfallchirurgisch-orthopädische Kompetenz in die externe Qualitätssicherung einzubringen.

S2-Leitlinie zur postinterventionellen Gelenkinfektion geplant

Anschließend übernahm Prof. Hartmut Siebert in Vertretung von Prof. Felix Bonnaire dessen Vortrag zum Thema „Evi-

Aus den Verbänden

denzbasierte Medizin und Leitlinien: Was gibt es?". Bonnaire moderiert als Stellvertreter der Kommissionsvorsitzender der Leitlinien-Kommission die Novellierung der DGU-Leitlinie „Bakterielle Gelenkinfektion“. Sein Resümee: Aussagekräftige Studien und damit Evidenz zu diesem Thema gibt es kaum. Nach einer angeregten Diskussion über aktuelle Studienergebnisse, Verfahren in Diagnostik und Therapie sowie Relevanz und Nutzen von Leitlinien auf diesem Sektor einigten sich die Workshop-Teilnehmer darauf, sich zunächst in Zusammenarbeit mit der Leitlinien-Kommission und unter Einbindung weiterer Fachgesellschaften (Infektiologie, Mikrobiologie, Hygiene und andere) der Erstellung einer S2-Leitlinie zur postinterventionellen Gelenkinfektion zu widmen. Ein erstes Konzept zur Umsetzung soll dem Vorstand bis Ende des Jahres vorgelegt werden. Prof. G. Hofmann als Leiter der AG warb in diesem Zusammenhang für weitere interprofessionelle Unterstützung in Form kontinuierlicher Mitarbeit in der AG und führte somit direkt in das nächste Thema des Workshops ein.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in O&U

Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in O&U, was bedeutet das und welche Ziele können erreicht werden? Diese und weitere Fragen erörterte der Infektiologe Prof. Dr. Andrej Trampuz, Muskuloskelettales Zentrum der Charité Berlin, der auf eine

langjährige Praxis einer interdisziplinären Zusammenarbeit in verschiedenen Kliniken, in der klinischen Forschung und bei der Erprobung neuer multimodaler Therapieansätze zurückblickt. Durch die konkrete Einbeziehung eines Infektiologen in die tägliche Praxis und Patientenbetreuung könnten die Diagnostik verbessert, die Antibiotika-Therapie optimiert und nachweislich zusätzliche Eingriffe dem Patienten erspart werden. Einig waren sich die Teilnehmer, dass die AG Septische Chirurgie sich ihrer besonderen Rolle in der interdisziplinären Zusammenarbeit (vor allem Infektiologie/Mikrobiologie) bewusst ist, deshalb integrativ wirken und innovative Wege in der Kooperation entwickeln sollte.

Projekte der AG Septische Chirurgie

Im Anschluss stellte Prof. Dr. Andreas Tiemann die Projekte und Fortbildungsinitiativen der AG Septische Chirurgie vor. Die AG wurde 2008 von der DGU mit dem Auftrag gegründet, das vielfältige Einzelwissen in einem umfassenden Konzept „Die septische Chirurgie in Deutschland“ zu bündeln. Sie hat bisher diagnostische Vorgehensweisen, Therapie- und Qualitätsstandards sowie Kriterien zur Qualitätskontrolle bearbeitet. Darüber hinaus ist die AG an multizentrischen Studien beteiligt. Das Fortbildungs-Curriculum soll sich dabei noch stärker am Qualifikationsniveau der Teilnehmer orientieren und in Fortbildungsstufen erfolgen. Zudem soll die

AG zeitnah Vorgaben zu Lernzielen und Lehrinhalten als gesondertes Modul zur Integration in bestehende Fortbildungskurse in der operativen Orthopädie und Unfallchirurgie erstellen bzw. bereits vorhandene verbreiten.

Zertifizierung als Maßstab für Qualität

Abschließend stand das Thema „Zertifizierung – Ein hilfreiches Instrument für mehr Qualität und Sicherheit? Evidenz – Erfahrungen – Notwendigkeit“ zur Diskussion. Prof. Hartmut Siebert merkte an, dass vor einer möglichen Zertifizierung eine Reihe von Hürden zu nehmen sei. Dazu gehört die Identifizierung spezieller evidenzbasierter Merkmale, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für diesen Bereich beschreiben, transparent und ohne größeren Aufwand überprüfbar sind.

Einig waren sich die Teilnehmer auch darüber, dass der Aufbau eines speziellen Registers unabdingbarer Bestandteil langfristiger Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsqualität und Sicherheit, der klinischen Forschung und der Versorgungsforschung in diesem zentralen Bereich unseres Faches ist und der Förderung durch die Fachgesellschaften bedarf.

Prof. G. Hofmann fasste zum Ende des Workshops die Ergebnisse in einer To-Do-Liste zusammen und bat um Unterstützung. Das Potenzial, diese Aufgaben erfolgreich anzugehen, sei vorhanden.



Sabrina Weigl,
Assistentin Online-
Redaktion der DGOU



Prof. Dr. Michael Nerlich
3. Vizepräsident DGU



Prof. Dr. Hartmut
Siebert, Generalsekretär
DGOU/DGU

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.

Abo Hasha, Tarek · Bünde
Anzer, Johann Dr. med. · Stendal
Bade, Sarah Dr. med. · Birkenhördt
Barop, Konrad Dr. med. · Hamburg
Becker, Jörg · Bad Krozingen
Behnke, Marc Sebastian · Ahneby
Bergdolt, Christian · Heidelberg
Buckup, Johannes · Frankfurt/Main
Dehm, Kristina · Stephanskirchen
Dorn, Tobias Dr. med. · Tübingen
Evers, Julia Dr. med. · Münster
Faulenbach, Miriam Dr. med. · Frankfurt/M.
Faust, Ingo · Wallerfangen
Fojtik, Petr MuDr. · Bünde
Frey, Sönke Percy Priv. Doz. Dr. med. · Würzburg
Fröhlich, Matthias · Köln
Gashaw, Yared Seifu · Berlin
Geisler, Thomas · Vaihingen
Grünwald, Leonard · Wendlingen
Haye, Oliver Dr. med. · Hamburg
Heidenreich, Sebastian · Mönchengladbach

Hemmer, Stefan Dr. med. · Heidelberg
Höhlein, Mark Dr. med. · Oldenburg
Jensen, Kai Oliver · Binz
Jonas, Victoria Maria Dr. med. · Zittau
Jordan, Martin Cornelius Dr. med. · Würzburg
Keller, Tim · Gießen
Kemmerer, Matthias Dr. med. · Frankfurt/M.
Krilles, Stefan · Traunstein
Lehmann, Kai · Berlin
Logemann, Thomas Dr. med. · Sömmerda
Lötzbeier, Axel Dr. med. · Oberursel /Taunus
Lutter, Anna Maria · Kalmar (Schweden)
Marinos, Kyriakos · Stendal
Maschewski, Katja · Berlin
Mauerer, Christian · Lappersdorf
Mazuch, Malte Dr. med. · Wesel
Menger, Björn Dr. med. · Göttingen
Menslage, Marie · Hamburg
Oberle, Mike Dr. med. · Freiburg
Obermeyer, Christoph Dr. med. · Göttingen
Petrov, Kiril Boychev Dr. med. · Frankfurt/Main
Pfannebecker, Peter · Traunstein
Presber, Franziska Dr. med. · Berlin
Reich, Anne-Rieke · Hannover
Reiser, Siegfried Dr. med. · Sachsenheim
Richter, Peter Dr. med. · Ulm
Rüther, Hauke · Göttingen
Sauter, Matthias Dr. med. · Frankfurt/Main

Scharrenbroich, Jörg · Lingen
Scheiderer, Bastian Dr. med. · Ulm
Schilasky, Ingo Dr. med. · Mistelbach
Schlefers, Alegra · Berlin
Schling, Sarah · Hannover
Schmücker, Sophia Jutta Hiltrud · Frankfurt/Main
Schneider, Jan Dr. med. · Bochum
Schneider, Jörg Dr. med. · Ulm
Schütz, Maren · Bonn
Senghaas, Annika Dr. med. · Bamberg
Stuber, Madeleine Dr. med. · Stuttgart
Szalay, Gabor Priv.Do. Dr. med. · Giessen
Tantow, Mathias Dr. med. · Niederkassel
Vesper, Ulli · Frankfurt/Main
von Lübken, Falk Dr. med. · Ulm
Wegent, Serge · Oberkirch
Weiser, Lukas Dr. med. · Hamburg
Weißberger, Manuel Dr. med. · Frankfurt/Main
Wiese, Andreas Dr. med. · Stuttgart
Wiesnet, Johannes Dr. med. · Fürth
Wincheringer, Dennis Dr. med. · Frankfurt/Main
Wyen, Hendrik Dr. med. · Frankfurt/Main
Yasar, Mahmut · Gelsenkirchen
Zahn, Martin · Stendal
Ziprian, Till · Potsdam

ASG-Fellowship 2015

Das ASG-Stipendium (Austrian-Swiss-German Fellowship) ist eine der höchsten Auszeichnungen der deutschsprachigen orthopädischen Fachgesellschaften. Vier Stipendiaten (ein Schweizer, ein Österreicher und zwei Deutsche) reisen im Sommer circa sechs Wochen durch die englischsprachigen Länder England, Kanada und USA und besuchen anglo-amerikanische orthopädische Eliteeinrichtungen. Sie repräsentieren die deutschsprachige Orthopädie, müssen die englische Sprache beherrschen sowie wissenschaftlich und klinisch herausragend sein. Erwartet wird ferner soziale Kompetenz und Respekt vor den Gegebenheiten der anglo-amerikanischen Gastländer.

Das typische Bewerberprofil schließt die Habilitation ein, ebenso Oberarztposition und eine Empfehlung des Klinikchefs. Das 40. Lebensjahr sollte nicht wesentlich überschritten sein. Akademischen Gepflogenheiten folgend, bewirbt sich nur ein Kandidat aus

einer akademischen Einrichtung oder Klinik.

Das Stipendium wird gegenwärtig mit

6.000 Euro

pro Person unterstützt. Die Bewerbung für 2015 ist per E-Mail bis **31. Januar 2014** zu richten an den Leiter der Stipendienkommission der DGOOC:

Prof. Dr. Heiko Reichel
Orthop. Universitätsklinik am RKU
Oberer Eselsberg 45
89081 Ulm
heiko.reichel@rku.de

Der Bewerbung sind folgende Unterlagen anzufügen:

- Ausgefüllter Fragebogen – anzufordern bei Prof. Reichel (s.o.)
- Schriftliche Befürwortung des Chefs

- Beruflicher/wissenschaftlicher Werdegang
- Nachweis von Englischkenntnissen
- Wissenschaftliches Oeuvre einschließlich einer Übersicht, gegliedert in
 - Originalarbeiten
 - Veröffentlichte Vorträge und Abstracts
 - Buchbeiträge
 - Herausgeberschaften
 - Monografien
 - Wissenschaftliche Vorträge
 - Poster, Videos und sonstige wissenschaftliche Publikationen
- Wissenschaftliche Preise

Außerdem stellt sich jeder Bewerber auf einer CD persönlich optisch und sprachlich vor und erläutert, warum er/sie ASG-Fellow werden möchte. Diese CD ist in **fünffacher Ausfertigung** bis zum **31. Januar 2014** per Post an die obige Adresse zu senden. Beim VSOU-Kongress 2014 in Baden-Baden wird die Kommission die Stipendiaten aus den Bewerbern auswählen.

Jochen Loehr Preis 2014 der Deutschen Vereinigung für Schulter- u. Ellenbogenchirurgie

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Jochen Loehr Preis in Höhe von

3.000 Euro

für eine innovative klinische Arbeit aus dem Gebiet der Schulter- und Ellenbo-

genchirurgie. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert oder nicht vor dem 31. Januar 2014 publiziert wurden. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildungen) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form bis zum **31. Januar 2014** an den Präsidenten der Deutschen Vereinigung

für Schulter- und Ellenbogenchirurgie einzureichen:

Prof. Dr. U. Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerkel-Platz
83734 Hausham

brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahresagung der DVSE.





Reisestipendium der DVSE

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, schreibt ein jährliches Reisestipendium, gefördert von der Firma medi, aus. Im Rahmen dieses Stipendiums wird eine zweiwöchige Studienreise zu deutschen Zentren der Schulter- und Ellenbogenchirurgie für zwei Kandidaten mit insgesamt

4.000 Euro

unterstützt. Voraussetzung für eine Bewerbung von Assistenzärzten/-innen in der Ausbildung zum Orthopäden oder

Unfallchirurgen sind ein vertieftes Interesse an den Erkrankungen und Behandlungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes sowie eine schriftliche Befürwortung der Bewerbung durch den Leiter der Klinik. Bewerbungen sollten mit Lebenslauf, Darstellung des beruflichen Werdeganges bis zum **31. Dezember 2013** eingereicht werden bei:

PD Dr. Andreas Werner
Argon Orthopädie + Sporttraumatologie
Hamburg
Große Bleichen 5
20354 Hamburg

werner1516@aol.com



Best Paper Preis 2014 der DVSE

Auch 2014 wird wieder der Best Paper Preis der Gesellschaft auf der Jahrestagung der DVSE vergeben, der mit einem Preisgeld von

3.000 Euro

dotiert ist. Die Deadline zum Einreichen der Abstracts entspricht der Deadline für den DVSE Kongress 2014. Der Gewinner dieses Preises wird seine wissenschaftliche Arbeit als Repräsentant der DVSE auf dem Jahreskongress der Europäi-

schen Schulter- und Ellenbogengesellschaft (SECEC/ESSSE) in der Sitzung der Nationalgesellschaften präsentieren. Die Reise wird finanziell von der DVSE unterstützt.

Prof. Dr. U. Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerker-Platz
83734 Hausham

brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info

DVSE Tornier Ellenbogen Fellowship (Graham J. W. King, Canada) 2014

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), schreibt ein Ellenbogen Fellowship aus. Das Fellowship beinhaltet einen fünfwöchigen ununterbrochenen Aufenthalt bei Prof. Graham King, London Ontario, Kanada, Upper Limb Centre, Western University. Der Fellow wird im Observerstatus an den wöchentlichen OP-Tagen von Prof. Graham King, den Sprechstunden, Visiten und täglichen klinischen Konferenzen teilnehmen sowie bei den Partnern, Prof. Ken Faber und Dr. George Athwal, klinisch operativ eingesetzt. Der Fellow sollte in der wöchentlichen wissenschaftlichen Fortbildung einen Vortrag zu einem ellenbogenspezifischen Thema halten. In Absprache mit dem Ellenbogenkomitee der DVSE wird ein wissenschaftliches Projekt in Zusammenarbeit mit Prof. G. King geplant. Das

Fellowship wird von der Firma Tornier mit

3.000 Euro

unterstützt. Voraussetzung für die Bewerbung sind die Mitgliedschaft in der DVSE, ein vertieftes Interesse an Erkrankungen und Behandlungen des Ellenbogengelenks, der Nachweis wissenschaftlicher Leistungen sowie ein Alter unter dem 40. Lebensjahr.

Die Western University in London Ontario ist eine der führenden kanadischen Universitäten auf halbem Weg zwischen Toronto und Detroit sowie zwischen dem Huron- und dem Erie-See gelegen. Prof. Graham J. W. King zählt mit seinen klinisch wissenschaftlichen Themen zu den weltweit führenden Experten der Chirurgie des Ellbogengelenks und ist Entwickler osteosynthetischer und prothetischer Implantate für Ellenbogenge-



lenkspathologien. Schwerpunkte seiner Arbeiten liegen auf den ligamentären Verletzungen des Ellenbogengelenks, der (navigierten) Ellenbogenprothetik sowie den traumatischen Verletzungen des Radiuskopfes.

Bewerbungsschluss ist der **31. Januar 2014**. Die Bewerbung einschließlich Lebenslauf, Nachweis der wissenschaftlichen Aktivitäten und Motivations schreiben sind bitte zu richten an:

*Universitätsklinik Köln
Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie
Herrn Univ. Prof. Dr. Lars Peter Müller
Kerpener Str. 62
50937 Köln*

Bewerbungsunterlagen:

- OP-Katalog
- Curriculum Vitae
- Publikationsliste
- Motivation für die Bewerbung und Ziele

DVSE Ellenbogen-Wissenschaftspreis 2014 gesponsert von MEDARTIS

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V. vergibt ab 2014 jährlich den oben genannten Preis mit einem Betrag von

3.000 Euro

für eine innovative Arbeit auf Gebiet der Ellenbogenchirurgie. Teilnahmeberech-

tigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert sind. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildung) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form

(PDF oder Word-Dokument) bis zum **31. April 2014** einzureichen. Eine Publikation sollte nicht vor dieser Deadline erfolgt sein. Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE. Weitere Informationen über die Teilnahmebedingungen sind der Internetseite www.dvse.info zu entnehmen.





Perthes Preis 2014 der DVSE

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, vergibt erneut den jährlichen Perthes Preis in Höhe von

3.000 Euro

für eine innovative experimentelle Arbeit oder eine Arbeit aus der Grundlagenforschung aus dem Gebiet der Schulter- und Ellenbogenchirurgie. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen

auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert oder nicht vor dem 31. Januar 2014 publiziert wurden. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildung) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form (PDF oder Word-Dokument) bis zum **31. Januar 2014** an den Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie einzureichen:

*Prof. Dr. U. Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerker-Platz
83734 Hausham*

***brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info***

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE. Weitere Informationen über die Teilnahmebedingungen sind der Internetseite www.dvse.info zu entnehmen.

Ausschreibung zum medi Award



Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie lobt gemeinsam mit der Firma medi zum ersten Mal den medi Award im Bereich konservative Orthopädie aus. Mit der Würdigung einer wissenschaftlichen Arbeit aus dem Gebiet konservativer Behandlungskonzepte sollen die Bedeutung des Faches gefördert und die großen Möglichkeiten auf dem Gebiet der konservativen Orthopädie sichtbar gemacht werden. Der medi Award ist insgesamt mit

7.500 Euro

dotiert und kann geteilt werden.

Teilnahmevoraussetzungen:

Themen sind in diesem Jahr:

- Wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Gebiet der konservativen Behandlungskonzepte von Sprunggelenkverletzungen
- Wissenschaftliche Forschungsarbeit aus dem Gebiet konservativer Behandlungskonzepte von Arthrose

Prämiert wird eine Arbeit, die in deutscher oder englischer Sprache in den letzten zwei Jahren gefertigt wurde. Die Bewerbung muss enthalten: Name und Anschrift, Geburtsdatum, Ort, kurzer Le-

benslauf und Datum der wissenschaftlichen Arbeit. Die Bewerbungsunterlagen können bis zum **16. Februar 2014** eingereicht werden beim:

*BVOU e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
E-Mail: bvou@bvou.net
Telefon: (0 30) 79 74 44 44*

Service / Kleinanzeigen

Praxisnachfolge

Ich bin einer von 3 Gesellschaftern einer Gemeinschaftspraxis (Gründung 2007) in Wolfsburg. 1 Gesellschafter ist Facharzt für Chirurgie – Unfallchirurgie und Durchgangsarzt. 1 Gesellschafter ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und ich bin ebenfalls Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ich suche einen Nachfolger spätestens zum 01.04.14. Die Praxis ist primär operativ ausgerichtet (hat einen OP). 2 der Partner sind auch als Honorarärzte operativ in einer umliegenden Klinik tätig. Die Praxis ist sehr zentral, auf über 400 qm über 2 Etagen. Vorhanden sind: Digitales Röntgen, DXA Einheit (Knochendichtemessung), Laser, diagnostischer / therapeutischer Ultraschall, Focussierte Stosswelle, C-Bogen (BV = Bildwandler). Homepage: www.p47-wolfsburg.de

Kontakt gerne über meine Mailadresse: barisic@wolfsburg.de

Stellenangebote

Chirurg/Orthopäde & Unfallchirurg gesucht
½ Chirurgenstz nachzubeseetzen, evtl. Jobsharing mit O/UC. Kein Kapitaleinsatz. 2 Standorte, ambulanter Op., stat. an 2 Kliniken. Alle weiterführenden Schulen. Bei Interesse bitte schriftliche Kontaktaufnahme

Chiffre: 21 10 61

Orthopäde für Gemeinschaftspraxis im Emsland gesucht
Suche orthopädischen Kollegen zur Nachbesetzung eines frei gewordenen KV-Sitzes in meiner Gemeinschaftspraxis in Lingen/Ems.

Chiffre: 21 10 62

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Frau Esther Eckstein

Postfach 30 08 80

70448 Stuttgart

Neues und Informatives aus der Pharmaindustrie und Medizintechnik.
Ein Service des Georg Thieme Verlags.

Die nachfolgende Rubrik erscheint außerhalb der Verantwortung der Herausgeber und der Schriftleitung.
Die Inhalte spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung der Verbände und Gesellschaften wider.
Sie sind von den Firmen zur Verfügung gestellt und alle Angaben sind ohne Gewähr.

Neubewertung der EMA für NSAR und Flupirtin **0156**

Der Pharmakovigilanz-Ausschuss für Risikobewertung (PRAC) der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) hat das Nutzen-Risiko-Profil verschiedener Schmerzmittel evaluiert, Daten zur Sicherheit und Verträglichkeit ausgewertet und neue Warnhinweise und Beschränkungen ausgesprochen. Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) sind demzufolge mit einem 3- bis 5-fach erhöhten Risiko für Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt assoziiert. Hohe Dosierungen, etwa mehr als 1200 mg Ibuprofen oder mehr als 100 mg Diclofenac, steigern das relative Risiko gegenüber niedrigen Dosierungen um das 2- bis 3-Fache. Diclofenac ist zudem mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden. Die EMA empfiehlt daher, Diclofenac bei Patienten mit schweren kardiovaskulären Erkrankungen nicht und bei Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren kritisch einzusetzen. Eine Dauertherapie sei nicht angezeigt, erklärte Prof. Hans-Raimund Casser, Mainz¹: „Die Nebenwirkungen sind aber nicht auf eine Langzeitbehandlung beschränkt, sondern können auch bei erstmaliger oder kurzfristiger Anwendung auftreten.“

Positives Nutzen-Risiko-Profil

Für Flupirtin² hat die EMA das Nutzen-Risiko-Profil des zentral wirksamen, nicht opioiden Analgetikums für die Behandlung akuter Schmerzen positiv bewertet und bezeichnet den Wirkmechanismus der selektiven Öffnung neuronaler Kaliumkanäle (SNEPCO) als einzigartig. Zusätzlich zur analgetischen Wirkung, die wissenschaftlich bis zu einer Anwendungsdauer von 4 Wochen belegt sei, verfüge Flupirtin über eine muskelentspannende Wirkung. Der EMA zufolge darf Flupirtin nur angewendet werden, wenn andere Schmerzmittel – etwa NSAR oder schwache Opioide – kontraindiziert sind. Die Dauer der Therapie darf nun 2 Wochen nicht mehr überschreiten. Einmal wöchentlich ist dabei die Leberfunktion zu kontrollieren. Hintergrund dieser Empfehlung sind 136 Spontanberichte zu Lebererkrankungen zwischen 1999 und März 2013, die von asymptomatischen Leberwerterhöhungen bis zu fatalen Leberschädigungen (15 Fälle) reichen. Einer Häufigkeitsberechnung zufolge, die PD Dr. Michael Überall, Nürnberg, präsentierte, entsprechen 15 fatale Fälle pro 893 000 Patientenjahre einer Prävalenz von 0,00025% oder einem absoluten Ereignisrisiko von 1/388 030 behandelten Patienten.

Die Evidenz für das Therapieprinzip der Analgesie und Muskelentspannung zeigte z. B. die 4-wöchige, prospektive, randomisierte, doppelblinde aktiv- und placebokontrollierte SUPREME-Studie mit 326 Patienten mit muskulären Kreuzschmerzen. Flupirtin reduzierte die Schmerzintensität verglichen mit Placebo signifikant, retardiertes Tramadol zeigte im Vergleich zu Placebo keine signifikanten analgetischen Effekte. Flupirtin war vergleichbar verträglich wie Placebo und auch hinsichtlich der Leberwerte unauffällig gegenüber den Kontrollgruppen.

Michael Koczorek, Bremen

¹ Symposium „Muskulär bedingte Schmerzen – was wann?“, veranstaltet von Teva im Oktober 2013 in Hamburg

² Katadolon® S long, Teva GmbH, Ulm

Kniearthrose: weniger Schmerzen und mehr Beweglichkeit

0147

Arthrose ist die weltweit häufigste Gelenkerkrankung des rheumatischen Formenkreises. In Deutschland leiden etwa drei Viertel aller über 70-Jährigen darunter. Das Knie ist weitaus am häufigsten betroffen – so liegt das Risiko, in der Altersgruppe zwischen 70 und 74 Jahren eine Kniegelenksarthrose (Gonarthritis) zu entwickeln, bei ca. 40%. Da jede Aktivität schmerzt, wird sie vermieden. Dabei verbessert eine gelenkschonende Bewegung langfristig die Prognose. Eine kausale Heilung ist nach dem heutigen Wissensstand nicht möglich, somit ist Schmerzreduktion das wichtigste Therapieziel. Da zumeist ältere Menschen, die häufig noch weitere Medikamente einnehmen müssen, von Arthrose betroffen sind, ist bei der Arzneimittelauswahl auf das Interaktionspotenzial zu achten. Pflanzliche Schmerzsalben mit Beinwellwurzelextrakt¹ lassen sich auch mit oralen Schmerz- und Rheumamitteln kombinieren und können sogar langfristig angewendet werden.

Natürliche Hilfe bei Kniearthrose

In einer placebokontrollierten, doppelblinden klinischen Studie linderte die regelmäßige Anwendung von Beinwellwurzelextrakt über 3 Wochen signifikant die Symptome bei Kniegelenksarthrose. Dabei erreichte Beinwellwurzelextrakt eine 5-fach stärkere Schmerzreduktion im Vergleich zu Placebo. Zur Bestimmung des sekundären Zielkriteriums wurde der „Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC-Arthroseindex)“ herangezogen. WOMAC ist ein international anerkannter Patientenfragebogen zur Bewertung der Arthrosesymptomatik, der die Leitsymptome Schmerz, Steifigkeit und Funktionseinschränkung umfasst. Beinwellwurzelextrakt verbesserte den WOMAC-Index innerhalb des 3-wöchigen Beobachtungszeitraums um 58%. Auch in allen weiteren Begleitvariablen wie beispielsweise der Lebensqualität (evaluiert anhand des krankheitsübergreifenden Interviewbogens SF36) war Beinwellwurzelextrakt dem Placebo signifikant überlegen.

Hervorzuheben ist der positive Einfluss auf die Gelenkbeweglichkeit: Dabei steigerte Beinwellwurzelextrakt die Flexibilität der Kniestreckung um rund 66% und der Kniebeugung um 7%. Bei der Nebenwirkungsrate traten keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen Placebo- und Verumgruppe auf, was die hervorragende Verträglichkeit von Beinwellwurzelextrakt auch bei Langzeitanwendung bestätigt.

Nach einer Pressemitteilung
(Merck)

¹ Kytta-Salbe® f und Kytta® Geruchsneutral, Merck Selbstmedikation GmbH, Darmstadt

Blaues Licht bei chronischen Rückenschmerzen ⁰¹⁵⁸

Bewegung und Muskelaufbau – ein Mantra, das Ärzte Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden immer wieder vorbeten. Denn die Mobilität der Betroffenen langfristig zu fördern, gilt als Schlüssel für die Befreiung von Schmerz. Dies ergab eine aktuelle Onlineumfrage unter Orthopäden im Auftrag von Philips. Ein Therapieansatz, der die körperliche Aktivität der Patienten durch seinen mobilen Einsatz unterstützt, ist das Philips BlueTouch¹: Mittels blauem LED-Licht werden natürliche Prozesse zur Linderung der Beschwerden angestoßen.

Insgesamt antworteten je nach Thema bis zu 200 Orthopäden auf die Fragen, die sich rund um die richtige Behandlung von chronischen Rückenschmerzen drehten. So hielten 85% der befragten Orthopäden es für wichtig beziehungsweise sehr wichtig, die Beweglichkeit der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nachhaltig zu fördern. Genau darin besteht aber eine der Herausforderungen in der Behandlung: Der Patient muss befähigt werden, sich körperlich zu betätigen. Durch dauerhafte Schonhaltung verringert sich ansonsten die Durchblutung und die Muskelkraft schwindet – die Patienten geraten häufig in einen Teufelskreis aus wiederkehrendem Schmerz.

Um den Betroffenen rasch wieder einen normalen Bewegungsumfang zu ermöglichen, werden oft medikamentöse Maßnahmen eingesetzt. 80% der befragten Orthopäden sehen jedoch in Therapien ohne zusätzliche Wirkstoffe eine interessante beziehungsweise sehr interessante Option zur Behandlung chronischer Beschwerden.

Mehr Beweglichkeit, mehr Lebensqualität

Ohne den Körper mit Nebenwirkungen durch Schmerzmittel zu belasten, sorgt der Wärmeeffekt des Lichts für eine schnelle Entspannung. Zusätzlich bewirkt blaues LED-Licht die Freisetzung des körpereigenen Schmerzhemmers Stickstoffmonoxid (NO) und infolge eine natürliche Gefäßerweiterung (Vasodilatation). Auf diese Weise werden die Muskeln besser mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und zugleich schmerzverursachende Substanzen abtransportiert.

Für den Erfolg ist auch die Compliance des Patienten entscheidend: Die Anwendung durch den Patienten zu Hause und unterwegs muss möglichst einfach sein. Das kompakte Gerät ist mithilfe von individuell einstellbaren Rückenbändern diskret unter der Kleidung tragbar. Auf diese Weise können sich die Patienten während der Behandlung frei bewegen und verharren nicht in einer Schonhaltung, welche die chronischen Schmerzen noch verstärkt.

*Nach einer Pressemitteilung
(Philips)*

¹ Philips BlueTouch, Philips Deutschland GmbH, Hamburg

Beim Opioid auf gute Verträglichkeit achten ⁰¹⁵⁷

Bei der Verordnung von Opioiden ist nicht nur die klinische Wirksamkeit entscheidend, sondern auch das Nebenwirkungsprofil der Substanz. „Opioid ist nicht gleich Opioid“, betonte PD Dr. Michael Überall, Nürnberg¹. Als häufigste und den Patienten besonders belastende Nebenwirkungen nannte er die Obstipation, gefolgt von Müdigkeit, kognitiven Leistungseinbußen, neurologischen und psychischen Störungen sowie Schlafproblemen. Wirkung und Nebenwirkungen gehen leider, so Überall, „bei den traditionellen Opioiden meist Hand in Hand“.

Die verfügbaren Präparate unterscheiden sich aber durchaus in ihrer Verträglichkeit. Als ein Präparat mit besonders günstigem Nebenwirkungsprofil hob Überall die Fixkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon² hervor. „Verglichen mit Morphin bietet die fixe Retardkombination im praktischen Alltag bei mindestens gleicher Wirksamkeit aufgrund der besseren Verträglichkeit einen deutlichen Zusatznutzen“, erklärte er. Das belegen die Ergebnisse der Crossover-Studie. Mehr als 4000 Ärzte nahmen an der Befragung teil. Diese stellt nach Überall damit die weltweit größte Querschnittsbefragung zu den Erfahrungen hinsichtlich Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit stark wirksamer Opiode bei Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen dar.

Die Daten bekräftigen den hohen Stellenwert stark wirksamer Opiode bei Patienten mit chronischen Schmerzen unterschiedlicher Genese, wobei jedoch Nebenwirkungen häufig Anlass für eine Therapieumstellung oder sogar einen Abbruch der Opioidtherapie sind. Unter Morphin und auch unter Oxycodon wurden dabei signifikant häufiger unerwünschte Effekte berichtet als unter der Oxycodon/Naloxon-Fixkombination. Die Studie dokumentiert zugleich therapeutische Vorteile für die Retardkombination, da bei gleicher analgetischer Potenz eine signifikant bessere Verträglichkeit resultierte – nicht nur hinsichtlich der Obstipation, sondern auch durch ein geringeres Ausmaß an Einschränkungen des körperlichen und psychischen Befindens sowie dadurch bedingt auch der Arbeitsfähigkeit.

Christine Vetter, Köln

¹ Pressekonferenz „Opioid ist nicht gleich Opioid: Targin® überzeugt durch starke Wirksamkeit und gute Verträglichkeit“, veranstaltet von Mundipharma im Oktober 2013 in Hamburg

² Targin®, Mundipharma GmbH, Limburg/Lahn

Knierarthrose: innovatives gelenkerhaltendes Implantat

0148

Für Patienten mit früher Kniegelenkarthrose steht eine neue chirurgische Behandlungsoption zur Verfügung: das KineSpring®-System¹, das über eine vorgespannte Feder das lädierte Gelenk entlasten kann. Das System besteht aus 2 Basiskörpern, die in einem minimalinvasiven Eingriff von knapp einer Stunde Dauer mit jeweils 4 Schrauben medial am Femur- beziehungsweise Tibiaknochen befestigt werden. Die dazwischen gespannte Feder kann die Belastung auf das mediale Kniekompartiment in der Standphase um bis zu 13 kg abdämpfen. Als Folge der Entlastung reduzierten sich Schmerzen und das Gewebe könne sich erholen, wie PD Dr. Christian Stärke, Magdeburg², erklärte. „Studien weisen darauf hin, dass es durch die Distraction des Gelenks zu einer teilweisen Regeneration des Knorpels kommen kann“, so der Chirurg. Die Daten verschiedener klinischer Studien zur Wirksamkeit des Medizinprodukts zeigen eine signifikante Reduktion der Arthroseschmerzen (bei Kontrolle nach 3 Jahren bei mehr als 80% der Patienten) sowie eine deutliche Verbesserung der Gelenkfunktion. Vorteil der Methode: Der Eingriff erfolgt minimalinvasiv und gelenkerhaltend, sodass das voll reversible System die Zeit bis zu einer Endoprothese erfolgreich überbrücken kann.

Kurze Rekonvaleszenz, rasche Schmerzreduktion

2008 wurde der erste Patient mit dem System, das aus Titan und Kobalt-Chrom gefertigt ist, versorgt. In Deutschland ist es seit 2011 zugelassen und bei 175 Patienten implantiert (Stand September 2013). Die Anwendung ist an ein spezielles Training gebunden, das der Hersteller anbietet („no train, no use“). Stärke hat in Magdeburg bis September dieses Jahres 25 Operationen v.a. bei jüngeren Patienten zwischen 40 und 50 Jahren durchgeführt. Seine Erfahrungen bestätigen bislang die Studienergebnisse mit rascher – häufig innerhalb weniger Tage einsetzender – und nachhaltiger Schmerzreduktion. Die Rekon-

valeszenz ist kurz: Innerhalb von 2 Wochen ist Gehen ohne Unterarmgehstützen möglich, eine gute Alltagsfunktion wird nach etwa 6 Wochen erreicht. Schwerwiegende Komplikationen hat Stärke bislang nicht gesehen. Geeignet sei das System für eher junge Patienten mit beginnender bis mittelschwerer Knierarthrose, die v.a. ihre berufliche Funktion erhalten wollen. Wichtig sei daher eine sorgfältige Auswahl der Patienten.

Derzeit untersucht die europaweite GOAL-Studie die Sicherheit und Wirksamkeit der Methode im Vergleich zu einer hohen Tibiaosteotomie (HTO).

Michael Koczorek, Bremen

¹ KineSpring®, Moximed International GmbH, Zürich/Schweiz

² Pressegespräch „Arthrose – Neue Entwicklungen, wenn die Gelenke nicht mehr mitmachen“, veranstaltet von Moximed im September 2013 in Wiesbaden

Psoriasis-Arthritis: positive Bewertung des CHMP

0131

Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der European Medicines Agency (EMA) hat eine positive Bewertung erteilt für die Empfehlung von Ustekinumab¹ als Mono- oder Kombinationstherapie mit Methotrexat zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, wenn das Ansprechen auf eine vorherige Therapie mit nicht biologischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist.

Das CHMP kam zu seiner Entscheidung auf Basis der Daten aus 2 randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III-Studien (PSUMMIT I und II), in denen der IL12/23-Inhibitor Ustekinumab bei Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis angewendet wurde. Untersucht wurden die Wirksamkeit und Verträglichkeit von subkutan verabreichtem Ustekinumab 45 mg oder 90 mg. Die Studien schlossen Patienten mit diagnostizierter aktiver Psoriasis-Arthritis ein, die mindestens 5 schmerzhafte und 5 geschwollene Gelenke und C-reaktives Protein (CRP)-Spiegel von mindestens 0,3 mg/dl aufwiesen trotz Behandlung mit krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikamenten (DMARD) und/oder nicht steroidalen Antirheumatika (NSAs).

PSUMMIT II schloss zudem Patienten ein, die zuvor mit TNF- α -Inhibitoren behandelt worden waren. Der primäre Endpunkt der beiden Studien war die Anzahl der Patienten, die mindestens eine 20%ige Verbesserung der Anzeichen und Symptome nach den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR 20) in Woche 24 aufweisen konnten. Sekundäre Endpunkte in Woche 24 waren eine Verbesserung gemäß Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI), das ACR-50- und ACR-70-Ansprechen und eine mindestens 75%ige Verbesse-



KineSpring® entlastet die Gelenke und führt zu einer raschen Schmerzreduktion (Quelle: Moximed International GmbH).

rung der psoriatischen Hautläsionen, gemessen am Psoriasis Area Severity Index (PASI75), bei Patienten mit Befall von mindestens 3% der Körperoberfläche bei Studienbeginn. Zudem wurden Verbesserungen in den relevanten Scores bei Patienten mit Enthesitis- und/oder Daktylitis gemessen.

Ustekinumab ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis zugelassen, die auf andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat und PUVA nicht angesprochen haben, bei denen diese kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. Es ist bisher nicht zugelassen zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis.

*Nach einer Pressemitteilung
(Janssen-Cilag)*

¹ Stelara®, Janssen-Cilag GmbH, Neuss

Praxisstudie bestätigt gute Wirksamkeit bei Lupus-Patienten

In der deutschen Observe-Multicenter-Studie wurde retrospektiv der klinische Verlauf von 66 Patienten mit systemischem Lupus erythematoses (SLE) 6 Monate vor Therapiebeginn mit Belimumab¹, zum Zeitpunkt der Initiierung und 6 Monate später beurteilt. Die Patienten waren im Mittel 41 Jahre alt, 59 waren Frauen, und 85% hatten einen moderaten bis schweren SLE, berichtete Prof. Andreas Swarting, Mainz². Über die Hälfte der Patienten hatte 4 und mehr SLE-Manifestationen, die Begleitmedikation bestand in der Regel aus oralen Kortikosteroiden (mittlere Prednison-Äquivalenz-Dosis 12,3 mg/d), Antimalariamittel und/oder Immunsuppressiva. Die Gründe für den Einsatz des Biologikums waren bei den meisten Patienten eine ungenügende Wirksamkeit der Vortherapie und eine Verschlechterung des Krankheitszustands.

Ansprechraten der Zulassungsstudie übertroffen

Nach 6-monatiger Therapie mit Belimumab (10 mg/kg i.v.) wurden drei Viertel der Behandelten als Responder mit einer Verbesserung des Gesamtzustands (ärztliche Beurteilung) um mindestens 20%, fast die Hälfte mit einer Verbesserung um mindestens 50% beurteilt. Mit allen eingesetzten Scores zeigte sich eine Verringerung der Krankheitsaktivität, berichtete Swarting. Der Steroidbedarf sank im Mittel um fast 5 mg täglich. Vorzeitig abgebrochen wurde die Belimumab-Therapie nur bei 2 Patienten (3%). Die Ansprechraten waren in der Praxisstudie noch höher als in den BLISS-Zulassungsstudien über 52 und 76 Wochen, in denen etwa die Hälfte der Patienten auf Belimumab ansprachen, sagte Swarting. Prädiktiv für ein gutes klinisches Ansprechen auf Belimumab sind hohe klinische Aktivität (SELENA-SLEDAI-Score ≥ 10), niedriges Komplement (C3/C4), positiver Anti-dsDNA-Antikörper-Nachweis und hoher Steroidbedarf.

Zu den wichtigen Zielen der SLE-Therapie zählt es, die entzündliche Krankheitsaktivität zu stoppen, Schübe zu verhindern sowie den Steroidbedarf $\leq 7,5$ mg täglich zu senken, sagte Prof. Martin Aringer, Dresden. Wenn dies durch Hydroxychloroquin und im zweiten Schritt durch Azathioprin/Methotrexat nicht gelinge, sollte frühzeitig der Einsatz von Belimumab erwogen werden.

0155

Roland Fath, Hamburg

¹ Benlysta®, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

² Symposium „Lupus-Therapie 2013 – raus aus dem reaktiven Modus!“ veranstaltet von GlaxoSmithKline im September 2013 in Mannheim