

DIE PRÄSIDENTEN 2013



Prof. Karl-Dieter Heller  
Kongresspräsident BVOU



Prof. Reinhard Hoffmann  
Präsident DGOU  
Präsident DGU



Prof. Bernd Kladny  
Präsident DGOOC  
Stellv. Präsident DGOU

# „Menschen bewegen – Erfolge erleben“

Das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie könnte nicht treffender beschrieben werden. Das diesjährige Kongressmotto zeigt in kurzen Worten eindringlich und prägnant die Grundforderung und den Antrieb eines jeden hier Tätigen. Das Ziel unseres Handelns muss es sein, unsere Patienten und das Fach in klinischer, wissenschaftlicher, administrativer und wirtschaftlicher Sicht nach vorne zu bewegen, um Erfolge erleben zu können. Das diesjährige Kongressmotto meint aber auch, dass wir Ärzte uns, unsere Mitarbeiter und die in unser Tun integrierten Berufsgruppen alltäglich im übertragenen Sinne bewegen. Wir müssen uns bewegen müssen, indem wir uns an die fortwährenden Veränderungen unseres Fachgebietes anpassen. Wir müssen uns weiterhin im Sinne des Zusammenwachsens unseres großen Faches O und U aufeinander zu bewegen. Nur als große und gemeinsame Fachgruppe können wir unsere gemeinsamen Interessen bestmöglich vertreten und werden von Außen wahrgenommen.

Ebenso werden wir uns als Ärzte in der Klinik und der Niederlassung aufeinander zu bewegen und die Klinik- und Praxisstrukturen den alltäglichen und gesundheitspolitischen Veränderungen anpassen müssen. Dies betrifft zum einen die Aufhebung der Sektorengrenzen, die sowohl den Interessen der Niedergelassenen als auch denen der Kliniker entgegenkommen sollte, die Schaffung von familienfreundlichen Strukturen und zum anderen die Motivation des Nachwuchses. Wir müssen der jüngeren Generation die Faszination unseres Faches nahe

bringen und sie dafür gewinnen. Dafür müssen wir die Rahmenbedingungen der Weiterbildung verbessern und mit strukturierten, möglicherweise sektorenübergreifenden Maßnahmen verbindlich und umfassend gestalten.

Auch die Kostenträger gilt es zu bewegen und für uns zu gewinnen. Auch wenn auf Grund ökonomischer Zwänge immer mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz gefordert werden, so müssen wir doch zum Wohle der Patienten auch um eine leistungsgerechte Vergütung kämpfen, um weiterhin eine lückenlose, qualitativ hochwertige und erfolgreiche Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten. Auch auf die Medien müssen wir uns zubewegen, um einseitigen Darstellungen entgegen zu wirken. Unsere Patienten haben ein Recht auf Information: auf Qualitätsvergleiche und Rankings, die die Realität adäquat abbilden, und auf patientengerechte Fortbildungen zu medizinischen Themen, die sie betreffen. Statt Komplikationen gibt es aber nur noch Behandlungsfehler. Reißerisch wird über vermeintliche Skandale berichtet, von denen bei der exakten juristischen oder sachgerechten wissenschaftlichen Aufarbeitung in der Regel wenig übrig bleibt. Die Verunsicherung der Patienten nimmt aufgrund dieser einseitigen Darstellung zu.

Bewegung hat auch unser langjähriger Standort erfahren. Durch notwendige Renovierungsarbeiten im ICC tagen wir erstmals in den Hallen des Messegeländes Süd – eine neue Herausforderung, aber gleichzeitig die Chance, den Charakter dieses Kongresses spürbar zu verändern.

## Vielseitiges Kongressprogramm

Als Kongressbesucher erwartet Sie eine ausgewogene Mischung aus unterschiedlichen Symposien, Sitzungen sowie Konferenzen. Auftakt ist der Spezialitätentag, an dem sich die Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise in gewohnter Form präsentieren. Die folgenden Tage sind von wissenschaftlichen Sitzungen, Expertenrunden, Tipps und Tricks sowie Veranstaltungen zur Forschungs-, Gesundheits- und Berufspolitik geprägt. Alle offiziellen Veranstaltungen beginnen stets um 9 Uhr und enden um 18 Uhr. Auf Mittagsvorlesungen haben wir in diesem Jahr bewusst verzichtet, um Mitgliedern der Fachgesellschaften die Teilnahme an den Jahresversammlungen zu ermöglichen. Neu etabliert haben wir bei diesem Kongress ein Kursprogramm der ADO, welches täglich in zwei parallelen Strängen stattfindet und somit die Buchung mehrerer Seminare ermöglicht.

Neben der Grundlagenforschung wurde eine Vielzahl von interessanten klinischen Beiträgen berücksichtigt. Das Programm bildet auch die konservativen und rehabilitativen Aspekte des Faches ab. In ausgewählten Sitzungen werden wie gewohnt EBM-Kommentare integriert. Auch den Posterpräsentationen messen wir eine hohe Bedeutung bei.

Der internationale Dialog genießt einen immer höheren Stellenwert. Daher haben wir zusammen mit den diesjährigen Gastnationen Österreich und Spanien internationale Sitzungen konzipiert, die

## Editorial

orthopädisch-unfallchirurgische Themen in den verschiedenen Ländern aufgreifen. Neben zahlreichen Repräsentanten der europäischen Organisationen EFORT und ESTES erwarten wir eine große Delegation der Chinese Orthopaedic Association (COA) sowie eine Delegation der World Orthopaedic Alliance (WOA).

Für die niedergelassenen Kollegen haben wir die für sie besonders interessanten Programmpunkte auf die 2. Kongresshälfte gelegt und hoffen, dass dies zusammen mit dem am Samstag stattfindenden Programm der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) einen weiteren Anreiz bietet, den DKOU zu besuchen.

Am Mittwoch findet der vom Jungen Forum der DGOU organisierte „Tag der Studierenden“ statt, ebenso gibt es erneut einen Patiententag in Kooperation mit der Rheumaliga zum Thema „Arthrose“. Zudem werden auch in diesem Jahr interdisziplinäre Sitzungen in Zusammenarbeit mit Pflege-/Rettungsdienst, Physiotherapie und Orthopädiertechnik im Programm sein. Die große und neu konzipierte Industrieausstellung bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeit der Information.

Im Rahmen der offiziellen Eröffnungsfeier, welche am ersten Kongresstag um 18.15 Uhr beginnt, wird unser Gastredner Ulrich Wickert das Kongressmotto kritisch und amüsant interpretieren. Der anschließende Empfang findet ebenfalls auf dem Kongressgelände im traditionsreichen Marschall-Haus statt. Die Kongressparty wird am Donnerstag im „Event-Island“ auf einer Havelinsel in Spandau stattfinden. Auch das von unseren Damen gestaltete Begleitprogramm unter dem Motto „Made in Berlin“ offeriert zahlreiche kulinarische und kulturelle Highlights, welche in dieser Form wohl nur in der pulsierenden Hauptstadt Berlin zu finden sind.

Die Besonderheit dieses Kongresses besteht auch in der Vielfalt seiner Besucher, wodurch sich wieder einmal das breite Spektrum unseres Faches und seine besondere Faszination zeigen. Unser Ziel ist es, Ihnen mit unserem Kongressprogramm den geeigneten Rahmen für neue Ideen, Initiativen, kritische Diskussionen und Denkanstöße im Sinne unseres Mottos „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ zu bieten.

Wir würden uns sehr freuen, Sie in Berlin begrüßen zu dürfen.

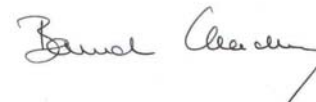
*Ihre Präsidenten*



*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller  
Kongresspräsident BVOU*



*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann  
Präsident DGOU/DGU*



*Prof. Dr. Bernd Kladny  
Präsident DGOOC  
Stellv. Präsident DGOU*

### DIE DKOU-HIGHLIGHTS DER PRÄSIDENTEN 2013

**Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, BVOU:** Der besondere Reiz lag darin, ein Programm zusammenzustellen, welches für Kliniker und Niedergelassene gleichermaßen interessant ist. Ich denke, das ist uns gelungen! So freue ich mich neben dem wissenschaftlichen Programm besonders auf die Expertenrunden, die Tipps & Tricks und auf die berufs- und gesundheitspolitischen Themen. Die Seminare und ADO-Kurse runden das Ganze wunderbar ab. Die Endoprothetik ist für mich ein wichtiges Hauptthema. Auf keiner anderen orthopädischen Veranstaltung im Jahr kommen so viele Orthopäden und Unfallchirurgen aus den verschiedenen Sektoren zusammen. Somit bietet es sich an, intensiv über Berufs- und Gesundheitspolitik zu sprechen. Einen hohen Stellenwert haben die Strukturveränderungen in Klinik und Praxis sowie die Entwicklung des Vergütungs- und Honorarsystems. Ein weiteres Highlight ist der internationale Austausch, der die Bedeutung des DKOU als größten europäischen Kongresses unterstreicht. Ich freue mich sehr auf die Eröffnungsveranstaltung mit dem anschließendem Empfang im geschichtsträchtigen Marshall-Haus und die Kongressparty unter dem Motto „Berlin – jetzt!“.

**Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, DGOU/DGU:** Highlight für den Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 sind sicher die neuen Räumlichkeiten auf dem Messegelände. Auf die Eröffnungsveranstaltung mit dem Festvortrag von Ulrich Wickert, „Werte im Wandel – erfolgreich um jeden Preis?“, freue ich mich persönlich besonders. Der bekannte Tagesthemen-Moderator und Buchautor nimmt Bezug auf unser Kongressmotto und wird gesellschaftskritisch wie launig sicher auch „die Medizin“ beleuchten. Wie in jedem Jahr gibt es eine große Auswahl an hochkarätigen wissenschaftlichen Sitzungen, Seminaren und Kursen. Aus unfallchirurgischer Sicht sind beispielsweise die Altersfrakturen, die vernetzte Behandlung Schwerverletzter und die Unfallprävention zu nennen – dies auch Grenzen überschreitend mit unseren europäischen Nachbarländern. Als Gastländer begrüßen wir Spanien und Österreich. Wir erwarten zudem eine sehr starke chinesische Delegation in Kooperation mit der WOA (World Orthopaedic Alliance) sowie viele andere internationale Gäste. „Menschen bewegen – Erfolge erleben“, das Kongressmotto ist damit „gelebtes Programm“.

**Prof. Dr. Bernd Kladny, DGOOC:** Ich freue mich auf die Eröffnungsveranstaltung mit Herrn Wickert, der das wichtige Thema Werte thematisiert. Die diesjährige Pauwels-Vorlesung hält Prof. Willi Kalender, der einer der renommiertesten Medizinphysiker weltweit ist. Dies zeigt, dass wir die fachgebundene Bildgebung als integralen Bestandteil unseres Faches sehen. Wir haben ein neues Zeitmanagement, und dies ermöglicht jedem Teilnehmer, die Mitgliederversammlungen seiner Gesellschaft/en zu besuchen und seine demokratischen Rechte wahrzunehmen. Wir haben großen Wert darauf gelegt, dass vom Grundlagenforscher über den Kliniker bis hin zum Niedergelassenen ein ausgewogenes Programm zustande kam, welches sowohl Generalisten als auch hoch spezialisierte Kollegen anspricht. Besonders stolz bin ich, dass hochrangige Vertreter der Gastländer, aber auch der neuen Weltorganisation (WOA) und der europäischen Organisation der Orthopäden (EFORT) und Unfallchirurgen (ESTES) sowie der Volksrepublik China (COA) als auch wichtige Vertreter aus Südamerika den Kongress beehren und bereichern werden.

1/1 Anzeige



**537 Strahlenfreie periradikuläre Therapie:** Im Umgang mit der periradikulären Therapie (PRT) bestehen bei Krankenkassen und Patienten aktuell große Unklarheiten. Orthopäden und Unfallchirurgen können sich ab sofort an die AG Schmerztherapie von BVOU und IGOSt in Kooperation mit der DGOOC und der DGOU wenden.



**545 Rettungsdatenblätter:** Die Konstruktion moderner PKWs kann die technische Rettung eingeklemmter Insassen erschweren. Mit papierenen und digitalen Rettungsdatenblättern stehen innovative Lösungen bereit.



**558 Infektionsschutzgesetz:** Kommt es im Krankenhaus zu Infektionen, wird oft der Vorwurf laut, hygienische Standards seien nicht eingehalten worden. In einem solchen Fall drohen haftungsrechtliche Konsequenzen.

## Editorial

„Menschen bewegen – Erfolge erleben“ **507**

## Impressum

**512**

## Nachrichten

Kurz und bündig **514**

Orthofit geht in die 4. Runde **514**

Bündelung der Expertise von Orthopäden und Unfallchirurgen **515**

Wo die Evidenz an ihre Grenzen stößt **516**

## Politik

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE  
Vorfahrt für Selektivverträge **518**

SPIFA  
Fachärztliche Verantwortung ist unteilbar **520**

## Aus unserem Fach

NEUE GESCHÄFTSSTELLE  
Herzlich willkommen! **524**

FACHARZTSTATISTIK 2012  
Fast 19.000 Fachärzte mit Ausrichtung Orthopädie und/oder Unfallchirurgie **526**

WEITERBILDUNGSORDNUNG  
Baustopp für WBO – BÄK legt Denkpause ein **529**

GONARTHROSE  
Implantieren wir wirklich zu viel? **532**

STRAHLENFREIE PERIRADIKULÄRE THERAPIE  
PRT sichern – orthopädische Schmerztherapie ausbauen **537**

STRAHLENSCHUTZ  
Fachkunde nach Röntgenverordnung **539**

INTERVIEW  
Orthopäden zeigen Flagge in der Rheumatologie **543**

RETTUNGSDATENBLÄTTER  
Schnelle Hilfe für eingeklemmte Fahrzeug-Insassen **545**

HUMANITÄRE HILFE  
Kranken Kindern eine Zukunft schenken **549**

■■■ XXXXX  
Versorgungsforschungskongress **551**

FRAGILITY FRACTURE NETWORK  
Mauern zwischen den Disziplinen einreißen **552**

## Qualität und Sicherheit

ZWISCHENFÄLLE  
„Der betroffene Arzt“ **554**

INFEKTIONSSCHUTZGESETZ  
Haftungsrechtliche Konsequenzen für Ärzte und Krankenhäuser **558**

## Recht und Wirtschaft

ÄRZTLICHES VERSORGUNGSWERK  
Wichtige Hinweise für die Altersvorsorge **562**

AUSLÄNDISCHE PATIENTEN  
Aufklären und behandeln trotz Sprachbarriere **564**

NACHGEFRAGT:  
PATIENTENRECHTEGESETZ  
Wie weit reicht die Aufklärungspflicht? **566**

KOMPLIKATIONEN  
Warum gehen Patienten zum Anwalt? **567**

KBV-STELLUNGNAHME  
Kostenübernahme von Ankersystemen bei der Rotatorenmanschettennaht **569**

## Unterwegs

EINSATZ IN AFGHANISTAN  
Chirurgie am Hindukusch **570**

ASG-FELLOWSHIP-TOUR 2013  
Zu Gast bei orthopädischen Exzellenzzentren in England, USA und Kanada **574**

ECTES STIPENDIUM

It could not have been more perfect 580

**Namen**

Personalia 582

Wir gratulieren... 582

Nachrufe 583

**Für Sie gelesen** 622

**Für unsere Mitglieder**

Kursangebote 624

OU Medizin und Markt 639

**BVOU**

Kurzbericht von der Gesamt-  
vorstandssitzung des BVOU 585

Honorar desaster 2009 bis 2012  
aus Sicht der KBV-Statistik 587

Die Pflegeversicherung:  
Der Erhalt des Vermögens im Alter 590

Neue Mitglieder 593

**DGOU**

Jahresbericht der GOTS Sektion 594

Jahresbericht der Arbeits-  
gemeinschaft Endoprothetik (AE) 595

Registernetzwerk zum DGOU-  
Gemeinschaftsprojekt ausgeweitet 598

Antrag auf Ergänzung der Tages-  
ordnung der DGOU-Mitglieder-  
versammlung 599

Neue Mitarbeiterin 600

Neue Mitglieder 600

**DGOOC**

Jahresbericht der Sektion 7  
Hand-, Mikro- und  
Replantationschirurgie 602

Die DGORh: Experten für  
interdisziplinäre Kooperation 603

Neue Mitglieder 605

**DGU**

Gedenken der jüdischen Mitglieder  
der Deutschen Gesellschaft für  
Unfallheilkunde, Versicherungs-  
und Versorgungsmedizin 606

Vorschlag des Präsidiums zur  
Änderung der DGU-Satzung 614

Frakturen, Fehlstellungen und  
Weichteilverletzungen der oberen  
Extremität im Kindesalter 615

Bericht der AG Alterstraumatologie 616

Jahresbericht der  
Sektion Handchirurgie 617

Aktuelles aus der AG Ultraschall 618

Neue Mitglieder 620

Die DGU trauert um ihre Toten 620

**GEDENKEN UND MAHNUNG**



In dieser Ausgabe finden Sie auf Seite 606 ff. einen Beitrag von Prof. Jürgen Probst zum „Gedenken der jüdischen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin“. Erst in mehrjährigen Nachforschungen konnten die Lebensschicksale dieser vom NS-Regime entrechteten, verfolgten, zum Teil ermordeten, in der Nachkriegszeit in Vergessenheit geratenen Kollegen geklärt werden. Ihnen, die untadelige berufliche Leistungen vollbrachten und tätige Mitglieder der DGU waren, sollen hiermit die Rechte und die Anerkennung unserer Gesellschaft wiedergegeben werden.

# Impressum



## Herausgeber

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

Präsident

Helmut Mälzer

Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Für die Deutsche Gesellschaft für

Unfallchirurgie e.V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

## Schriftleitung DGOOC

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

Geschäftsstelle DGOOC

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

www.thieme.de/oumn

## Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmacia

Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 603

Fax: (07 11) 89 31 569

E-Mail: christine.volpp@thieme.de

## Erscheinungsweise

6 x jährlich:

Februar/April/Juni/August/

Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 17

vom 1. Oktober 2012

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

Helmut Mälzer, Berlin

### Vizepräsident

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

### Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

### Schatzmeister

Dr. med. Peter Heppt, Erlangen

### Vorstandsmitglied

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

### Vorstandsmitglied

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

### Vorstandsmitglied

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

### Generalsekretär der DGOU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

### Geschäftsstelle der DGOU

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](http://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](http://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

Helmut Mälzer, Berlin

### 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@dgooc.de

[www.dgooc.de](http://www.dgooc.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

Helmut Mälzer, Berlin

### Leiter der Ordinarienkonferenz

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](http://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 Konstantinow

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

Fax: +43-1-405 13 83 23

E-Mail: [sk@medacad.org](mailto: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

### DGU und ADAC plädieren für Einsatz der Rettungskarte

Auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) präsentieren DGU und ADAC an einem gemeinsamen Stand die Rettungskarte. In Autos sind hochfeste Werkstoffe, Gasgeneratoren und elektrische Leitungen verbaut, die Rettungskräften bei der Bergung eingeklemmter Insassen die Arbeit extrem erschweren. Der ADAC, der Verband der Automobilindustrie (VDA) und Feuerwehrverbände haben deshalb die so genannte Rettungskarte entwickelt: ein A4-Blatt, das für Automodelle aller Hersteller und Importeure kostenfrei erhältlich ist und die möglichen Zugangswege zeigt. Sie sollte hinter der Fahrer-Sonnenblende platziert werden. Untersuchungen der Feuerwehr zeigen, dass sich die Zeit für die Rettung eingeklemmter Unfallopfer damit um knapp zehn Minuten verkürzen lässt. **Lesen Sie dazu unseren ausführlichen Beitrag „Schnelle Hilfe für eingeklemmte Fahrzeug-Insassen“ auf Seite 545.**

### EU gibt Millionen für orthopädische Forschung

Am 30. August 2013 startete an der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg das internationale Forschungsprojekt „HypOrth“. „Unser Ziel ist es, im Rahmen von umfassenden klinischen Untersuchungen neue Konzepte in der Endoprothetik zu entwickeln, die uns perspektivisch einen großen Schritt auf dem Weg zu einer personalisierten, also einer individuell möglichst ‚maßgeschneiderten‘ Therapie voranbringen“, fasst Prof. Dr. Christoph Lohmann, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg und Koordinator des Projekts, das Forschungsvorhaben zusammen. Es soll untersuchen, wie das Immunsystem auf Implantate reagiert und welche Hypersensibilitäten auftreten können. Die Erkenntnisse daraus können in die Forschung für Oberflächenveredelungen bzw. Oberflächenmodifikationen von Implantaten einfließen. „HypOrth“ wird von der Europäischen Kommission im Rahmen ihres Health and Innovation Programms über eine Laufzeit von fünf Jahren mit 5,28 Millionen Euro gefördert. (Universitätsklinikum Magdeburg)



Foto: UKM

### Hygiene-Preis für Helge Karch

Für sein Münstersches Modell für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention erhielt Prof. Dr. Helge Karch den „Preis für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ der Robert-Koch-Stiftung. Der Direktor des Instituts für Hygiene am Universitätsklinikum Münster (UKM), auch bekannt als „EHEC-Pabst“, ist der erste

Preisträger der neu geschaffenen und mit 50.000 Euro dotierten Auszeichnung. Das Münstersche Modell vernetzt regionale Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Patientenvertreter eng mit dem UKM, um die Ausbreitung gefährlicher Keime zu verhindern. (UKM)

AKTION ORTHOFIT  
ZEIGT HER EURE FÜßE®

11.-15. Nov.

AKTION ORTHOFIT 2013:  
„ZEIGT HER EURE FÜßE“  
EINE AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE DES BERUFSVERBANDES  
DER FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE E.V.

! [www.aktion-orthofit.de](http://www.aktion-orthofit.de)

## Orthofit geht in die 4. Runde

Vom 11. bis 15. November heißt es auch in diesem Jahr wieder: „Zeigt her eure Füße“. Orthopäden in ganz Deutschland besuchen dann Grundschulen, um den Kindern auf spielerische Weise Wissenswertes rund um die Gesundheit ihrer Füße zu vermitteln.

Das Konzept der BVOU-Kampagne „Orthofit – Zeigt her eure Füße“ geht auf: Nicht nur, dass jedes Jahr Hunderte von Kindern – und so auch ihre Eltern – erfahren, wie wichtig Bewegung für ihre gesunde Entwicklung ist. Auch die Presse begleitet die Aktion des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit einer durchweg positiven und sympathischen Berichterstattung – was heutzutage alles andere als eine Selbstverständlichkeit ist. Der BVOU hat sich deshalb dazu entschieden, die Kampagne das vierte Jahr in Folge weiterzuführen. Wie schon im vergangenen Jahr findet im November kein Orthofit-Tag, sondern eine ganze Orthofit-Woche statt. Über 200 Mitglieder des Berufsverbandes haben ihre Teilnahme zugesagt, manche von ihnen besuchen zwei und mehr Schulen, so dass insgesamt mehr als 400 Schulen bei Orthofit eingebunden sind.

Schirmherr ist in diesem Jahr kein Politiker, sondern Joey Kelly, einstiger Popstar und heute bekannt dafür, in Extrem-Wettkämpfen regelmäßig an die Grenzen seiner körperlichen Leistungsfähigkeit zu gehen. Dass die Füße eine tragende Rolle im Leben spielen – wer könnte das besser verkörpern als er? An seiner Seite findet sich Christian Barmann, Kika-Moderator und Garant für gute Laune bei den Kindern. (je)



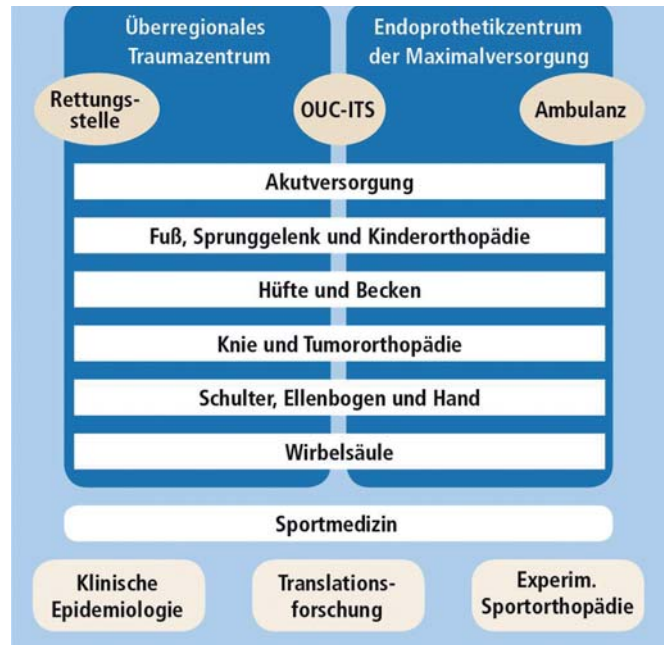


Das Direktorium des UniversitätsCentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie in Dresden: Geschäftsführender Direktor Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Pflegedienstleiterin Meike Jäger, Verwaltungsleiterin Ute Dittmann und Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Hans Zwipp (v.l.n.r)

## Bündelung der Expertise von Orthopäden und Unfallchirurgen

Am 1. Juni 2013 ist das „UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie“ am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden – kurz OUC – gegründet worden. Damit wird die Expertise zweier bisher getrennter universitärer Fachbereiche in einem bislang einzigartigen Modell gebündelt, denn unter Erhalt beider Lehrstühle für Orthopädie bzw. Unfallchirurgie ist eine neuartige Struktur geschaffen worden, die weit über andere Kooperationsformen hinausgeht.

Die zwei Grundpfeiler der bisher getrennten Expertise, das „Überregionales Traumazentrum“ und das „Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung“, werden im Sinne flacherer hierarchischer Strukturen durch sechs subspezialisierte Sektionen quer miteinander vernetzt. In einer Sektion „Akutversorgung“ erfolgt die Erstbehandlung unfallchirurgischer und orthopädischer Notfälle, fünf weitere Sektionen sind überwiegend organ-bezogen ausgestaltet („Fuß, Sprunggelenk und Kinderorthopädie“, „Hüfte und Becken“, „Knie und Tumororthopädie“, „Schulter, Ellenbogen und Hand“ sowie „Wirbelsäule“ – siehe Organigramm). In diesen neu geschaffenen Ebenen ist das bisherige orthopädische und unfallchirurgische Fachwissen zusammenggeführt und kann damit weiterentwickelt werden. Neben den Vorteilen in der Krankenversorgung und der optimierten Weiterbildung sind auch in Lehre und Forschung durch das



Organigramm des OUC

Zusammenführen von gemeinsamen Schnittstellen, Ressourcen und Fachwissen Synergien und Mehrwert zu erwarten. Das Zentrum wird von einem Direktorium geleitet, in dem ein ärztlicher Direktor (Prof. Dr. Hans Zwipp) und ein geschäftsführender Direktor (Prof. Dr. Klaus-Peter Günther) zusammen mit der Pflegedienstleiterin Meike Jäger und der Verwaltungsleiterin Ute Dittmann vertreten sind. Den beiden ärztlichen Leitern ist gemeinsam die letztendliche Führungsverantwortung für das Zentrum übertragen, und sie rotieren in ihren Positionen. Interdisziplinäre Leitungsstrukturen setzen sich auch in die Sektionen fort, die jeweils von ärztlichen und pflegerischen Leitern gemeinsam geführt werden.

Auch nach Einschätzung des Klinikumsvorstandes, der das Konzept nachdrücklich unterstützt, gehen die beiden Kliniken damit keine Kooperation ein, die nur auf dem Papier steht, sondern eröffnen mit dieser innovativen Struktur eine besonders zukunftsfähige Perspektive. Die Zusammenarbeit von mehr als 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist über mehr als ein Jahr in einer Vielzahl von Arbeitsgruppen mit externer Moderation vorbereitet worden.

*Prof. Dr. Hans Zwipp, Ärztlicher Direktor*  
*Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Geschäftsführender Direktor*

1/3 Anzeige quer

### Wo die Evidenz an ihre Grenzen stößt

**Die evidenzbasierte Medizin stützt sich auf beste wissenschaftliche Beweise. Sie soll Ärzten als Sicherungsanker bei ihren Entscheidungen dienen und Behandlungsfehler eindämmen. Doch ist eine Medizin, die auf verlässlichen Statistiken beruht, immer auch die richtige Medizin? Dieser Frage geht die Dokumentation „Heilen wie am Fließband“ nach, die am 17. September auf arte ausgestrahlt wurde.**

Die 16-jährige Ellen leidet an einer seltenen Muskelschwäche. Das Standardmedikament verträgt sie nicht. Weil das, was ihr hilft, nicht hinreichend mit Evidenz belegt ist, zahlen Ellens Eltern die Behandlung ihrer Tochter aus der eigenen Tasche – 1.000 Euro monatlich, weit mehr, als sich die Landwirte eigentlich leisten können. An Evidenz fehlt es dem Medikament aus einem Grund: Es gibt so wenig Kinder mit Ellens Erkrankung, dass es für eine randomisierte, kontrollierte Studie schlicht nicht genug Probanden gibt.

Mit dieser Geschichte beginnt der Film von Ingolf Gritschneider. Er erzählt auch von der Journalistin Sonia Mickich, die am eigenen Leib erlebt hat, was es bedeutet, in die Mühlen des Medizinbetriebes zu geraten. Sie berichtet, wie sie nur mit knapper Not überlebt hat. Der einzelne Kranke werde nur in den seltensten Fällen individuell betrachtet, so ihre Quintessenz. Doch der Film lässt auch Ärzte und Wissenschaftler zu Wort kommen, die die Untiefen eines Gesundheitssystems beklagen, das sich immer mehr an wirtschaftlichen Rahmenbedingungen orientiert. Einer immer älter werdenden Bevölkerung steht eine schrumpfende Anzahl an Ärzten gegenüber. In dieser Situation ziehen die Krankenkassen ihre Stellschrauben – ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitend – immer fester an.

#### **Bollwerk gegen medizinische Behandlungsfehler**

Damit geht der evidenzbasierten Medizin (EbM) ihre ursprüngliche Intention verlustig. Als Bollwerk gegen medizinische Behandlungsfehler dachte sie sich ihr Erfinder, der kanadische Arzt David Sackett, vor 20 Jahren. Statistischen Daten wird dabei die höchste Evidenz zugeschrieben, der Erfahrung von Experten der geringste Evidenzgrad zugebilligt. Randomisierte, kontrollierte Studien sind nahezu heilig – sie bestimmen maßgeblich das medizinische Handeln und was dem Patienten zusteht. Doch die vermeintliche Sicherheit bahnt einer großen Unsicherheit den Weg. Zwar wird das Erfahrungswissen der Ärzte von ihren Patienten geschätzt. Dennoch laufen Mediziner, die sich auf ihr Bauchgefühl verlassen, Gefahr, verklagt zu werden, denn abseits von Leitlinien entstehen Irrtümer.

Dabei ist die Objektivität von Leitlinien bei weitem kein ehernes Gesetz, wie oft glauben gemacht wird. Zu oft habe die Industrie ihre Finger im Spiel der Leitlinienkommissionen, warnt der Film. Zudem müssten bei der Übersetzung von Leitlinien nationale Besonderheiten berücksichtigt werden, berichtet der Franzose Jean Bousquet, Vorsitzender der Glo-

bal Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD) der Weltgesundheitsorganisation – während beispielsweise die Franzosen nicht gern Tabletten schlucken, inhalieren Japaner nicht.

#### **„Medizin ist mehr eine Kunst als eine exakte Wissenschaft“**

Doch nicht nur deshalb empfiehlt sich eine kritische Distanz zu Zahlen und Statistiken. EbM-Kritiker mahnen, dass Erkrankungen vielfach zu komplex sind, um sie in ein Schema zu pressen. „Medizin ist mehr eine Kunst als eine exakte Wissenschaft“, findet zum Beispiel Prof. Nicolas Levy aus Marseille, der sich der Erforschung seltener Erkrankungen verschrieben hat. Darüber hinaus seien viele Ärzte im Verstehen von Evidenz nur mangelhaft ausgebildet, erklärt Gerd Gigerenzer, Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut in Berlin, wo unter anderem Statistik-Kurse für Ärzte angeboten werden. Aus lauter Angst, verklagt zu werden, neigten Ärzte häufig zu einer „defensiven Medizin“, so Gigerenzers Erfahrung. Sprich: Sie verschreiben Medikamente und Methoden, die sie für sich oder ihre Angehörigen niemals in Anspruch nehmen würden.

#### **Arzt/Patientenkontakt reduziert sich auf ein Minimum**

Das ist die große Stärke der arte-Produktion: Sie nähert sich der evidenzbasierten Medizin von allen Seiten. So wird zwar betont, dass erst die EbM den Rahmen für freie, unkorruptierte Entscheidungen des Arztes bilden kann. Und dennoch gelingt es dem Film, die Grenzen der Evidenz aufzuzeigen – anhand sachlicher Argumente, konkreter Beispiele, ganz und gar nicht marktschreierisch. So transportiert der Film einen interessanten Denkansatz: Dass unter dem Primat der Ökonomie die EbM von einem Sicherungsinstrument für Ärzte „zu einem Instrument für ein auf Effizienz gerichtetes Gesundheitssystem wird“ (Giovanni Maio, Professor am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Uni Freiberg), also zu einer Rechtfertigung und Erklärung dafür, dass Ärzte ihren Blick mehr auf den Computerbildschirm richten als auf ihre Patienten. Denn dort finden sie die Koordinaten für ihr Handeln, nämlich Diagnose- und Therapiestandards sowie Kostenvorgaben, an die sie sich zwangsläufig halten müssen. Die Zeit für die Zuwendung zum Patienten wird ihnen dabei genommen.

#### **Jana Ehrhardt-Joswig**



Jana Ehrhardt-Joswig

1/1 Anzeige



Foto: MEDI Verbund

**Plädierten gemeinsam für Selektivverträge:** Helmut Mälzer (BVOU), Dr. Christopher Hermann (AOK), Dr. Werner Baumgärtner (MEDI), Dr. Berthold Dietsche (HÄV) (v. li. n. re.).

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

# Vorfahrt für Selektivverträge

Investitionshemmnisse bei Direktverträgen müssen abgebaut und mehr Wettbewerb ins Gesundheitssystem eingeführt werden. Das betonten Vertreter des Landesverbandes Baden-Württemberg des Deutschen Hausärztesverbandes, Medi Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg vor der Presse in Berlin. Mit auf dem Podium: Helmut Mälzer, Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).

„Die Zeit des Durchwurstelns geht zu Ende“, sagte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, gleich zu Beginn. „Wir brauchen im Herbst nach der Bundestagswahl einen gesundheitspolitischen Ruck, kein Ruckeln. Die Politik sollte von Stillstand in den Veränderungsmodus schalten.“ Hausärztesverband, Medi und die AOK plädierten vor Medienvertretern dafür, dass das Beispiel Baden-Württembergs bundesweit Schule machen sollte – nur so könne die Versorgung der Patienten dauerhaft verbessert werden. In

Baden-Württemberg werden seit fünf Jahren die auf § 73b des Sozialgesetzbuches V basierende hausarztzentrierte Versorgung und die nach § 73c des SGBV fachübergreifende Versorgung wie in keinem anderen Bundesland vorangetrieben. Ärzte haben dort die Möglichkeit, an Direktverträgen teilzunehmen. 3.500 Ärzte nehmen mittlerweile an dem AOK-Vertrag teil, der nachweislich die Versorgung chronisch kranker Patienten verbessert und die Zufriedenheit seitens der Ärzte und Patienten erhöht habe. Dr. Berthold Dietsche, Landesvorsitzender

des Deutschen Hausärztesverbandes und Stellvertretender Bundesvorsitzender, erklärte, dass die eigene Gebührenordnung – in Euro ohne Budgetierung und ohne Regresse – die wirtschaftliche Existenz der Praxen dauerhaft sichere. Hermann sprach von mindestens 30 Prozent mehr Honorar. Die Selektivverträge seien deshalb, so Dietsche, eine „echte Alternative zu dem festgefahrenen KV-System. Das zeigen allein 1.000 Neueinschreibungen nach Bekanntgabe des neuen Hausarzt-EBM.“ Dieser würde, so Dietsches Überzeugung, einer Drei-Minuten-Medizin

## FAZIT VON HELMUT MÄLZER



Helmut Mälzer,  
Präsident des BVOU

„Für die Zukunft sind ein Wegfall der Refinanzierungsklausel, die Pflicht für Krankenkassen, Facharztverträge nach § 73c abzuschließen und eine rechtssichere Budgetbereinigung notwendig. Einen herzlichen Dank des BVOU an unser Verhandlungsteam in Baden-Württemberg für diese Leistung! Der neue Orthopädie-Vertrag nach § 73c kann so ein Vorbild für die übrigen Regionen Deutschlands sein.“

den Weg bahnen. Im Hausarztvertrag hingegen habe sich gezeigt, dass die einfachere Abrechnung den Ärzten viel bürokratischen Aufwand erspare und sie deshalb mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten hätten.

#### Abgestimmte Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten

280 Millionen Euro wurden nach Angaben der AOK Baden-Württemberg im vergangenen Jahr in den Hausarztvertrag investiert. Im Gegenzug wurden 190 Millionen Euro weniger Honorar an die KV Baden-Württemberg überwiesen. Zusätzlich habe man rund 100 Millionen Euro gespart durch entfallene KV-Einzelleistungen, rationalere Arzneimitteltherapie und vermiedene Krankenhausaufgaben, zählte Hermann auf.

Vor einigen Wochen sind das Vertragsmodul Kinderärzte und der Facharztvertrag für Orthopädie neu hinzugekommen. „Nur durch aufeinander abgestimmte Hausarzt- und Facharztverträge entsteht ein schlüssiges Versorgungskonzept – insbesondere für die chronisch kranken Patienten, deren Zahl stetig zunimmt. Erst durch eine abgestimmte

### Die Krankenkassen sollten in Zukunft per Gesetz dazu verpflichtet werden, neben Hausarzt- auch Facharztverträge nach § 73c SGB V abzuschließen.

Aufgabenverteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten wird eine bessere und wirtschaftlichere ambulante Vollversorgung möglich“, betonte der Medivorstandsvorsitzende Werner Baumgärtner.

Er schilderte die effizienten Kommunikationsstrukturen zwischen den teilnehmenden Haus- und Facharztpraxen. Dank einer „einzigartigen Infrastruktur“ würden Befunde schneller übermittelt, die Anzahl der nicht vom Arzt vermittelten Krankensein- und -überweisungen wie auch die Einmal-Kontakte seien zurückgegangen. Die Wartezeiten seien kürzer, zudem gebe es Vorteile bei den rabattierten Arzneimitteln.

Das bestätigte BVOU-Präsident Helmut Mälzer. Während in der herkömmlichen starren Versorgerwelt die Budgets im Zentrum medizinischen Handelns stünden, sei in Baden-Württemberg endlich wieder der Patient in den Mittelpunkt gerückt. Gerade die Orthopädie und Unfallchirurgie sei mit dem Vorwurf unnötiger Operationen konfrontiert. „Doch um unnötige Operationen zu vermeiden, braucht man Zeit, wiederholte Arzt-Patienten-Kontakte und eine ausführliche Beratung vor dem Krankenhausaufenthalt.“ Dies alles sei in Baden-Württemberg durch den neuen Facharztvertrag Orthopädie gewährleistet. „Fazit: Der neue Baden-Württemberger Orthopädie-Vertrag ist die bundesweite Blaupause für Facharztverträge nach § 73c.“ Deshalb forderten die Akteure auf dem Podium einhellig, die Krankenkassen in Zukunft per Gesetz dazu zu verpflichten, neben Hausarzt- auch Facharztverträge nach § 73c SGB V abzuschließen.

Die Redner waren sich ebenfalls darin einig, dass Direktverträge durch kalkulierbare Rahmenbedingungen mit besseren und festen Preisen das beste Mittel gegen

den (drohenden und in manchen Regionen bereits bestehenden) Nachwuchsmangel sind. Daneben forderten sie, die sogenannte Refinanzierungsklausel nach § 73b SGB V abzuschaffen. Diese sieht vor, dass sich Investitionen in Verträge von Beginn an rechnen müssen. Auch die Bereinigung der Honorare zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag wurde kritisiert, da ungünstige Bereinigungsregeln Selektivverträge von vornherein unattraktiv machten.

Jana Ehrhardt-Joswig



Jana Ehrhardt-Joswig,  
freie Journalistin und  
Redakteurin der OUMN

#### GEMEINSAMES POSITIONSPAPIER

Die AOK, der Hausärzteverband und Medi Baden-Württemberg haben ein gemeinsames Positionspapier „Gesundheitspolitik im Brennpunkt: Qualitätswettbewerb braucht Freiräume für Investitionen“ verabschiedet. Darin fordern sie den Wegfall der Refinanzierungsklausel, die Pflicht für Krankenkassen, Haus- und Facharztverträge nach § 73c abzuschließen, sowie eine bürokratiearme und rechtssichere Budgetbereinigung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag. Ärztliche Vergütungsverträge sollen regional verhandelt und der Kontrahierungszwang mit Krankenhäusern gelockert werden.

Sie können sich das Papier herunterladen unter: [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de).



Foto: Fotolia

**Deutschland hat gewählt.** Was das Ergebnis für das Gesundheitssystem erwarten lässt, lässt sich an den Wahlprüfsteinen des SpiFa ablesen.

SPIFA

## Fachärztliche Verantwortung ist unteilbar



Die Revolution in der Gesundheitspolitik fliegt derzeit noch unter dem Radar der öffentlichen Wahrnehmung. Während die Linksparteien die Staatsmedizin einführen wollen – unter Einebnung der (fach)ärztlichen Verantwortlichkeit –, zeigt sich die konservative Seite zu zahn in der Verteidigung der ärztlichen Verantwortlichkeit. Das unterstreicht der SpiFa auf Basis der Analyse der Reaktionen auf die 14 SpiFa-Wahlprüfsteine, die die Fachärzte den im Bundestag vertretenen Parteien vorgelegt haben. Der SpiFa fordert in seiner Analyse mehr Engagement von allen Parteien zum Erhalt der ärztlichen Verantwortung für die Patientengesundheit.

Der SpiFa fordert in seiner Analyse mehr Engagement von allen Parteien zum Erhalt der ärztlichen Verantwortung für die Patientengesundheit.

Es gibt zwei Ebenen der Einebnung. Beherrschend ist die Bürgerversicherung (Wahlprüfstein (WPS) 2, 5, 6, 7), die das Ende der Privatversicherung besiegeln soll. Drei der fünf Parteien (SPD, Bündnis90/Die Grünen, Die Linke) im aktuellen Bundestag wollen sie einführen. CDU/CSU und FDP halten dagegen – während

die FDP die natürliche Gralhüterin ist, weiß man nicht so genau, wie sattelfest die C-Parteien wirklich sind.

### Substitution – die verkannte Gefahr

Das Dahinplätschern des Wahlkampfes verdeckt, dass die Linksparteien tiefgrei-

fende Umbaupläne auch auf der Ebene der Versorger haben. Denn die Substitution ärztlicher Leistungen ist die zweite Ebene, das bis jetzt bekannte Gesundheitssystem einzuebnen (WPS 9). Der SpiFa lehnt dies entschieden ab: „Ärztliche Verantwortung ist unteilbar!“, so SpiFa-Vorsitzender Dr. Andreas Gassen.

Delegation ja, Substitution nein. Doch Substitution ist für fast alle Parteien ein Thema – die Ausnahme bildet, man staune, die SPD, die ausschließlich von Delegation spricht und die Medizinischen Fachangestellten (MFA) fördern will. Das Spektrum: Mit der Substitution soll experimentiert werden (CDU/CSU), sie soll nur im Einvernehmen mit den Ärzten umgesetzt werden (FDP), bei Grünen und Linken werden bereits die Aufgaben verteilt. Ginge es nach den Grünen, wären die (Fach)Ärzte noch nicht einmal Erster unter Gleichen, sondern nur Gleiche unter Gleichen. Stichworte für die Partei sind „Integration, Kooperation, Koordination“ (WPS 9) – aber die geborenen Koordinatoren sind die (Fach)Ärzte nicht.

**Ungelöste Problematik „ambulant – stationär“ – aber das nächste Fass soll geöffnet werden**

Für das Einreißen der Sektorengrenzen stationär – ambulant und die absehbaren Verteilungskämpfe ist noch nicht im Ansatz eine Lösung in Sicht, da öffnet die Politik die Schleusen für nichtärztliche Berufe. Die Hausärzte sollten dies auch baldmöglichst verinnerlichen: Substitution ist auch für sie eine bittere Medizin.

Wie sehr die Substitution die Fachärzteschaft ins Wanken bringen kann, erklärt sich in Verbindung mit einer anderen Frage, die der SpiFa der Politik vorlegte: Sind die Parteien bereit, die Fachärzte im Gesetz (SGB V) zu verankern? Die Grünen, die mit dem Teammodell am weitesten

in der Substitution gehen würden, lehnen eine solche gesetzliche Festschreibung entschieden ab. Eine Verankerung der Facharztmedizin im Gesetz würde eine „Versäulung“ der Facharztmedizin bedeuteten, so die Grünen (WPS 3). Dies ist einer der wichtigsten Sätze von allen Antworten der Parteien. Er steht stellvertretend für alle, die den Komplettumbau des Systems wollen. SpiFa Vorsitzender Andreas Gassen: „Damit wird die Facharztmedizin zur Disposition gestellt. Was Fakt ist, darf de jure nicht Fakt werden!“ Denn die Facharztpraxis, so setzt der SpiFa dagegen, ist bereits die tragende Säule in der ambulanten Medizin.

**Aufwachen**

Der Komplettumbau der Linksparteien wäre ein formidables Angriffsfeld für CDU/CSU und FDP – vor allem mit dem Wissen, dass die Patienten ihren Ärzten in ungebrochenem Maße vertrauen! Doch muss vor allem die konservative Partei scheinbar zum Jagen getragen werden. Der SpiFa fordert all die Parteien auf, die es Ernst mit der Erhaltung der ärztlichen Verantwortung nehmen, der Substitution ärztlicher Leistungen den Kampf anzusagen. Keine Modellversuche! Die Fachärzte setzen das klare „Nein“.

**Nicht anders, wenn es um die Kliniken geht**

So wie die Ärzte in einem Konglomerat mit nichtärztlichen Berufen aufgehen

würden, so würde dies auch zwischen den Sektoren geschehen (WPS 11), deren Grenzen aufgelöst werden sollen. Die Linke spricht sich klar für das Polikliniksystem aus. Die Grünen wollen eine Sektor übergreifende Versorgungsplanung einführen. Und die SPD setzt auf die Bundesländer, diese zu steuern. Der SpiFa fordert, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent weiterzuerfolgen: „Ambulant vor stationär, das ist das fachärztliche Credo, die Sektorengrenzen zu überwinden“, kommentiert SpiFa-Vorsitzender Andreas Gassen. Hier zollen die Freien Demokraten der Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor deutlichen Respekt; auch bei der CDU/CSU findet sich ein solcher Passus.

**Deutlicher Akzente setzen**

Die Linksparteien SPD, Grüne und Linke haben klare Umbaupläne – die handfeste Bedrohung der Staatsmedizin ist nicht vertrieben. Dem setzt das konservativ-liberale Lager noch nicht genug Abwehr entgegen, mahnt der SpiFa. Von der liberalen Partei gibt es zwar ein klares Bekenntnis zur Freiberuflichkeit, verbunden mit Wahl- und Therapiefreiheit, Abschaffung der Budgets und Einführung der Kostenerstattung (WPS 2, 5). Für sie ist die bekannte Form der Facharztpraxis der Nukleus für moderne Kooperationsformen, zum Beispiel in Netzen. Aber, so der SpiFa, was hilft das, wenn der Wunschkoalitionspartner nur den Eindruck des Ungefährlichen vermittelt.

**Wahlprüfsteine des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands**

**1. Präambel – Gesundheitspolitik für die Menschen**

Die Ausübung der fachärztlichen Heilkunde ist Dienst am Menschen durch Menschen. Daher muss die Maßgabe des Handelns aller Beteiligten der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient sein. Dieses gilt es, zu stärken und zu fördern. Es ist die Basis unserer guten, fachärztlichen Medizin.

Wir brauchen wieder mehr Vertrauen in die Verantwortung der Ärzte. Die forcier-

te Misstrauenskultur gegenüber dem Beruf des Arztes muss ein Ende haben.

Freiheit und Freiberuflichkeit kennzeichnen die Erfolge fachärztlicher Medizin in den letzten Jahrzehnten. Wir benötigen Entscheidungsfreiheit zur medizinischen Behandlung, die für unsere Patienten angemessen ist.

Deshalb lehnen die Fachärzte Budgetierung, übermäßige Planung und Zentralisierung medizinischer Versorgung ab. Wir wehren uns gegen eine ressourcen-

verzehrende Bürokratie, die den Fachärzten und ihrem medizinischen Fachpersonal Zeit für die Patienten raubt.

Die Arzt-Patientennähe bedarf der räumlichen Entsprechung: Flächendeckend und wohnortnah muss sie sein. Deshalb sind die Facharztmedizin in der niedergelassenen Praxis und die Durchsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wichtig.

**2. Fachärztliche Spitzenleistung braucht feste Preise**

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie stehen Sie zu der Forderung nach festen Preisen, und wie stehen Sie zur Budgetierung (Änderung der §§ 85 ff SGB V; insbesondere ersatzlose Abschaffung der Regelleistungsvolumina, § 87 b SGB V)?

### 3. Der Facharzt ins Gesetz!

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Jeder Paragraph – und vor allem jeder neue Gesetzesabschnitt – muss den fachärztlichen Aspekt explizit aufgreifen. Wie stehen Sie dazu, die niedergelassene Facharztmedizin im Sozialgesetzbuch V (in den §§ 73 ff. SGB V, z.B. in einem eigenen Absatz in Paragraphen 73 SGB V) fest zu verankern?

### 4. Monistische Finanzierung konsequent umsetzen – Geld muss der Leistung folgen (ambulant vor stationär)

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Sind Sie bereit, die duale Finanzierung im Gesundheitssystem (wieder) abzuschaffen? Sind Sie bereit, den Finanzierungsrahmen unter dem Aspekt „ambulant vor stationär“ neu zu formulieren? Wie stehen Sie zu einer Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung und der damit verbundenen Abschaffung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)?

### 5. Keine Industrialisierung in der ambulanten Versorgung!

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Was gedenken Sie konkret zu tun, um einer patientenschädlichen Industrialisierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken? Würden Sie das Überleben des von den Versicherten und Patienten gewollten „Arztes um die Ecke“ nach Kräften schützen und stützen?

### 6. PKV ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie sollte nach Einschätzung Ihrer Partei die GKV im Vergleich zur PKV weiter entwickelt werden. Welchen Beitrag wird Ihre Fraktion dazu leisten?

### 7. GOÄ – jeder freie Beruf braucht eine Gebührenordnung

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Befürworten Sie einen zügigen Fortgang der GOÄ-Verhandlungen, die auch unsere Forderungen nach einer eigenen Gebührenordnung untermauern?

### 8. Förderung von zukunftsweisenden Strukturkonzepten

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie steht Ihre Partei zur weiteren Förderung von Vernetzung im ärztlichen Bereich? Ist Ihre Partei bereit, dass Netze im Sozialgesetzbuch V (SGB V) über die bisherigen Möglichkeiten der §§ 73 ff bzw. 140a ff SGB V hinaus als zugelassene Leistungserbringer aufgenommen werden und insbesondere auch Medizinische Versorgungszentren gründen können – (Gründereigenschaft nach § 95 Absatz 1a SGB V)?

### 9. Delegation ja, Substitution nein

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie steht Ihre Partei zur Frage der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen?

### 10. Medizinethik muss auch für Krankenkassen gelten

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie werden Sie sicherstellen, dass Krankenkassen ihrer ursprünglichen Aufgabe und Verantwort-

ung in der Selbstverwaltung nachkommen und beidem gerecht werden?

### 11. Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie will Ihre Partei die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verbessern?

### 12. Die Weiterbildung der Zukunft muss die niedergelassene Praxis einbeziehen

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie stellt sich Ihre Partei die zukünftige Finanzierung (stationär – ambulant) der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten vor? Wie werden Sie sicherstellen, dass die notwendige Weiterbildung im Bereich der Niedergelassenen darin einbezogen wird?

### 13. Nachwuchsförderung – flächendeckende, wohnortnahe Versorgung durch Fachärzte erhalten

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Wie wollen Sie das legitime Anliegen der Ärztinnen und Ärzte für verlässliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen und eine daraus resultierende Planungssicherheit umsetzen?

### 14. Begrenzung der ausufernden Bürokratie!

**SpiFa-Wahlprüfstein:** Sind Sie bereit, Gesetzesvorhaben vorab auf die damit verbundene Mehrbelastung der Ärzte mit Bürokratie überprüfen zu lassen? Sind Sie bereit, den Ärzten den bürokratischen Mehraufwand zu vergüten?

*Spitzenverband Fachärzte Deutschlands*



1/1 Anzeige



In gutgelaunter Runde vereint: Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGOU/DGU, Helmut Mälzer, Präsident BVOU, Prof. Reinhard Hoffmann, Präsident DGOU/DGU, Prof. Bernd Kladny, Präsident DGOOC, Prof. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOOC, Prof. Dieter Heller, Kongresspräsident BVOU.



Tiergartentower, Straße des 17. Juni 106–108



Dr. Skell, BVOU-Präsident Helmut Mälzer und Jürg AOK-Bundesverband (v. li. n. re.)



Prof. Siebert und Herr Frisch vom Novotel



Nach den Reden: Häppchen



Blick auf die Berliner Skyline

NEUE GESCHÄFTSSTELLE

## Herzlich willkommen!

Seit Ende Juni arbeiten die Geschäftsstellen von BVOU, DGOOC, DGOU und DGU unter einem Dach – im Berliner Tiergartentower. Mit an Bord sind außerdem der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpifA) sowie der Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU). Grund genug, den gemeinsamen Neustart zu feiern. Am 29. August 2013 wurden die neuen Räume bei einem kleinen Empfang eingeweiht.

## Aus unserem Fach



Gelöste Atmosphäre bei den Ansprachen



en Malzahn vom

Prof. Pennig (re.), VLOU, im Gespräch mit Dr. Kübke.



„Alles auf der Welt kommt auf einen gescheiterten Einfall und auf einen festen Entschluss an.“ Mit diesen Worten aus der Feder Johann Wolfgang von Goethes begann Prof. Reinhard Hoffmann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (und – wie Goethe – in Frankfurt/Main beheimatet) seine Ansprache anlässlich der Einweihungsfeier der neuen Geschäftsstellenräume. Etwa 40 Gäste waren gekommen, um den Einzug in den Tiergartentower zu feiern, unter ihnen die neuen Nachbarn, die Generalsekretäre chirurgischer Fachgesellschaften und Institutionen – so Dr. Regine Klakow-Franck vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), Dr. Annette Güntert, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Jürgen Malzahn vom AOK Bundesverband, Dr. Jörg Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen, und Otmar Wawrik, Vorsitzender des Ausstellerbeirates des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Vier Jahre lang hätten die Geburtswehen gedauert, so ließ der DGOU-Präsident die Zeit von der ersten Idee über die Beschlussfindung bis hin zum Umzug in die gemeinsamen Räume Revue passieren. Ausgangspunkt für die Überlegungen war, dass man Synergien heben und gemeinsame Schwerpunkte setzen wolle. Dafür habe man nun die beste Umgebung gefunden – in der unmittelbaren Nachbarschaft haben wichtige Player des Gesundheitssystems ihren Sitz, so die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Gemeinsame Bundesausschuss und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Man könne sich nun untereinander, aber auch mit den anderen Akteuren noch besser vernetzen sowie Erfahrungen und Ideen austauschen. „Das geht sicher nicht ohne Rumpeln. Wir werden womöglich einige Zeit brauchen, bis wir uns zusammengerauft haben“, so Hoffmann.

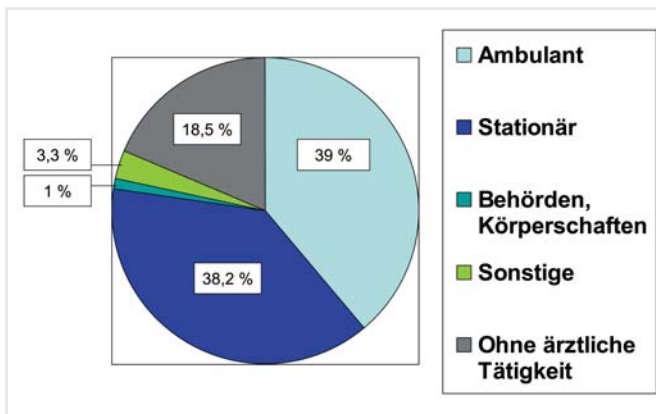
Dass das Zusammenraufen funktioniert, stellt das nunmehr fünfjährige Bestehen und Aufblühen der „Vision DGOU“ unter Beweis. Prof. Hoffmann dankte ausdrücklich den Generalsekretären Prof. Niethard und Prof. Siebert für ihr Engagement in Sachen O und U. Auch den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstellen sprach Hoffmann seinen Dank aus: Gemeinsam seien sie ein Riesenteam, „und was sie innerhalb weniger Wochen aus diesen Räumen gemacht haben, verdient alle Achtung.“

Im Anschluss dankte BVOU-Präsident Helmut Mälzer seinem Vordredner für dessen perfekte Einführung. „Wir wollen das Besondere bewahren und das Gemeinsame voranbringen“, so fasste er die Aufgabenstellung für die gemeinsame Zukunft zusammen. Und er brachte die gemeinsame Zielsetzung auf den Punkt: „Über allem steht O und U. Das ist unser Auftrag für die Patienten.“ In der neuen gemeinsamen Geschäftsstelle lässt sich dieses Ziel noch besser verfolgen als bislang: getreu dem von Prof. Niethard geprägten Motto „O-und-U-Power im Tiergarten-Tower“ (siehe Editorial OUMN 3/2013).

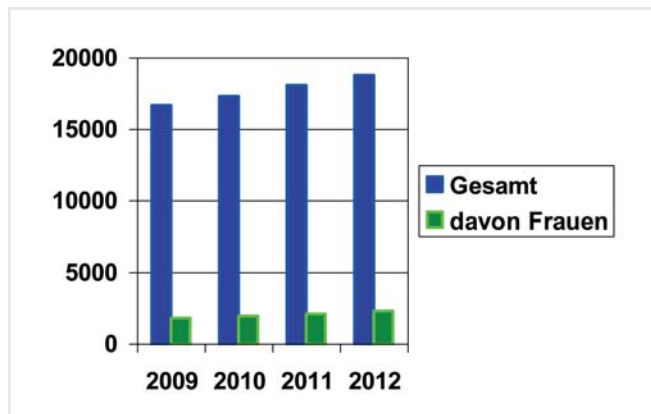
*Jana Ehrhardt-Joswig*

# Fast 19.000 Fachärzte mit Ausrichtung Orthopädie und/oder Unfallchirurgie

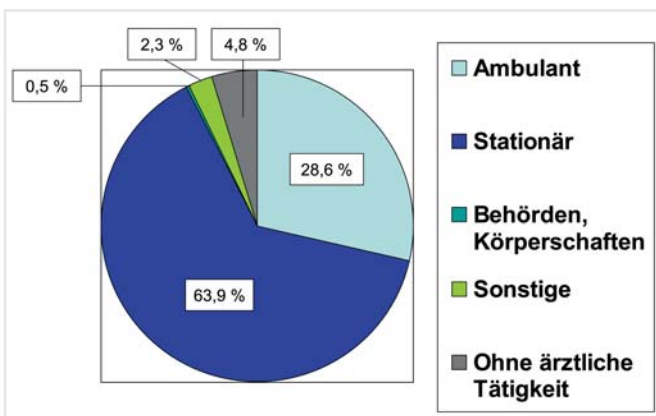
Nach Angaben der Bundesärztekammer gab es zum Ende vorigen Jahres insgesamt 18.825 Ärztinnen und Ärzte, deren Facharztbezeichnungen sich auf Orthopädie und/oder Unfallchirurgie bezogen. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Zuwachs um 4,2 Prozent, der ausschließlich auf die Zunahme der Inhaber des neuen gemeinsamen Facharztes zurückgeht. Die größten Tätigkeitsbereiche waren der ambulante (39 Prozent) und der stationäre Sektor (38 Prozent) (► **Abb. 1**).



**Abb. 1** Tätigkeitsbereiche aller Fachärztinnen und Fachärzte in O und/oder U 2012, n= 18825



**Abb. 2** Tätigkeitsbereiche gemeinsamer Facharzt O und U 2012, n= 6287



**Abb. 3** Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und/oder Unfallchirurgie 2009-2012

Mit 8.500 Fachärztinnen und Fachärzten größte Gruppe ist der nach den älteren Weiterbildungsordnungen weitergebildete Facharzt für Orthopädie. 5.985 waren in einem ärztlichen Beruf tätig, davon 4.591 oder 54 Prozent im ambulanten Sektor. Da dieser Facharzt nicht mehr weitergebildet wird, nimmt die Größe dieser Gruppe langsam ab, gegenüber 2011 um 44 Personen, also 0,5 Prozent.

Zweitgrößte Gruppe bilden die Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit 6.287 Personen. Von

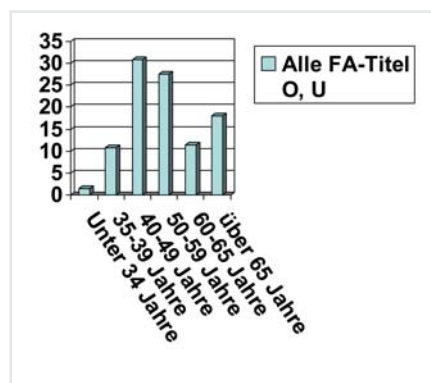
diesen waren 5.985 in einem ärztlichen Beruf tätig, davon wiederum 4.014 im stationären Sektor (rund 64 Prozent) und 1.796 (28,6 Prozent) im ambulanten Sektor (► **Abb. 2**). Diese Gruppe nimmt naturgemäß zu, wenn auch leicht nachlassend; 2012 betrug der Zuwachs 804 Personen oder 14,7 Prozent.

Den Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie hatten Ende 2012 noch 3.907 Personen, von denen 2.817 ärztlich berufstätig waren, davon 1.668 im stationären (42,7 Prozent) und 926 oder 23,7 Prozent im ambulanten Sektor. Auch diese Gruppe wird langsam kleiner: 2012 betrug der Schwund gegenüber dem Vorjahr 14 Personen oder 0,4 Prozent. Das noch ältere chirurgische Teilgebiet Unfallchirurgie war mit 131 Personen die kleinste Gruppe, davon waren 98 noch ärztlich tätig (► **Abb. 3**).

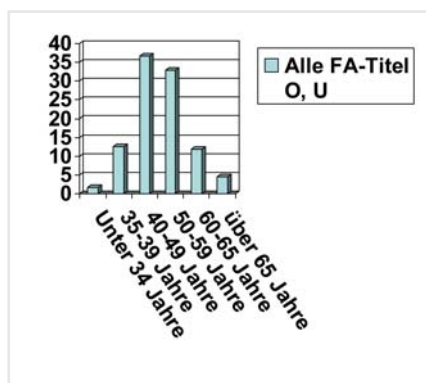
### Altersstruktur

Bei der Betrachtung der Altersgruppen der gesamten Gruppe fällt auf, dass die Ärztinnen und Ärzte zwischen 40 und 49 Jahren die größte Gruppe darstellen (30,7 Prozent), gefolgt von den 50- bis 59jährigen (27,5 Prozent) und den über 65jährigen (18 Prozent). Immerhin 11,5 Prozent sind in der Altersgruppe der 60- bis 65jährigen (► **Abb. 4**).

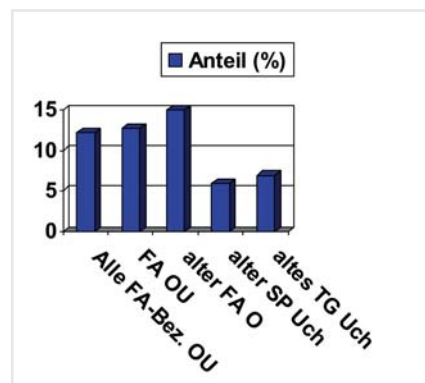
Vergleicht man nur die Anteile der Altersgruppen der ärztlich Berufstätigen, bleibt die Reihenfolge der Altersgruppen



**Abb. 4** Anteile der Altersgruppen aller Facharztbezeichnungen in O und/oder U



**Abb. 5** Anteile der Berufstätigen der Altersgruppen aller Facharztbezeichnungen in O und/oder U 2012



**Abb. 6** Anteil der Frauen nach Facharztbezeichnungen in O und/oder U 2012 (bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl)

gleich, lediglich die Gruppe der über 65jährigen verringert sich auf 4,5 Prozent und rutscht damit an die vorletzte Stelle. In beiden Kollektiven spielen die unter 35jährigen so gut wie keine Rolle (► **Abb. 5**).

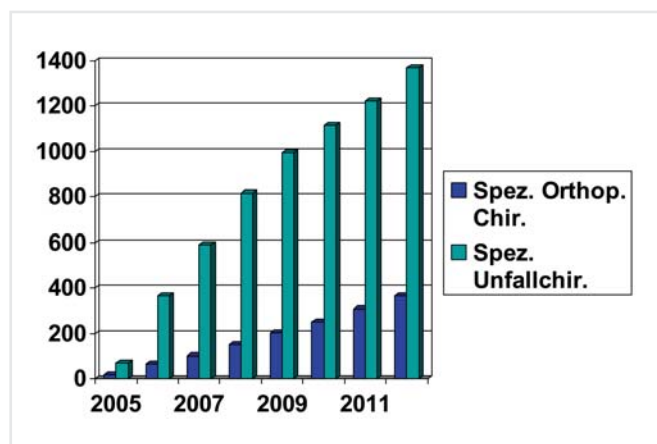
Angesichts des zu erwartenden Ausscheidens eines höheren Anteils der Ärztinnen und Ärzte aus der ärztlichen Tätigkeit in nicht zu ferner Zukunft bei gleichzeitigem moderatem Zuwachs des Nachwuchses ist mittelfristig – bleibt es bei der momentanen Entwicklung – ein Schrumpfen der Anzahl der Gesamtgruppe zu erwarten.

### Frauenanteil

Der zunehmende Anteil der Frauen im Medizinstudium und in der Medizin allgemein ist in aller Munde. Ist ihr Anteil am „neuen“ Facharzt höher als an den „alten“ Fachärzten? Das nun doch nicht: Anteilsmäßig die meisten Frauen haben noch den Facharzt für Orthopädie (► **Abb. 6**).

### Zusatzweiterbildungen

Ende 2012 gab es 366 Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“, 1.367



**Abb. 7** Anzahl der Zusatzweiterbildungen Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Orthopädische Chirurgie 2005-2012

mit „Spezieller Unfallchirurgie“, 404 mit „Kinder-Orthopädie“ und 72 mit „Orthopädischer Rheumatologie“. Die zahlenmäßige Zunahme der Speziellen Unfallchirurgen und der Speziellen Orthopädischen Chirurgen sind der untenstehenden Grafik zu entnehmen (► **Abb. 7**).

Es ist zu erwarten, dass durch die DGOOC-Initiative EndoCert die Zahl der Speziellen Orthopädischen Chirurgen im Laufe der Zeit schneller zunehmen wird als bisher.

Joachim Arndt



Joachim Arndt, Leiter der Geschäftsstelle der DGU

## Gedanken zu den Facharztstatistiken der Bundesärztekammer 2012

Statistiken finden viele nicht reizvoll, doch sie können Erkenntnisse befördern, auch und gerade für Fachgesellschaften. Die statistischen Daten der Bundesärztekammer belegen eine anhaltend wachsende „Population“ an unfallchirurgisch und orthopädisch tätigen Fachärzten – das ist gut!

Die Grafiken führen uns vor Augen, wie viele KollegInnen wir sind. Ich wünschte, wir wären uns dessen häufiger bewusst und schritten geschlossen Seit an Seit: für unsere Patienten und somit letztendlich auch für uns, in unserem Berufsalltag!

### Gemeinsamkeit ist nicht immer leicht aufrechtzuerhalten

Es könnte aus der Verteilung der Grafik 1 aber auch abgeleitet werden, warum wir uns eben nicht so einig sind. Müssen doch 39 Prozent als ambulant und 38 Prozent als stationär tätige

## Aus unserem Fach

Spezialisten unseres Faches zu einem immer höheren Teil um einen gedeckelten Budgettopf für dieselben lukrativen Patienten, beispielsweise bei den ambulanten Operationen, kämpfen. Gleichzeitig gibt es Tendenzen, nicht ausfinanzierte, multimorbide, schwierige Patienten immer mal wieder über die Sektorengrenzen abzuschieben. Da bleibt die Gemeinsamkeit leicht auf der Strecke.

Die in Grafik 2 belegte viel höhere Zahl der stationär tätigen „neuen Fachärzte“ für Orthopädie und Unfallchirurgie sagt nicht aus, wie viele dieser KollegInnen ihr Karriereziel in der eigenen Praxis oder einem anderen Arbeitsplatz außerhalb der Klinik sehen. Sie sind schlicht noch sehr jung und oft noch mitten in der umfassenden Qualifizierung sowohl zu operativen, aber auch zu konservativen Zusatzqualifikationen. Wie sich dieses Verhältnis weiter entwickelt, ob die Vertragsarztpraxis heutiger Prägung Bestand hat, bleibt zu beobachten, denn zwischenzeitlich bieten auch Kliniken „ambulante“, angestellte Arbeitsplätze ohne Nacht- und Bereitschaftsdienste an, und dies nicht nur in MVZs.

Die in der Grafik 4 sichtbare Altersstruktur aller Fachärzte für Orthopädie und/oder Unfallchirurgie erlaubt nur den Schluss, dass die Dauer des Medizinstudiums und der Weiterbildung offensichtlich nur wenigen Kollegen die Erlangung eines Facharztstitels vor dem 34. Lebensjahr ermöglicht. Besorgniserregend ist eher die Gruppe der 35- bis 39-jährigen, sie ist so deutlich kleiner als die älteren Jahrgänge, selbst wenn man diese auch jeweils auf fünf Jahre halbiert abbilden würde.

### Weniger Ärzte für mehr Patienten

Haben tatsächlich viele KollegInnen trotz Berufstätigkeit bis zum 39. Lebensjahr die Facharztqualifikation noch nicht erreicht? Es steht eher zu befürchten, dass sich hier der Beginn des Nachwuchsmangels abbildet. Die in der Grafik 5 zusammengefassten berufstätigen Kollegen im Fach erscheinen also derzeit sehr auskömmlich, aber in 20 Jahren werden ein Drittel weniger Kollegen die zahlreich alternde Generation „baby boomer“ versorgen müssen. Tatsächlich werden aber die dann tätigen 40- bis 60-jährigen pro Person weniger Stunden am Patienten arbeiten. Es könnte also sein, dass real nur die Hälfte der heutigen Arbeitszeit zur Verfügung steht. Dies müssen wir antizipieren und jetzt definieren, wofür diese wenigen Stunden von den Kollegen verwandt werden sollen. Im Klartext bedarf es einer klaren Priorisierung der patientennahen Tätigkeiten, des ärztlichen Gesprächs und einer Minimierung aller administrativer oder organisatorischer Belastungen.

### Wo sind die Frauen?

Dass sich laut Grafik 6 der Anteil der Frauen in unserem Fach nicht sprunghafter nach oben bewegt, hat mich erstaunt. Gegenüber dem eigenem Erleben, mit null bis zwei Kolleginnen in einer Klinik zu arbeiten, sehe ich doch heute bei Visiten, Besprechungen und Kongressen viel mehr Ärztinnen als frü-

her. Vielleicht ist es nur eine unglückliche Momentaufnahme, und im folgenden Jahr holen die Damen auf? Dies gilt es ganz genau zu beobachten. Sollten sich Kolleginnen während der Weiterbildung von unserem Fach abgestoßen fühlen und in andere Gebiete wechseln, dann wird es gefährlich, denn wir sehen derzeit in Erstsemestern einen Frauenanteil bis zu 70 Prozent!

Die in Grafik 7 gewählte Auswahl, nur die Zusatzweiterbildungen Spezielle Orthopädische Chirurgie gegen die Spezielle Unfallchirurgie aufzutragen, ist aus meiner Sicht irreführend, da in der Gruppe der vorrangig konservativ tätigen Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie schon traditionell ganz andere Zusatzqualifikationen wie die Manuelle Therapie, die Schmerztherapie, die Rheumatologie oder die Kinderorthopädie angestrebt wurden. Die hochspezialisierten, chirurgisch tätigen Orthopäden waren auch in der Vergangenheit nur eine kleine Gruppe innerhalb der Gesamtheit der Fachärzte für Orthopädie. Im Gegensatz hierzu waren der Schwerpunkt Unfallchirurgie oder die Zusatzweiterbildung in der Speziellen Unfallchirurgie der Nachweis über die Methoden der Allgemein Chirurgie hinaus spezielle muskuloskeletale Therapien, unfallchirurgisches Management und OP-Techniken erlernt zu haben, also sozusagen der „unfallchirurgische Facharzt“. Gerne wird hier das Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren als Hauptgrund für das Interesse an der Speziellen Unfallchirurgie bemüht. Das ist nicht falsch, aber historisch bedingt. Vergleichbares gilt auch für die früher nahezu ausschließlich von Orthopäden erworbene Schmerztherapie oder Rheumatologie mit der Möglichkeit, die eigene Attraktivität für Patienten zu steigern und somit das Einkommen gerade in den Praxen zu stabilisieren.

### Einmalige Zukunftschancen

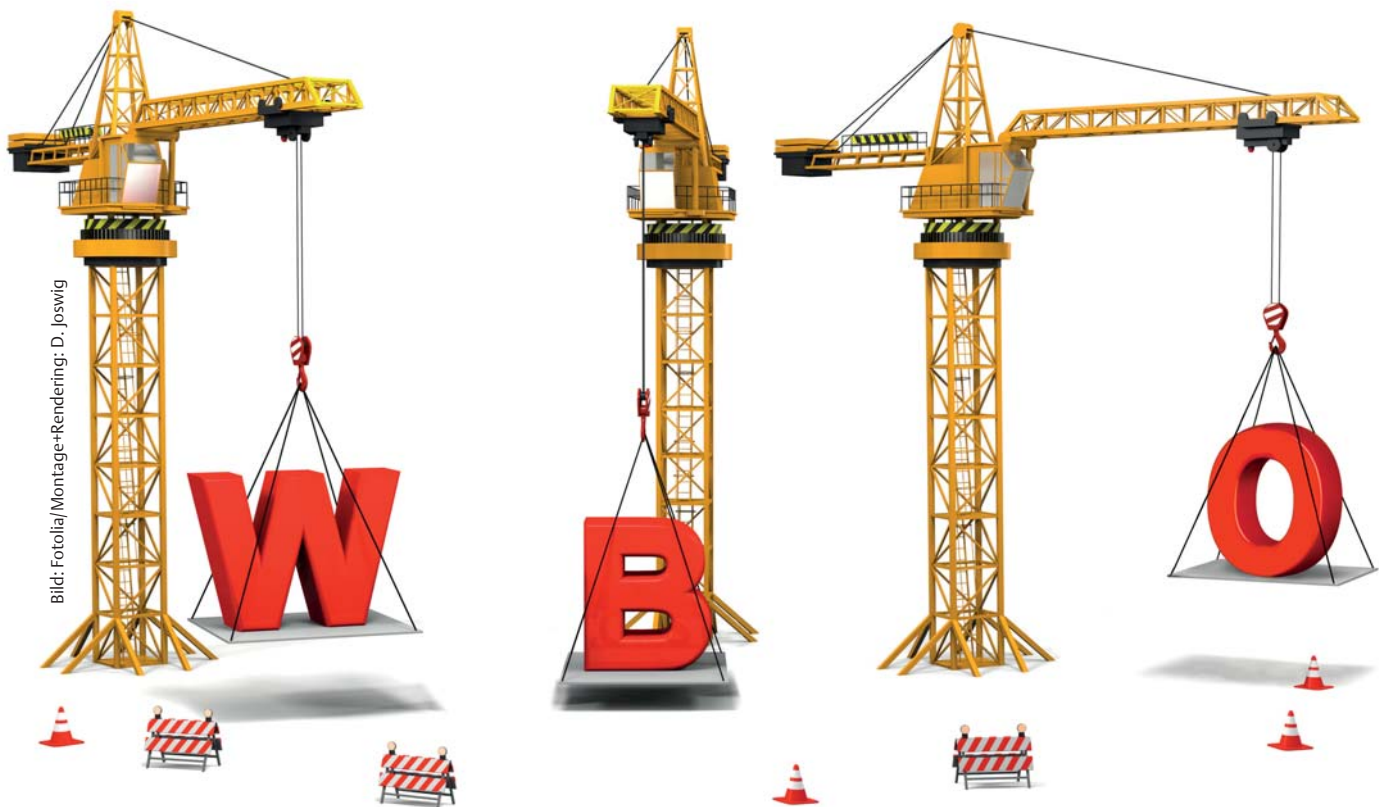
Abrechnungssysteme werden sich ändern, aber die Bandbreite und Zukunftschancen unseres Faches sind einmalig! Wir müssen dies als Chance begreifen und die Vielfalt aller möglichen konservativen und operativen Zusatzqualifikationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie offensiv nach innen und außen vertreten – ja, auch gemeinsam verteidigen!

Diese und sicher viele weitere Gedanken können bei Betrachtung der Statistik entstehen – was denken Sie? Lassen Sie es uns wissen!

*Prof. Dr. Almut Tempka*



Prof. Dr. Almut Tempka leitet den Ausschuss für Bildung und Nachwuchs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.



WEITERBILDUNGSORDNUNG

## Baustopp für WBO – BÄK legt Denkpause ein

Im September teilte die Leiterin des Dezernats „Ärztliche Aus- und Weiterbildung“ der Bundesärztekammer mit, dass der Zeitplan zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung verlängert und eine Befassung für den Deutschen Ärztetag 2015 bzw. 2016 vorgesehen werde: „Mit diesem Beschluss räumt der Vorstand der Bundesärztekammer in Anbetracht der umfangreichen und systematischen Änderungen allen Beteiligten mehr Zeit für die anstehenden Beratungen zur Novellierung der MWBO ein.“

Entschleunigung ist angesagt: Nicht nur wegen der vielfältigen Kommentare und Einwände der Fachgesellschaften, sondern auch aufgrund der Intervention vieler Ärztekammern – dies berichteten kammeraktive Mitglieder auf dem 5. Weiterbildungsforum O und U am 18. September in Berlin – wird das Tempo des Novellierungsprozesses deutlich verlangsamt.

Vertreter von O und U hatten bereits im Januar bei einer Anhörung in der Bundesärztekammer auf manche Ungereimtheit im vorgelegten Konzept der Musterweiterbildungsordnung hin-

gewiesen. Trotz vieler Vorbehalte hat sich eine Projektgruppe aus O und U mit viel Aufwand der ambitionierten Vorgabe der BÄK gestellt und einen ersten Vorschlag für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie sowie dessen Zusatzweiterbildungen bis zum vorgegebenen Datum, den 5. Juli 2013, in die Internetplattform „Wiki-BÄK“ eingestellt (siehe OUMN 2/2013: „BÄK verlangt Quadratur des Kreises“, Seite 138ff.)

Angeichts des ambitionierten Zeitplans der BÄK wurden alle Gruppierungen aus O und U über diese Vorschläge informiert

und aufgefordert, bis zum 30. September konkrete Änderungsvorschläge und Kommentare einzureichen. Am 18. September fand nun das 5. Weiterbildungsforum der kammeraktiven Mitglieder aus O und U in Berlin statt, bei dem alle Aspekte der neuen WBO mit den Vorstellungen der Landesärztekammern abgeglichen werden sollten. Vertreter aus nahezu allen Ärztekammern waren anwesend und bestätigten, dass ihre Kammern noch erheblichen Diskussionsbedarf unter anderem hinsichtlich der vorgegebenen neuen Strukturen, der Verwendung der Begrifflichkeiten „Kompetenz“ und

## Aus unserem Fach

„Kompetenzebenen“ sehen. Trotz der frühen und vielfältigen Informationen der Bundesärztekammer zum Aufbau, zur Struktur und zur geplanten Änderung der Systematik der Musterweiterbildungsordnung und der dort verwendeten Begrifflichkeiten „Kompetenz“ und „Kompetenzlevel“ reichen die Kommentare der einzelnen Ärztekammern von Ablehnung über Modifikation bis zur Akzeptanz. So kam der „Baustopp“ für die neue WBO am nächsten Tag nicht unerwartet. Wie es weitergehen soll, wird wohl erst bei der Sitzung der Ständigen Kommission (STäKo) Ende 2013 geklärt.

Dessen ungeachtet wurde die Aussprache mit den kammeraktiven Mitgliedern genutzt, um die Kommentare einzelner Fachgesellschaften und Verbände zu den von O und U auf der Wiki-BÄK-Plattform eingestellten Anträgen zu diskutieren.

### Allgemein- und Viszeralchirurgie

Entsprechend des Beschlusses der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie wurden gleichlautende Inhalte für die Allgemein- und Viszeralchirurgie in die Wiki-BÄK-Plattform ohne Inhalte zu Orthopädie und Unfallchirurgie eingestellt und der Bundesärztekammer erneut die Zusammenlegung der beiden Facharztsäulen zu einem Facharzt empfohlen. Die Bundesärztekammer hat in ihrem Kommentar jedoch erneut die Vorgabe von zwölf Monaten Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie aufgenommen, ohne dass sie Inhalte dazu eingestellt hat. Dies ist ebenso unverständlich wie die erneute Aufnahme einer Weiterbildungszeit für den sogenannten „Common Trunk“, der nach gleichlautenden Aussagen der Vertreter der Bundesärztekammer in die Weiterbildungsinhalte der einzelnen Fächer integriert werden soll. Darüber bestand auch Einigkeit in der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie, denn damit könnte zum Beispiel das „Nadelöhr Intensivstation und Notaufnahme“ umgangen werden. Weiterbildungseinrichtungen, die darüber nicht verfügen, hätten damit die Möglichkeit, bereits Einsteiger in das Fach ohne Erfüllung aller Weiterbildungsinhalte des „Common Trunk“ für einen bestimmten Zeitraum weiterzubilden.

Aktuelle Erhebungen aus Westfalen-Lippe zur Versorgungsrealität der all-

gemeinchirurgischen Kliniken mit Einchluss orthopädischer und unfallchirurgischer Behandlungsangebote zeigen, dass auch in Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung der bundesweite Trend der Vorhaltung getrennter Strukturen – Allgemein- und Viszeralchirurgie einerseits und Orthopädie/Unfallchirurgie andererseits – deutlich ansteigt. Als Indikator wurde die Versorgung von Schenkelhalsfrakturen in diesen Kliniken untersucht und festgestellt, dass sich gegenüber 2005 deutlich weniger allgemein- und viszeralchirurgische Kliniken der Grund- und Regelversorgung ohne spezielle O- und U-Einrichtungen an der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen beteiligen, die Zahl beteiligter orthopädischer Einrichtungen im Gegensatz dazu jedoch deutlich ansteigt. Damit wird die Publikation aus dem Jahre 2009 bestätigt (Orthopädie Mitteilungen 2/2009 „Gibt es einen Wandel in der Struktur chirurgischer Kliniken in Deutschland?“, S. 208ff.) und die Realitätsnähe des Antrages zur Zusammenlegung der beiden Facharztsäulen Allgemein- und Viszeralchirurgie ohne Inhalte aus O und U erneut bescheinigt.

### Fachgebundenes Röntgen, Bildgebende Verfahren

Der Beschluss des Deutschen Ärztetages 2013 zum fachgebundenen Röntgen als integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie kann und muss unabhängig von der Novellierung der Weiterbildungsordnung jetzt in den einzelnen Kammern umgesetzt werden. Sowohl in Berlin als auch in Westfalen-Lippe ist diese Umsetzung in verschiedener Weise erfolgt. Nach Ansicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist das Vorhandensein von Röntgengeräten in der Weiterbildungseinrichtung nicht erforderlich, da die Röntgenverordnung eine eigene Röntgenanlage nicht vorschreibt. Die Befürchtungen, ohne eigene Röntgeneinrichtungen die Inhalte des fachgebundenen Röntgens in der Weiterbildung nicht vermitteln zu können, würden somit entfallen.

Diese Interpretation wird sicherlich nicht von den Vertretern der Radiologie in den einzelnen Kammern akzeptiert werden. Hier gilt es, weiterhin Überzeugungsarbeit zu leisten (zum Beispiel ist kein Radiologe bei der Herstellung von Röntgen-

bildern im OP anwesend). Analog zu diesem Beschluss des Deutschen Ärztetages, fachgebundenes Röntgen in die Weiterbildung des Faches zu integrieren, sollte dies auch für CT und MRT übernommen werden, da auch diese bildgebenden Verfahren bereits im OP und damit im Fach angewendet werden.

### Abbildung spezieller chirurgischer Inhalte im Facharzt und in der Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie

Bedarf es zur Behandlung des Mehrfachverletzten – auch mit Körperhöhlenverletzungen – der Vermittlung spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten aus dem Bereich der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“? Zu diesem Thema gab es beim 5. Weiterbildungsforum unterschiedliche Konzepte und Meinungen. Zusammengefasst ergaben sich folgende „Statements“:

Kenntnisse und damit auch Erfahrungen, vermittelt unter anderem durch die Inhalte des Common Trunks „Basischirurgie“, werden als ausreichend für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie angesehen.

Für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ sind Rotationen in Viszeral- und/oder Gefäß-, Thorax-, Neurochirurgie fakultativ möglich, werden jedoch flächendeckend sicherlich nicht umsetzbar sein. Außerdem vermittelt nicht jede Viszeralchirurgie ausreichende Erfahrungen und Kenntnisse in der Behandlung von Höhlenverletzungen, da die Zahl dieser Verletzungen nach Erhebungen der Daten des TraumaRegisters DGU® in den vergangenen fünf Jahren insgesamt eher abgenommen hat. In diesem Zusammenhang wird auch von Vertretern der Bundeswehr auf deren spezielle Fort- und Weiterbildungscurricula verwiesen, die derzeit neben dem Facharzt Allgemein- und Viszeralchirurgie einen zweiten spezialisierten Facharzt für notwendig erachten, um der Realität der Versorgung von Verletzten in Kriegs- und Krisengebieten gerecht zu werden. Unter dem Titel „Einsatzchirurgie“ fordern weitere Vertreter verschiedener Vereine und Verbände eine zusätzliche Weiterbildungsqualifikation analog dem amerikanischen Modell eines „Acute Care



Surgeons“, nicht zu verwechseln mit dem von der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) geforderten Facharzt für Notfallaufnahme. Die Einrichtung derartiger Facharztweiterbildungen im deutschen System halten alle Vertreter für realitätsfern und nicht zielführend. Sie unterstützen jedoch Bemühungen, sowohl zertifizierte Fortbildungscurricula für die Einsatzchirurgie als auch anerkannte Qualifikationen für die Notfallaufnahme zu ermöglichen. Die Diskussion darüber wird sicherlich noch weiter anhalten und uns beschäftigen.

### Rheumatologie

Der von den Internisten und Rheumatologen geforderten Trennung zwischen orthopädisch-chirurgischer Rheumatologie und internistischer Rheumatologie wird widersprochen, da auch der operativ tätige Rheumatologe Grundzüge der konservativen medikamentösen Therapie beherrschen muss, um eine sachgerechte Behandlung durchführen zu können. Die derzeit bestehende Versorgungsrealität macht dies auch erforderlich, da es insgesamt zu wenig Rheumatologen gibt.

### Kinderchirurgie und ihre spezielle Zusatzweiterbildung

Die Anträge der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie empfehlen neben dem Facharzt Kinderchirurgie eine spezielle Zusatzweiterbildungsqualifikation mit vier verschiedenen Modulen (Kinderurologie, Kinderonkologie, Kindertraumatologie, Kinderherzchirurgie). Sie schlagen vor, den Zugang zum Modul Kindertraumatologie sowohl über den Facharzt Kinderchirurgie als auch über den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie zu ermöglichen. In der Diskussion wird klargestellt, dass die Einschränkung der Weiterbildung im Facharzt Orthopä-

die und Unfallchirurgie auf ein bestimmtes Lebensalter weder bisher noch zukünftig dem Qualitätsanspruch und der Versorgungsrealität entspricht. Für die Spezielle Unfallchirurgie, die eine höhere Qualifikation in der Behandlung von Verletzten jeder Altersstufe beinhaltet, sollte dieser Anspruch noch detaillierter zum Ausdruck gebracht werden.

### Weiterbildungsbefugniserteilung und Facharztprüfungen

Aus einigen Kammerbereichen wird berichtet, dass zur Anhebung der Qualität der Weiterbildung für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie nur noch Verbundweiterbildungsbefugnisse erteilt werden, bei Auffälligkeiten und Einsprüchen ein Audit vor Ort stattfindet und vermehrt die Fallzahlen und Fallarten anhand der publizierten Qualitätsberichte und/oder Routinedaten abgeglichen werden. Damit ist jedoch nicht die Problematik der Zahl an Weiterzubildenden und der in der jeweiligen Weiterbildungseinrichtung erbrachten Leistungszahlen vom Tisch. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit die bisherige jahrzehntelang geübte Praxis und Systematik, überwiegend Weiterbildungsassistenten in Kliniken zu beschäftigen, künftig vor allem nach der Zahl verfügbarer „Leistungsangebote“ anzupassen und damit zu ändern ist?

Interessant war zu erfahren, dass in den einzelnen Kammern die Prüfungsgespräche für die sogenannte Facharztprüfung nicht immer nur von Vertretern des Faches durchgeführt werden. Nach Ansicht der meisten Vertreter können nur Angehörige des Faches diese Prüfungsgespräche adäquat führen. Einigkeit bestand auch darüber, dass in 30 Minuten die Qualifikation nicht zu ermitteln sei. Dazu sind nach wie vor die Zeugnisse und die Dokumentation im Logbuch erforderlich.

Damit wird die besondere Verantwortung des Weiterbildungsbefugten für die Qualität unseres ärztlichen Nachwuchses erneut hervorgehoben. Die Fachgesellschaften und die Ärztekammern legen dafür die Basis, zum einen durch die Gestaltung der Weiterbildungsordnung, zum anderen durch die Gestaltung der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis.

Und so hinterlässt der Baustopp eine Baustelle mit Mängeln, die seit Jahren bestehen: Qualität und Versorgungsrealität, sprich Praxisnähe und Umsetzbarkeit, sind die Fundamente. Das Bauwerk „neue WBO“ benötigt dafür mehr Daten und Transparenz zur Wirklichkeit der Weiterbildungssituation sowie zur bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung. Antworten hierauf müssen wir als Fachgesellschaft und Berufsverband liefern. Die BÄK wird uns wohl allenfalls einen Konstruktionsplan liefern.

*Prof. Dr. Hartmut Siebert  
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard*



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGOU/DGU



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



Foto: BV/MED

In Deutschland werden pro 100.000 Einwohner 213 Knie-TEPs implantiert – damit liegt es in Europa hinter der Schweiz auf Platz 2.

### GONARTHROSE

# Implantieren wir wirklich zu viel?

Der nachfolgende Beitrag erschien unter dem Titel „Konservative Versorgungsrealität am Beispiel der Behandlung der symptomatischen Gonarthrose – ein Diskussionsbeitrag zum Thema ‚Implantieren wir wirklich zu viel?‘“ in der Zeitschrift „Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis“ 9/2013.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung der fortgeschrittenen symptomatischen Gonarthrose ist mit der Verbreitung der modernen Knieendoprothetik in Kombination mit der DRG-Abrechnung zu Ungunsten des konservativen Vorgehens aus dem Gleichgewicht geraten. Das Grundvertrauen der Patienten in die uneigennützig Indikationsstellung durch den die Operation anbietenden Arzt ist erschüttert. Der Artikel stellt die Möglichkeiten der unterfinanzierten ambulanten konservativen Therapie zur Diskussion mit dem Tenor „möglichst wenig Aufwand – möglichst billig – möglichst schnell“. Um die im europäischen Vergleich in Deutschland viel zu häufig gestellte Indikation zur Knieendoprothese zurückzufahren, wäre aus meiner Sicht jedoch genau das Gegenteil erforderlich: eine zeitaufwändige, auf die Bedürfnisse des Patienten eingehende Versorgung, mit umfassenden nicht-budgetierten Angeboten zu Physiotherapie, manueller Therapie, Orthesenversorgung, psychologischer Betreuung und diätetischer Anleitung. Vor diesem Hintergrund ist noch einmal explizit darauf hinzuweisen, dass die arthroskopische Operation des symptomatischen Arthrosekniees zur Schmerzlinderung nicht evidenzbasiert und nur in wenigen Ausnahmefällen leitliniengerecht ist.

#### Einleitung

Die Behandlung der fortgeschrittenen symptomatischen Gonarthrose ist mit der Verbreitung der modernen Knieendoprothetik in Kombination mit der DRG-Abrechnung aus dem Gleichgewicht geraten. Die Tagesschau der ARD [1] titelte am 11. April 2013 „In Deutschland sitzt das Skalpell zu locker“ und fährt fort: „Im Jahr 2005 gab es rund 130.000 Knieendoprothesen-Operationen in Deutschland. Im Jahr 2011 waren es 160.000, ein Plus von fast einem Viertel. Warum? Gehen die Knie immer schneller kaputt

oder werden die Deutschen immer anspruchsvoller? Nein, sagt Karl Lauterbach. Der SPD-Gesundheitsexperte sieht einen anderen Grund für die steigenden OP-Zahlen: Geld.“

Ihre Fortsetzung fand diese Diskussion jüngst bei Günther Jauch [2] unter dem Titel „Patientenfalle Krankenhaus – unnötige OPs für satte Gewinne?“. „OP-Boom in Deutschland: In kaum einem anderen Land wird so oft das Skalpell angesetzt. Auf 100.000 Einwohner kommen zum Beispiel 295 Hüft-Operationen und 213 Knie-Eingriffe, so eine Studie der OECD. Besonders häufig wird offenbar dort operiert, wo die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern groß ist.“ Vor dem Hintergrund solcher Anwürfe ist es Zeit, den Blick für die aktuelle Behandlungsrealität zu schärfen und sich und den Patienten nicht andauernd etwas vorzumachen. Vier kritische Fragen stehen im Raum:

### Implantieren wir zu viel?

Herr Prof. Günther konstatierte als Vertreter der DGOU im Mai 2012, dass in Deutschland die Versorgungsrate mit künstlichen Kniegelenken über den Vergleichszahlen der meisten anderen europäischen Länder mit Ausnahme der Schweiz liegt [3]. Dies wird aktuell von der OECD bestätigt: „Regarding surgical procedures, Germany has the second highest rate of knee replacements“ [4]. Danach werden in Deutschland pro 100.000 Einwohner 213 Knie-TEPs implantiert, im OECD Durchschnitt jedoch nur 122. Und das, wo nach neueren Untersuchungen überhaupt nur 20 bis 30 Prozent der Patienten mit sogenannter end-stage osteoarthritis eine Knie-TEP in Betracht ziehen [5]. Damit stellt sich (der Öffentlichkeit) gleich die zweite Frage:

### Implantieren wir so viel, weil es sich für uns lohnt?

Dies wird unserem Berufsstand in Fernsehen (ARD, 14. Januar 2013 „Vorsicht Operation“ [6]) und Presse (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 13. Januar 2013 „Muss es wirklich sein?“ [7]) jedenfalls vorgeworfen: „Ein Krankenhaus verdient kein Geld, wenn es einem Patienten von nicht eindeutig indizierten Knieoperationen abrät. Denn es hat kaum Interesse daran, lukrative Operationen zu vermeiden.“

### Implantieren wir so viel, weil es sich für die Patienten lohnt?

Unbestritten gehört die Versorgung mit künstlichen Gelenken mit zu den effektivsten Behandlungsmaßnahmen in der modernen Medizin, so Prof. Günther für die DGOU in 2012 [3]. Allerdings wird über die Definition von Effektivität gestritten. Es gibt unzweifelhaft Unterschiede zwischen dem Ziel, das der Operateur mit der Implantation einer Knieendoprothese verfolgt und zwischen dem, was die Patienten sich von dieser Operation erwarten. Für 85 Prozent der Patienten ist es entscheidend, so zum Beispiel Mannion et al. [8] stellvertretend für zahlreiche andere Untersuchungen, nach der Implantation einer Knieendoprothese schmerzfrei zu sein. Erfüllt werden konnte diese Erwartung jedoch bei lediglich 43 Prozent der Patienten.

### Implantieren wir so viel, weil sich die konservative Therapie nicht mehr lohnt?

Die bittere Wahrheit, so nachzulesen im meinen Patienten wärmstens ans Herz gelegten Ratgeber „Meine Rechte als Patient“ von Herrn Rechtsanwalt Baczko [9] ist nämlich, „... dass seit Jahren Politiker aller Parteien den falschen Eindruck vermitteln, der sozialversicherte Patient hätte Anspruch auf die bestmögliche, also optimale Behandlung. Es wird völlig verschwiegen, dass die GKV ihren Mitgliedern ambulant nur eine absolut minimale Versorgung zugesteht... Leistungen der GKV müssen vom Gesetz aus ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Es ist also gesetzlich geregelt, dass der GKV-Patient ein Patient 2. Klasse ist.“

Für mich als „Kassen“-Arzt in Rheinland-Pfalz bedeutet diese Vorgabe: 38 Euro Umsatz lassen sich maximal für die Behandlung eines Patienten in drei Monaten generieren. 10 Euro stehen für die Medikamentenverordnung zur Verfügung. Und 20 Euro im Schnitt für die Verordnung von Physiotherapie – was in etwa einer einzigen Krankengymnastik-Anwendung in drei Monaten entspricht. Dies vor dem Hintergrund, dass sich die KV Rheinland-Pfalz als Verwalterin des chronisch unterfinanzierten Budgets in ihrem aktuellen Honorarverteilungsmaßstab dafür entschieden hat, Erst- und Einmalkontakte und -behandlungen nicht zu budgetieren (GOP 18210–

18212), jedoch alle weiteren Arzt-Patienten-Kontakte (GOP 18331 und 18311) inklusive der nicht durch die Grundpauschale abgedeckten Diagnostik (zum Beispiel Röntgen, Sonografie, Labor) und Therapie (zum Beispiel Punktionen, Anlage eines fixierenden Verbandes, Infusionstherapie, Chirotherapie, Akupunktur) auf das Niveau des Vorjahrs einzufrieren.

Praktisch bedeutet diese Absurdität, dass ich zurzeit beliebig viele Patienten mehr als im Vorjahr einmal klinisch untersuchen und im Rahmen der Grundpauschale behandeln darf, jedoch auf keinen Fall mehr Zweitkontakte haben oder mehr der oben genannten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchführen darf als im Vorjahr. Sollte ich solche Mehrleistungen gegenüber der KV abrechnen, droht der Regress. Das gleiche gilt natürlich auch für Medikamentenverordnungen oder die Verordnung von Physiotherapie, die weder das Vorjahresniveau noch den Fachgruppenschnitt relevant überschreiten dürfen.

Ausgenommen von dieser Budgetierung sind, wie es der Name schon sagt, extrabudgetäre Leistungen, wie zum Beispiel ambulant durchgeführte Operationen. Womit wir auch hier wieder bei den vier oben genannten Fragen wären.

### Konservative Therapie

Vor diesem Hintergrund evidenzbasiert zu behandeln ist unmöglich? Nicht ganz. Denn überraschend viele nicht-operative Therapieformen sind:

- mit möglichst wenig Aufwand verbunden,
- möglichst billig,
- möglichst schnell,
- und zum Teil sogar evidenzbasiert.

Mein persönliches multimodales Konzept umfasst:

### Gewichtsreduktion

Zunächst spreche ich bei den allermeisten Patienten ein im wahrsten Sinne des Wortes gewichtiges Problem an. Der Durchschnitt meiner Gonarthrose-Patientinnen ist zwischen 1,55 und 1,69 Meter groß und wiegt zwischen 85 und 110 Kilogramm. Das entspricht einem BMI von 35 und mehr. Ich mahne die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion

## Aus unserem Fach

an, denn bereits fünf bis zehn Kilogramm weniger führen zu Beschwerdeminderung am Arthroseknie, und zwar unabhängig vom Ausmaß des Arthroseschadens, so Gudbergsen 2012 [10]. Diehl et al. [11] weisen zusätzlich darauf hin, dass bei einem BMI von 35 die Wahrscheinlichkeit für eine Knie-TEP 18-mal höher ist als in einer normalgewichtigen Population. Und jedes Kilo Körpergewicht bedeute biomechanisch eine Mehrbelastung des Knies von etwa drei Kilogramm.

**Mein Fazit:** Gewichtsabnahme belastet nicht mein Budget, und der Nutzen ist evidenzbasiert.

### Nahrungsergänzungsmittel

Immer wieder fragen Patienten nach Nahrungsergänzungsmitteln, im Deutschen Ärzteblatt 2008 [12] wurde zum Beispiel die Wirkung der oralen Chondroitinzuführung verneint. Diehl et al. formulieren es diplomatischer, dass eine geringe Schmerzreduktion bei geringem Arthrosegrad möglich sei. Zumindest seien keine gravierenden Nebenwirkungen bekannt.

**Mein Fazit:** Belastet nicht mein Budget, ist nicht evidenzbasiert.

### Schuhaußenranderrhöhung

Möglicherweise kann auch eine Schuhaußenranderrhöhung eine Entlastung des medialen Kompartimentes bewirken, die AAOS-Leitlinie [13] spricht sich jedoch klar dagegen aus.

**Mein Fazit:** Nicht evidenzbasiert, liegt im Ermessen des Arztes.

### Krankengymnastik

Auch wenn Diehl et al. [11] postulieren, positive Effekte der Krankengymnastik auf Schmerzreduktion und eine Verbesserung der Gelenkfunktion seien in einer Reihe von Studien demonstriert worden: Ich verordne keine Regressbedrohte KG bei Gonarthrosepatienten, sondern empfehle im Einklang mit der AAOS-Leitlinie [12] Selbstübungen zur Verbesserung der Beweglichkeit und der Kraft.

**Mein Fazit:** Die Verordnung von Physiotherapie ist extrem regressbedroht und ihr Nutzen nicht evidenzbasiert.

### Topische NSAR

Besser in mein von Regress-Ängsten bestimmtes „Kein Aufwand“-Konzept passt da die Cochrane-Analyse von Derry et al. aus 2012 [14], wonach die lokale Diclofenac-Anwendung bei Kniegelenksarthrose gleich wirksam ist wie die orale NSAR-Verabreichung.

**Mein Fazit daher:** Belastet nicht mein Budget und ist evidenzbasiert.

### Orale Medikation

Bei der Tablettenverordnung wird im aktuellen Review des British Medical Journals [15] an erster Stelle das rezeptfreie Paracetamol empfohlen, bis zu vier Gramm pro Tag, ebenso wie von Diehl et al. [11], der auf die Komplikationsmöglichkeit einer schweren Leberfunktionsstörung hinweist.

**Mein Fazit:** Belastet nicht mein Budget und ist evidenzbasiert.

Besondere Vorsicht ist geboten bei der Verschreibung von sogenannten Nichtsteroidalen Antirheumatika. Nach Bennell et al. [15] gilt dies insbesondere bei einer Ulcusanamnese. Dann sollte auf einen Cox-2-Hemmer oder Naproxen ausgewichen werden, jeweils mit Protonenpumpen-Inhibitor. Bei Patienten, die prophylaktisch ASS 100 einnehmen, ist Ibuprofen kontraindiziert! Ibuprofen verringert die thrombozytenaggregationshemmende Wirkung von ASS und bewirkt eine signifikante Steigerung des Herzinfarkt und Schlaganfallrisikos [16].

Eine Kontraindikation für jegliche NSAR sind natürlich Patienten mit einer Niereninsuffizienz im Endstadium. Bei gastrointestinalem Risiko ist laut der CONDOR Studie [17] ein Cox-2-Hemmer alleine besser als ein NSAR in Kombination mit einem Protonenpumpen-Inhibitor. Was die dieses Produkt bewerbenden Pharmavertreter aber zumindest mir erst auf Nachfrage preisgegeben haben, ist, dass keine Patienten mit einem irgendwie gearteten kardiovaskulären Risiko in die Studie aufgenommen wurden. Leider sind das aber meine Standardpatienten. Bei kardiovaskulären Vorerkrankungen ist bei Cox-2-Hemmern sowie bei längerfristiger Einnahme von Diclofenac oder Ibuprofen mit Komplikationen zu

rechnen. Das sicherste Medikament für diese Patientengruppe ist nach wie vor Naproxen. Patienten mit einem zusätzlichen gastrointestinalen Risiko sollten zusätzlich einen Magenschutz einnehmen [18, 19].

**Mein Fazit:** Belastet mein Budget, ist evidenzbasiert.

### Akupunktur

Nach Diehl et al. [11] ist keine andere nicht-operative Heilmethode so gut untersucht. In einer ganz aktuellen Vergleichsstudie wird die Wirksamkeit verschiedener Akupunkturverfahren untersucht. Sie liegt zwischen 48 Prozent und 73 Prozent [20].

**Mein Fazit:** Belastet mein Budget, die Therapie ist evidenzbasiert.

### Kortisoninjektion

Es gibt keinen Konsens, welches Präparat Sie in welcher Dosierung und wie häufig in ein symptomatisches Arthroseknie spritzen sollten. Bennell et al. [15] gestehen im British Medical Journal drei bis vier Injektionen alle drei Monate zu, während Diehl et al. [11] laut Studienlage drei bis vier Injektionen im Jahr für indiziert halten. In jedem Fall ist ein kurzfristiger Nutzen belegt.

**Mein Fazit:** Der erhebliche Aufwand der intraartikulären Infiltration wird nicht gesondert vergütet, die Verschreibung des Medikamentes belastet mein Budget, die Therapie ist evidenzbasiert.

### Hyaluronsäure

Die intraartikuläre Verabreichung von Hyaluronsäure zeigt – präparatabhängig – positive länger andauernde Effekte am Arthroseknie, laut Cochrane-Review aus 2009 [21] jedenfalls länger als Kortison. Zur gegenteiligen Auffassung gelangt eine klassische Meta-Analyse von Rutjes et al. [22] in den Annals of Internal Medicine, in der alle Präparate in einen Topf geworfen wurden. Nach gründlichem Umrühren fand man zusammengefasst keinen „klinisch relevanten“ Therapieeffekt mehr. Mut macht die Untersuchung von Navarro-Sabia et al. [23], die durch eine wiederholte intraartikuläre Gabe eines Hyaluronsäurepräparates einen klaren und über ein Jahr anhaltenden Effekt ge-

genüber Placebo zeigen konnte. Genauso sehen es Diehl et al. [11] für milde bis moderate Arthroseformen.

**Mein Fazit:** Belastet nicht mein Budget, der Patient zahlt, die Therapie ist evidenzbasiert.

## Eigene Ergebnisse

Aufgearbeitet wurden 1.297 Gonarthrosepatienten aus den Jahren 2005 bis 2011 mit einer „end-stage osteoarthritis“, die eine Gelenkspaltverschmälerung im Stehend-Röntgen und Arthrosezeichen der Ausprägung Kellgren/Lawrence Grad 3 oder 4 aufwiesen und die vor und mindestens ein Jahr nach Therapiebeginn untersucht und mittels des validierten Oxford-Knee-Scores (OKS) evaluiert werden konnten. 866 Patienten waren weiblich. Das Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 65 Jahren. 685 Patienten wurden mit einer Knie-TEP versorgt. Die übrigen wurden multimodal wie oben beschrieben konservativ behandelt (► **Abb. 1**).

Ein Jahr nach Knie-TEP (TKA) erreichten doppelt so viele der Patienten (58 Prozent) ein gutes oder sehr gutes Ergebnis wie nach konservativer multimodaler Therapie (29 Prozent) (► **Tab. 1**). In meiner Sprechstunde ist, entgegen aller Patientenhoffnungen und entsprechend meiner präoperativen schriftlichen Aufklärung, auch nach operativer endoprothetischer Therapie das schmerzhaftes Knie Alltag. Denn 19 Prozent meiner eigenen Patienten erzielten nach Knie-TEP lediglich ein schlechtes Ergebnis im Ox-

OKS-Klassifizierung (n, %)	0 Jahre (n = 1297)	Follow-up	
		1 Jahr: Kons. (n = 514/612)	1 Jahr: TKA (n = 617/685)
Sehr gut (42 – 48)	0	53 (8,7)	171 (27,8)
Gut (34-41)	0	109 (20,1)	190 (30,8)
Befriedigend (27-33)	314 (24,2)	211 (39,0)	132 (21,4)
Schlecht (< 27)	983 (75,3)	168 (32,2)	124 (20,0)

**Tab. 1** Doppelt so gute Ergebnisse nach KnieTEP im OKS

OKS-Klassifizierung (n, %)	Follow-up	
	5 Jahre (n = 216)	10 Jahre (n = 131)
Sehr gut (42 – 48)	66 (30,6)	34 (26,3)
Gut (34-41)	59 (27,2)	46 (34,1)
Befriedigend (27-33)	49 (22,7)	25 (19,3)
Schlecht (< 27)	42 (19,3)	26 (20,1)

**Tab. 2** Knieprothese: 40 Prozent der Patienten ohne gutes Ergebnis [24].

ford-Knee-Score (OKS) – bestätigt durch eine aktuelle Langzeituntersuchung von Arthur et al. [24], in dessen Publikation ebenfalls 20 Prozent der Patienten ein schlechtes Ergebnis im OKS erzielten, unabhängig von einer Nachuntersuchungszeit von fünf oder zehn Jahren (► **Tab. 2**).

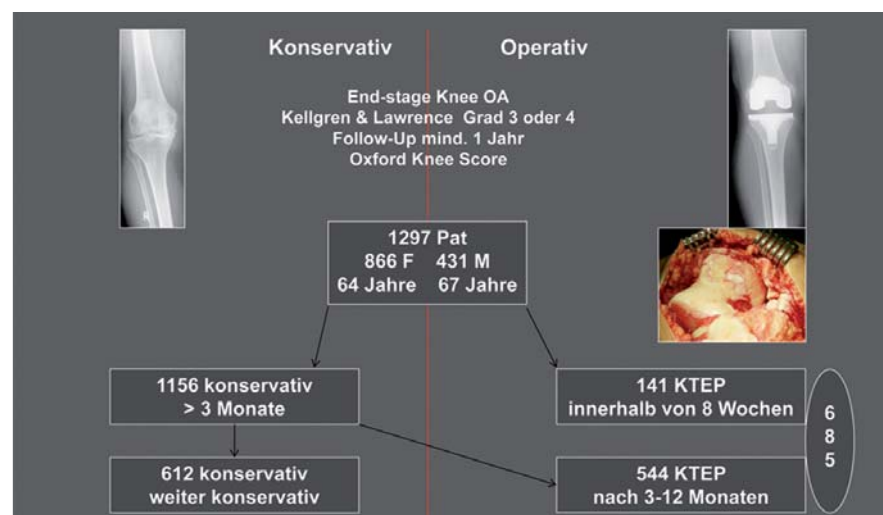
## Diskussion

Nach Knieendoprothesen-Implantation zeigt sich in meinem Praxis-Alltag, wie unter anderem von Genet et al. [25] berichten, oftmals bei eigentlicher guter Funktion eine relativ geringe Patientenzufriedenheit. Es gibt hier die bereits erwähnte Erwartungs-Diskrepanz von Arzt

und Patient [8], was dazu führt, dass bei etwa jeder vierten der von mir betreuten Primär-Knie-TEP Patienten genauso häufig wegen Beschwerden und Funktionsdefiziten in der Sprechstunde stehen wie vor der OP. Nicht enthalten in dieser retrospektiven Analyse sind solche Patienten, die sich nach der primären Knie-TEP einer Revisions-Operation unterziehen mussten.

Für Deutschland hat soeben Herr Prof. Niethard [26] Zahlen der AOK vorgelegt, die nach seiner Aussage repräsentativ für alle gesetzlich Krankenversicherten sind. Danach standen in 2011 in Deutschland Revisionen und Primär-Knie-TEPs bereits in einem Verhältnis von 1 : 6, bei einem Anstieg der Revisionen um 43 Prozent seit 2005 und gleichbleibender Primärimplantationsrate. Und für die USA wird ein Anstieg der Revisions-Operationen um sage und schreibe das Fünffache auf dann 300.000 Revisions-Knie-TEPs bis 2030 prognostiziert. Bei gleichbleibender Primärimplantationsrate würde das auf ein Verhältnis von Revisions-TEP zu Primär-TEP von dann circa 1 : 2 hinauslaufen [5]. Ist es da nicht verständlich, dass immer mehr medizinische Fachrichtungen außerhalb der Orthopädie und Unfallchirurgie [5, 15] hinterfragen, ob die Knieendoprothetik nun Teil der Lösung oder Teil des Problems ist?

Die statistischen Daten liegen auf dem Tisch, die Unterschiede innerhalb Europas sind so schwerwiegend, dass sie



**Abb. 1** Patienten und Methoden

## Aus unserem Fach

nicht einfach mit Erhebungsmängeln seitens der OECD erklärt werden können. In Deutschland werden, regional durchaus unterschiedlich, etwa doppelt so viele Knie-TEPs implantiert wie im europäischen Vergleich. Hierfür gibt es viele verschiedene Gründe [26]. Eine „Schuld“-Zuweisung an Einzelne bringt uns nicht weiter. Soll diese Situation sich ändern, also sollen signifikant weniger Knieendoprothesen in Deutschland implantiert werden, dann ist die Einsicht zu einem Kurswechsel notwendig. Die „Orthopädie und Unfallchirurgie“ als Fach muss sich der bedrohlichen Situation offensiv stellen und sich (endlich) an die Spitze einer Knieprothesen-Vermeidungs-Strategie setzen, wie diese bereits von Internisten, Allgemeinmedizinerinnen und Epidemiologen gefordert wird, so zum Beispiel im mehrfach zitierten Review-Artikel des renommierten British Medical Journal [15]. In meinen Augen steht nämlich nichts weniger als das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Entscheidungsfindung auf dem Spiel. Den Verlust dieses Grundvertrauens zu riskieren, hieße die Axt an unseren Berufsstand zu legen.

Persönlich halte ich vier Kernpunkte [15] für unausweichlich:

- Weg von unserer budgetierten konservativen Billig-Medizin hin zu einer zeitaufwändigen, auf die Bedürfnisse des Patienten eingehenden Versorgung, die den Namen auch verdient, die ebenso wie die Knieendoprothesenimplantation adäquat vergütet wird und deren Durchführung und Koordination originäre Aufgaben der Orthopädie sind.
- Verzicht und Anstrengung für unsere Patienten, die zu einer Änderung ihres Lebenswandels überzeugt werden müssen. Die Implantation einer Knie-TEP muss in Zukunft an transparente und klare Voraussetzungen geknüpft werden, nicht nur beim operierenden Arzt, sondern auch beim Patienten, nach dem Motto „Fördern und Fordern“.
- Daher umfassende, nicht-budgetierte Angebote zu Physiotherapie, manueller Therapie, Akupunktur, Orthesenversorgung, psychologischer Betreuung

und diätetischer Anleitung, auch unter stationären Bedingungen.

- Auf dem Weg hin zur Knie-TEP strikte Zurückhaltung bei der Indikationsstellung für eine arthroskopische Operation des „end-stage osteoarthritis“-Kniees entsprechend aktueller Leitlinien (zum Beispiel der AAOS) [13, 27, 28].

Prof. Dr. Jan-Dirk Rompe



Prof. Dr. Jan-Dirk Rompe, Alzey. **Kontakt:** profromp@web.de

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags aus „Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis“ 9/2013, S. 414–419

### LITERATUR

- 1 [www.tagesschau.de/ausland/zu-viele-operationen100.html](http://www.tagesschau.de/ausland/zu-viele-operationen100.html)
- 2 <http://daserste.ndr.de/guentherjauch/guentherjauch317.html>
- 3 [www.dgou.de/de/presse/Endoprothetische\\_Versorgung\\_mit\\_falschem\\_Tenor.html](http://www.dgou.de/de/presse/Endoprothetische_Versorgung_mit_falschem_Tenor.html)
- 4 Kumar A, Schönstein M: Managing hospital volumes – Germany and experiences from OECD countries. OECD Paris, 2013
- 5 Bhandari M et al.: Clinical and Economic Burden of Revision Knee Arthroplasty. Clin Med Insights Arthritis Musculoskeletal Disord 2012; 5: 89–94
- 6 [www.daserste.de/information/reportagedokumentation/dokus/sendung/wdr/2012/vorsicht-operation-130114-104.html](http://www.daserste.de/information/reportagedokumentation/dokus/sendung/wdr/2012/vorsicht-operation-130114-104.html)
- 7 [www.seiten.faz-archiv.de/fas/20130113/sd1201301133751554.html](http://www.seiten.faz-archiv.de/fas/20130113/sd1201301133751554.html)
- 8 Mannion AF et al.: The role of patient expectations in predicting outcome after total knee arthroplasty. Arthritis Res Ther 2009; 11: R139
- 9 Baczko M.: Meine Rechte als Patient. Haufe-Lexware 2011. ISBN: 9783648018613
- 10 Gudbergesen H et al.: Weight loss is effective for symptomatic relief in obese subjects with knee osteoarthritis independently of joint damage severity assessed by highfield MRI and radiography. Osteoarthritis Cartilage 2012; 20: 495–502
- 11 Diehl P et al.: Konservative Therapie der Gonarthrose. Orthopäde 2013; 42: 125–139
- 12 Knorpelkuren: Chondroitin unwirksam. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: C58
- 13 AAOS: Treatment of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty). Full guideline. 2008
- 14 Derry S et al.: Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012
- 15 Bennell KL et al.: Management of osteoarthritis of the knee. BMJ 2012; 345: e4934
- 16 Cascorbi I.: Drug interactions – principles, examples and clinical consequences. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 546–555
- 17 Chan FK et al.: Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. Lancet 2010; 376: 173–179
- 18 Böger RH, Schmidt G in: Schwabe U, Pafrauth D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2006. Heidelberg: Springer, 2007: 457–476
- 19 Naproxen neuer Standard – Zur Kardiotoxizität von Cox-2-Hemmern und herkömmlichen NSAR. a-t 2007; 38: 1–3
- 20 Karner M et al.: Objectifying specific and nonspecific effects of acupuncture: a double-blinded randomised trial in osteoarthritis of the knee. Evid Based Complement Alternat Med 2013; 2013: 427265
- 21 Bellamy N et al.: Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev 2009
- 22 Rutjes AW et al.: Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2012; 157: 180–191.
- 23 Navarro-Sarabia F et al.: A 40-month multicentre, randomised placebo-controlled study to assess the efficacy and carry-over effect of repeated intra-articular injections of hyaluronic acid in knee osteoarthritis: the AMELIA project. Ann Rheum Dis 2011; 70: 1957–1962
- 24 Arthur CH et al.: Ten-year results of the Press Fit Condylar Sigma total knee replacement. Bone Joint J 2013; 95-B: 177–780
- 25 Genêt F et al.: Change of impairment, disability and patient satisfaction after total knee arthroplasty in secondary care practice. Ann Readapt Med Phys 2008; 51: 671–676.
- 26 Niethard F: Implantieren wir wirklich zu viel? Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten. 2013; 2: 13–15
- 27 Howell SM: The role of arthroscopy in treating osteoarthritis of the knee in the older patient. Orthopedics 2010; 33: 652
- 28 Laupattarakasem W et al.: Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2008



Foto: IGOST

Epidural-perineurale Injektion nach Krämer

## STRAHLENFREIE PERIRADIKULÄRE THERAPIE

## PRT sichern – orthopädische Schmerztherapie ausbauen

Im Umgang mit der periradikulären Therapie (PRT) bestehen bei Krankenkassen und Patienten aktuell große Unklarheiten. Gemeinsam bieten BVOU und IGOST in Kooperation mit der DGOOC und der DGOU jetzt konkrete Hilfestellung für das Fachgebiet und seine Patienten. Dazu hat eine Arbeitsgruppe ihre Arbeit aufgenommen, bei der die Fäden zusammenlaufen und an die sich Orthopäden und Unfallchirurgen ab sofort wenden können.

Die Arbeitsgruppe Schmerztherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie hat ein Knäuel an Problemen zu entwirren –

dies ist eine der ersten Aufgaben für Dr. Stefan Heidl, Dr. Christian Baumgart für den BVOU in Kooperation mit Dr. Corde-

lia Schott, Präsidentin der IGOST (Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V.).

### FAKTENCHECK

- **Problem „Flaschenhals“:** Seit dem 1. April ist es Pflicht, den Patienten über einen Arzt mit Zusatzbezeichnung Schmerztherapie bzw. über eine Schmerzzambulanz einer CT-gestützten PRT zuzuführen, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen. Es gibt circa 1.500 Ärzte mit dieser Zusatzbezeichnung. Zudem dürfen diese im Rahmen der Vereinbarung GKV-seitig nicht mehr als 300 Patienten pro Quartal und Therapeut behandeln. Ein Orthopäde betreut im gleichen Zeitraum bis zu ca. 1.600 Patienten (Fachgruppendurchschnitt). Die PRT unter CT **müssen** gemäß Richtlinie (keine Leitlinie) in einem multimodalen Konzept eingebunden sein. KV-seitig ist multimodal nicht eindeutig definiert und die Honorierung nicht geklärt.
- **Off-Label-Use** – zweierlei Maß: Beide Methoden, die CT- wie die nicht-CT-gestützte PRT, setzen für Injektionen an der Nervenwurzel in der Regel eine Mischung aus Lokalanästhetikum und Kortison ein. Dies unterliegt dem Off-Label-Use. Doch bei der CT-Methode tragen die Kassen zu ihren Lasten oftmals die Kosten, bei der klassischen Variante nicht.
- **Qualität der Injektionstechniken:** Im Sinne der Strahlenhygiene zugunsten der Patienten schult alleine die IGOST als größte deutsche orthopädisch-unfallchirurgische Schmerzgesellschaft seit mehr als 15 Jahren in differenzierten Injektionskursen Fach- und Assistenzärzte in verschiedensten und bewährten Techniken, die der gebotenen Strahlenvermeidung Rechnung tragen.

Aktuell liegt der Fokus der Arbeitsgruppe auf dem Ausbau der PRT im Fachgebiet OU. Genauer: der nicht computertomografisch (CT)-gestützten, nicht strahlenbelastenden Anwendungsform der PRT. Diese etablierte, den Orthopäden/Unfallchirurgen im Rahmen ihrer Facharzt Ausbildung vermittelte Behandlungsmethode ist seit dem 1. April 2013 notwendiger denn je für den spezifischen Rückenschmerzpatienten (siehe Kasten „Faktencheck“). Die radiologisch durchgeführte CT-gestützte PRT wird – politisch gewollt – durch eine Mengensteuerung zu einem Flaschenhals. Lange Wartezeiten – und damit auch lange Arbeitsausfalltage – für den schmerzgeplagten Patienten sind die Konsequenz. Die Vorteile der klassischen, konservativen Injektionstechnik bei PRT

## Aus unserem Fach

### AG SCHMERZTHERAPIE IN DER ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE



Dr. Stefan Heidl,  
stellv. BVOU-  
Landesvorsitzender  
Westfalen-Lippe,  
Bezirksvorsitzender  
Münster, IGOST



Dr. Christian Baumgart,  
Verwaltungs-  
stellenvorsitzender  
Münster des BVOU,  
Wissenschaftlicher  
Beirat IGOST



Dr. Cordelia Schott,  
Präsidentin der IGOST

In Kooperation mit DGOOC  
und DGOU

E-Mail: [bvou@bvou.net](mailto:bvou@bvou.net)  
und/oder [post@igost.de](mailto:post@igost.de)

liegen auf der Hand: schnelle Hilfe für den Patienten mit der Folge geringerer Arbeitsausfalltage und in der Regel keine Strahlenbelastung. Die Arbeitsgruppe prägte dafür die Beschreibung: „Injektionen mittels anatomisch-palpatorischer Landmarken statt GPS – denn wer sich in der Großstadt auskennt, braucht keine Navigation.“ Doch OU steht vor zwei Problemen:

- Die strahlenbelastende CT-gesteuerte Methode wird durch die Kostenträger zunehmend beworben und den Patienten ein Maß an Sicherheit vermittelt, die nicht besteht. Vielmehr wird unnötig ionisierende Strahlung appliziert. Des Weiteren entstehen unnötig hohe Kosten.
- Wie bei der CT-gestützten PRT schwebt auch über der nicht strahlenbelastenden PRT nach anatomischen Landmarken das Damoklesschwert des Off-Label-Use (Stichwort Kortison). Erschwert wird dies durch eine, vorsichtig formuliert, unklare Haltung der Krankenkassen im Umgang mit der Off-Label-Use Thematik.

Die Arbeitsgruppe Heidl/Baumgart/Schott hat deshalb folgende Maßnahmen ergriffen:

- Off-Label-Use: **Ein Leitfaden** klärt auf, wie ohne Regressgefahr auch die PRT unter Einsatz von Kortison angewendet werden kann. Der Leitfaden wurde in Form eines Rund-

### RECHTSSICHERHEIT FÜR DIE VERGANGENHEIT ERREICHT

Die Abrechenbarkeit der Kombination eines Kortikoids mit einem Lokalanästhetikum bei der wirbelsäulennahen Applikation ist für die Vergangenheit gesichert. Diese Rechtssicherheit hat die AG Schmerztherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erreicht. Erst zukünftige Fälle dürfen die Krankenkassen herausrechnen bzw. der Orthopäde/Unfallchirurg nicht mehr zu Lasten der GKV abrechnen. Grundsätzlich ist diese Kombination dem Off-Label-Use zuzuordnen. Seit dem Rundschreiben der KBV vom 18. Juni 2013 haben sich bereits neun Kassenärztliche Vereinigungen entschieden, der KBV-Empfehlung zu folgen. Insgesamt herrschen damit nach Ansicht der AG Schmerztherapie klare Verhältnisse für die Vergangenheit und die Zukunft.

schreibens im Februar versandt und kann bei Bedarf nachbestellt werden: [bvou@bvou.net](mailto:bvou@bvou.net).

- Die **Haftpflicht** deckt in der Regel die Anwendung ab, wenn die aus dem Rundschreiben zu entnehmenden Empfehlungen eingehalten werden. Dies hat der BVOU in Bezug auf die von ihm über die Funk-Gruppe (Sparkassenversicherung) angebotene Versicherung abgeklärt.
- Die Arbeitsgruppe klärt auf Wunsch **in den Ländern vor Ort** die Fragen rund um PRT.

- Probleme der Patienten wie auch der Orthopäden/Unfallchirurgen im Kontakt mit den Krankenkassen sollen der Arbeitsgruppe gemeldet werden → [bvou@bvou.net](mailto:bvou@bvou.net), [post@igost.de](mailto:post@igost.de). Die Arbeitsgruppe hat Lösungsvorschläge parat.
- Die **Aufklärungs-Kampagne** für die breite Öffentlichkeit „Es geht auch ohne Strahlung“ soll Patienten informieren und wird in mehreren Medien publiziert.

Für die Arbeitsgruppe ist die PRT die Spitze des Eisberges. An diesem Beispiel wird exemplarisch deutlich, welchen Stellenwert unser Fach in der Behandlung spezifischer Rückenschmerzen traditionell hat. Die orthopädische Schmerztherapie ist ein Dauerthema und muss auch in der zukünftigen Weiterbildungsordnung der OU verankert, gestärkt und ausgebaut werden.

Joachim Stier



Joachim Stier, freier  
Journalist, Aachen/Berlin





Foto: Fotolia

STRAHLENSCHUTZ

# Fachkunde nach Röntgenverordnung

Die Richtlinien zum Erwerb der Fachkunde nach Röntgenverordnung werden immer komplizierter. Sie sollten prüfen, nach welcher Fassung der Fachkunde-Richtlinie und für welches Anwendungsgebiet Ihre Fachkunde bescheinigt wurde. Nach Möglichkeit sollten Sie die Fachkunde für alle Anwendungsgebiete erwerben, die in der Orthopädie/Unfallchirurgie bedeutsam sind (Notfalldiagnostik, Skelett, Kinder, Intervention etc.).

Der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz wird von der Röntgenverordnung (RöV) und der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz geregelt. Über die Jahre gibt es nun verschiedene Richtlinien Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz, nach denen die Fachkunde erworben wird.

Entsprechend den verschiedenen Richtlinien werden immer andere Anwendungsgebiete definiert. Es ist nun wichtig, die Fachkunde in möglichst allen für die Orthopädie/Unfallchirurgie bedeutsamen Anwendungsgebieten der jeweiligen Richtlinie zu erwerben.

Folgende Anwendungsgebiete gibt es – nach zeitlicher Abfolge der Fachkunde-Richtlinien aufgelistet:

**1.** Besitz einer Fachkunde Röntgendiagnostik in den Gebieten Chirurgie oder Orthopädie bereits **vor dem 30. April 2003** (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde nach der Röntgenverordnung vom 8. Januar 1987)

Es gibt keine Differenzierung nach Anwendungsgebieten. Der fachkundige Teilradiologe besitzt damit die Fachkunde in allen

folgenden Anwendungsgebieten in den Gebieten Chirurgie oder Orthopädie.

**2.** Beginn des Sachkundeerwerbs **zwischen dem 30. April 2003 und dem 10. April 2006** (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 30. April 2003 und der Fachkunde-Richtlinie Medizin vom 1. Juli 1991).

4.1.1.2 Notfalldiagnostik (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen)  
Richtzeit 12 Monate

4.1.1.4 Röntgendiagnostik der Extremitäten  
Richtzeit 12 Monate

4.1.1.7 Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts (Skelett = Thorax / Extremitäten / Schädel / Gesichtsschäden mit Nasennebenhöhlen)  
Richtzeit 18 Monate

Mögliche Verkürzungen:

4.1.1.2 Notfall + 4.1.1.4 Extremitäten  
= 12 Monate + 6 Monate

4.1.1.2 Notfall + 4.1.1.4 gesamtes Skelett  
= 12 Monate + 12 Monate

4.1.1.11 Röntgendiagnostik eines speziellen Organsystems  
Wirbelsäule  
Richtzeit 12 Monate

**3.** Beginn des Sachkunderwerbs **zwischen dem 10. April 2006 und dem 1. September 2012** (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 30. April 2003 und der Fachkunde-Richtlinie Medizin vom 22. Dezember 2005).

### Anforderungen zum Sachkunderwerb für Ärzte für die verschiedenen Anwendungsgebiete

- 1 Notfalldiagnostik bei Erwachsenen und Kindern (einfache Röntgendiagnostik im Rahmen der Erstversorgung ohne CT): Schädel-, Stamm- und Extremitätenskelett, Thorax, Abdomen  
Dokumentierte Untersuchungen: 600 (in angemessener Wichtung)  
Mindestzeit: 12 Monate
- 2 Röntgendiagnostik eines Organsystems/Anwendungsbereiches bei Erwachsenen und Kindern (siehe auch zusätzliche Forderungen nach Spalte 1 Nr. 6)  
3.1 Skelett (Schädel, Stamm- und Extremitätenskelett in angemessener Gewichtung)  
Dokumentierte Untersuchungen: 1200  
Mindestzeit: 12 Monate
- 3 Röntgendiagnostik in einem sonstigen begrenzten Anwendungsbereich, zum Beispiel Schädel diagnostik in der HNO- oder Zahnheilkunde, durchleuchtungsgestützte Endoskopie, einfache intraoperative Röntgendiagnostik, Thoraxdiagnostik auf Intensivstation, weibliche Genitalorgane, Venensystem und andere begrenzte Anwendungsbereiche  
Dokumentierte Untersuchungen 100  
Mindestzeit: 6 Monate
- 4 Anwendung von Röntgenstrahlung bei Kindern in einem speziellen Anwendungsbereich bzw. mit speziellen Fragestellungen (zum Beispiel orthopädische oder urologische Fragestellungen) in Verbindung mit Spalte 1 Nr. 3 oder 4 dieser Tabelle  
Dokumentierte Untersuchungen: 100  
Mindestzeit: 6 Monate
- 5 Anwendung von Röntgenstrahlung bei Interventionen in Verbindung mit Spalte 1 Nr. 1 oder einem Anwendungsgebiet der Spalte 1 Nr. 3 dieser Tabelle (die Fachkunde im Strahlenschutz bezieht sich dabei jeweils nur auf Interventionen des Anwendungsgebietes)

Dokumentierte Untersuchungen: 100  
Mindestzeit (Monate): 6

**4.** Beginn des Sachkunderwerbs **nach dem 1. September 2012** (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 30. April 2003 und Fachkunde-Richtlinie Medizin vom 27. Juni 2012)

- Rö2 Notfalldiagnostik bei Erwachsenen und Kindern – Röntgendiagnostik ohne CT im Rahmen der Erstversorgung: Schädel-, Stamm- und Extremitätenskelett, Thorax, Abdomen  
Dokumentierte Untersuchungen: 600 (in angemessener Gewichtung)  
Mindestzeit: 12 Monate
- Rö3 Röntgendiagnostik eines Organsystems/Anwendungsgebietes bei Erwachsenen sowie Kindern (bei Kindern mit den zusätzlichen Anforderungen nach Rö6)  
Rö3.1 Skelett (Schädel, Stamm- und Extremitätenskelett in angemessener Gewichtung)  
Dokumentierte Untersuchungen: 1000  
Mindestzeit: 12 Monate
- Rö4 Röntgendiagnostik in einem sonstigen begrenzten Anwendungsbereich – zum Beispiel Schädel diagnostik in der HNO- oder Zahnheilkunde, durchleuchtungsgestützte Endoskopie, einfache intraoperative Röntgendiagnostik, Thoraxdiagnostik auf der Intensivstation, Nieren und ableitende Harnwege, weibliche Genitalorgane, Venensystem und andere begrenzte Anwendungsgebiete  
Dokumentierte Untersuchungen: je 100  
Mindestzeit: 6 Monate
- Rö6 Röntgendiagnostik bei Kindern in einem speziellen Anwendungsgebiet bzw. mit speziellen Fragestellungen (zum Beispiel orthopädische oder urologische Fragestellungen) in Verbindung mit Rö3 oder Rö4  
Dokumentierte Untersuchungen: 100  
Mindestzeit: 6 Monate
- Rö7 Anwendung von Röntgenstrahlung bei fluoroskopischen Interventionen an einem Organsystem - nur in Verbindung mit Rö1, Rö4 oder einem Anwendungsgebiet aus Rö3  
Dokumentierte Untersuchungen: 100  
Mindestzeit: 6 Monate
- Rö9 Digitale Volumetomografie (DVT) und sonstige tomografische Verfahren zur Hochkontrastbildgebung außerhalb der Zahnheilkunde, ohne CT – nur in Verbindung mit dem jeweiligen Organsystem/Anwendungsgebiet aus Rö3 oder Rö4  
Rö9.2 Sonstige tomografische Verfahren ohne CT – zum Beispiel Cone-Beam-Verfahren, 3D-Bildgebung an Skelett, Gefäßen oder Organen mit fluoroskopischen C-Bögen  
Dokumentierte Untersuchungen: 100  
Mindestzeit (Monate): 6

Rö10 **Knochendichtemessung** mit Röntgenstrahlung\* – mittels Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA/DEXA) oder peripherer quantitative Computertomografie (pQCT), ohne Computertomografie (QCT)

Dokumentierte Untersuchungen: 20

Mindestzeit: 2 Monate

### Beginn der Sachkundeerwerbs

Der Sachkundeerwerb beginnt mit dem Abschluss des Kenntniskurses (siehe unten). Die geforderten Mindestzeiten werden erst nach dem auf dieser Bescheinigung angegebenen Datum des Kenntniskurses anerkannt.

Weitere Informationen (zum Beispiel Verkürzungen):

[www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev\\_hinweise.cfm](http://www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev_hinweise.cfm)

### Wie stelle ich den Antrag auf die Bescheinigung der Fachkunde?

Über das Vorgehen für Ärzte, bei denen der Beginn des Sachkundeerwerbs **vor dem 10. April 2006** liegt, wird aus Gründen der Einfachheit hier nicht berichtet. Informationen hierzu finden sich zum Beispiel unter

[www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev\\_hinweise.cfm](http://www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev_hinweise.cfm)

Der Antrag erfolgt formlos an die zuständige Stelle, der regional zuständigen Landesärztekammer (oder auch dem Gewerbeaufsichtsamt).

Ärzte, bei denen der Beginn des Sachkundeerwerbes **zwischen dem 10. April 2006 und dem 1. September 2012** liegt, müssen dem Antrag beifügen:

- Sachkundezeugnis (bescheinigt Mindestzeiten und Mindestzahlen) (siehe oben)  
Vorlage für das Sachkundezeugnis siehe: [www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev\\_hinweise.cfm](http://www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev_hinweise.cfm)
- Kenntniskurs nach Anlage 7.1 (acht Stunden)
- Grundkurs im Strahlenschutz nach Anlage 1 Nr. 1.1 (Dauer 24 Stunden einschließlich praktischer Übungen und Prüfung)
- Spezialkurse im Strahlenschutz nach Anlage 2
  - Nr. 2.1 Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung (Diagnostik) (Dauer 20 Stunden einschließlich Übungen und Prüfung)
  - Nr. 2.3 Spezialkurs Interventionsradiologie (Dauer acht Stunden einschließlich Prüfung)

Die Kursteilnahme darf nicht länger als fünf Jahre zurückliegen.

Ärzte, bei denen der Beginn der Tätigkeit des Sachkundeerwerbes **nach dem 1. September 2012** liegt, müssen dem Antrag beifügen:

- Sachkundezeugnis (bescheinigt Mindestzeiten und Mindestzahlen) (siehe oben)  
Vorlage für das Sachkundezeugnis siehe: [www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev\\_hinweise.cfm](http://www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev_hinweise.cfm)
- Kenntniskurs nach Anlage 7  
sieben Kurse zum Erwerb der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für Ärzte

7.1 Kurs für Ärzte, Dauer mindestens acht Stunden, bezogen auf das jeweilige Anwendungsgebiet, davon vier Stunden theoretische Unterweisung (mit Bescheinigung)

- Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte und Medizinphysik-Experten nach Anlage 1 (Dauer einschließlich praktischer Übungen und Prüfung 24 Stunden)
- Spezialkurse nach Anlage 2
  - 2.1 Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung (Diagnostik) (Dauer einschließlich Übungen und Prüfung 20 Stunden)
  - 2.3 Spezialkurs Interventionsradiologie (Dauer einschließlich Prüfung acht Stunden)
  - 2.4 Spezialkurs Digitale Volumetomografie und sonstige tomografische Verfahren für Hochkontrastbildgebung außerhalb der Zahnmedizin (Dauer einschließlich Prüfung acht Stunden)
  - 2.5 Kurs im Strahlenschutz für Ärzte bei der Anwendung von Röntgenstrahlung zur Knochendichtemessung (Dauer einschließlich Übungen und Prüfung zehn Stunden)

Das Zeugnis über den Erwerb der Sachkunde stellt ein für die Vermittlung der Sachkunde verantwortlicher Arzt aus. Jeder Arzt kann die Sachkunde für die Anwendungsgebiete bescheinigen, die er selber hat.

Erschwerend ist zu erwarten, dass in der Zukunft ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis von den Ärzten gefordert wird, die das Zeugnis über den Erwerb der Sachkunde ausstellen möchten. Damit wird der Zugang zur Sachkunde nach Röntgenverordnung und damit zum Röntgen sicherlich erheblich eingeschränkt werden. Bei der Bescheinigung der Sachkunde ist darauf zu achten, dass nach Möglichkeit **alle** für die Orthopädie/Unfallchirurgie bedeutsamen Anwendungsgebiete bescheinigt werden. Nach Vorlage der Unterlagen werden die Kenntnisse im Strahlenschutz von der zuständigen Stelle (Landesärztekammer) geprüft und bescheinigt.

Weitere Hinweise zum Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV finden Sie zum Beispiel unter:

[www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev\\_hinweise.cfm](http://www.blaek.de/fortbildung/fachkunden/roev_hinweise.cfm)

### Beispiel: 3D-Bildwandler

Die aktuelle Fachkunde-Richtlinie vom 27. Juni 2012 enthält ein neues Anwendungsgebiet: Rö9.2 Sonstige tomografische Verfahren ohne CT – zum Beispiel Cone-Beam-Verfahren, 3D-Bildgebung an Skelett, Gefäßen oder Organen mit fluoroskopischen C-Bögen. Für den Betrieb eines 3D-Bildwandlers ist die Fachkunde in diesem Anwendungsgebiet erforderlich.

### Wer besitzt die Fachkunde in diesem Anwendungsgebiet (im Sinne eines Bestandsschutzes)?

- Wer bereits vor dem 30. April 2003 im Besitz einer Fachkunde Röntgendiagnostik in den Gebieten Chirurgie oder Orthopädie war (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde nach der Röntgenverordnung vom 8. Januar 1987).

## Aus unserem Fach

- Wer seinen Sachkundeerwerb zwischen dem 30. April 2003 und dem 10. April 2006 begonnen hat und bereits eine Fachkunde für das Anwendungsgebiet Nr. 4.1.1.4 (...) oder Nr. 4.1.1.7 (...) besitzt (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 30. April 2003 und der Fachkunde-Richtlinie Medizin vom 1. Juli 1991).
- Wer seinen Sachkundeerwerb zwischen dem 10. April 2006 und dem 1. September 2012 begonnen hat und bereits eine Fachkunde für das Anwendungsgebiet Nr. 4 (...) besitzt (das heißt Erwerb der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 30. April 2003 und der Fachkunde-Richtlinie Medizin vom 22. Dezember 2005).

**Wer muss dokumentierte Untersuchungen und Mindestzeiten für dieses Anwendungsgebiet sowie den Spezialkurs Digitale Volumetomografie und sonstige tomografische Verfahren für Hochkontrastbildung außerhalb der Zahnmedizin nachweisen?**

- Wer seinen Sachkundeerwerb nach dem 1. September 2012 begonnen hat.

### Fazit

Schauen Sie sich Ihre Fachkunde-Bescheinigung an. Nach welcher Fassung der Fachkunde-Richtlinie wurde Ihre Fachkunde bescheinigt? Für welches Anwendungsgebiet besitzen Sie eine Fachkunde?

Erwerben Sie die Fachkunde nach der Röntgenverordnung nach Möglichkeit für alle für die Orthopädie/Unfallchirurgie bedeut-

samen Anwendungsgebiete (Notfalldiagnostik, Skelett, Kinder, Intervention etc.). Sorgen Sie dafür, dass die Ärzte an Ihrer Einrichtung (ob Klinik oder Praxis) die Fachkunde nach der Röntgenverordnung nach Möglichkeit für alle für die Orthopädie/Unfallchirurgie bedeutsamen Anwendungsgebiete (Notfalldiagnostik, Skelett, Kinder, Intervention etc.) erwerben.

Die Fachkunde nach RöV ist nicht gleich der Weiterbildung in der Röntgendiagnostik entsprechend der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern. Das Sachkundezeugnis ist kein Weiterbildungszeugnis, da der Sachkunde-Aussteller nur selber die Fachkunde haben muss und kein Weiterbilder im Sinne der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern ist. Der Nachweis einer Weiterbildung im Sinne der Ärztekammern ist aber erforderlich, um eine KV-Zulassung oder eine Weiterbildungsbefugnis für die Röntgendiagnostik zu erhalten.

Es ist erschütternd, wie die immer komplizierter werdenden Fachkunde-Richtlinien den deutschen Regulierungswahn widerspiegeln. Ein Nutzen dieser Entwicklung ist nicht nachweisbar.

*Dr. Axel Goldmann*



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

INTERVIEW

# Orthopäden zeigen Flagge in der Rheumatologie



Im Juni 2012 startete die Sektion Orthopädische Rheumatologie (ORh) des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) das dreigliedrige Kurssystem zur Früherkennung und Frühbehandlung in der Rheumatologie. Dies ist für Sektionsleiter Dr. Uwe Schwokowski, niedergelassener Orthopäde und Orthopädischer Rheumatologe in Ratzeburg, Anlass, eine Bilanz zu ziehen.

**Der rheumatologische Versorgungskreis ist Teil der Weiterbildung im Fach Orthopädie/Unfallchirurgie. Warum ist jetzt ein zusätzliches Engagement notwendig?**

**Dr. Uwe Schwokowski:** Es hat im BVOU schon immer Aktivitäten in Sachen Rheumatologie gegeben. Es fehlte aber das Verbindende, die gemeinsame Klammer des Engagements für eine orthopädische Rheumatologie. Deshalb wurde im Februar 2010 unter Federführung der Orthopädischen Rheumatologen Dr. Martin Talke aus Berlin, Prof. Dr. Wolfgang Rütger aus Hamburg und mir die Sektion Orthopädische Rheumatologie im Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie als Koordinator der Aktivitäten gegründet.

Zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin 2010 hatte ich Gelegenheit, in der Eröffnungspressekonferenz die „Qualitätsoffensive Orthopädische Rheumatologie“ vorzustellen. Die Offensive beinhaltet ein Fortbildungsprogramm für rheumatologisch interessierte Orthopäden nach dem Motto „Früharthritis in Orthopädischer Hand“. Neben den regelmäßigen Fortbildungen der einzelnen Qualitätsnetze und den Rheuma-Updates zu den großen Kongressen werden zertifizierte Kurse in einem Drei-Stufen-Programm angeboten, um neben der Früherkennung auch die Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen zu gewährleisten. Seitdem sind wir auf vielen Ebenen aktiv – auch auf dem glatten gesundheitspolitischen Parkett. Hierbei erhalten wir die Unterstützung des BVOU in Person des Vizepräsidenten Dr. Andreas Gassen.



Dr. Uwe Schwokowski, Ratzeburg, leitet die BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie.

**Welches sind Ihre Ziele?**

Die Sektion ORh aktiviert die Fachärzte für Orthopädie wieder vermehrt für die entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Diese Patienten befinden sich täglich in den orthopädischen Praxen. Das bekannte „Versorgungsdefizit in der Rheumatologie“, welches durch eine zu geringe Zahl internistischer Rheumatologen besteht (Raspe et al. 2008), kann durch die Einbindung der Fachärzte für Orthopädie und die orthopädischen Rheumatologen deutlich gemindert werden. Die frühe Therapie ist in der Rheumatologie von entscheidender Bedeutung, um Spätschäden auch im Sinne

einer Systemerkrankung zu vermeiden. Da die internistischen Rheumatologen auf Grund ihrer geringen Anzahl (ca. 650) nicht in der Lage sein können, Patienten mit entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates zeitnah zu behandeln (Wartezeiten von drei bis sechs Monaten), sind die Orthopäden gefordert, diese Lücke zu schließen und nicht nur zwischen entzündlich und nicht entzündlich zu selektieren, sondern bei Bedarf auch eine frühe Therapie der entzündlichen Erkrankungen einzuleiten. Eine schnellstmögliche Kooperation mit einem Rheumatologen ist weiterhin anzustreben.

**Wie sind die Aktivitäten der Sektion ORh organisiert?**

Zum einen im bereits erwähnten Kurssystem – dem Dreh- und Angelpunkt unserer Arbeit. Diese Fortbildungen werden seit Juni 2012 über die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) zertifiziert und haben sich zu einer wahren Erfolgsgeschichte entwickelt. Bisher wurden 13 Kurse I „Früherkennung rheumatischer Erkrankungen“ mit fast 400 Teilnehmern absolviert, sowie fünf Kurse „Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen“ mit 155 Teilnehmern. Weitere zwei Kurse I und sechs Kurse II sind für das 2. Halbjahr 2013 bereits fest eingeplant.

Die zusätzliche Teilnahme an speziellen Fortbildungen, die über die ADO zertifiziert werden, sind erforderlich, um den Abschlusskurs III, der ab 2014 geplant ist, durchzuführen. Diese zusätzlichen Fortbildungen werden über die Qualitätsnetze der einzelnen Bundesländer oder

## Aus unserem Fach

während der großen Kongresse ( VSOU, DKOU, NOUV, DGRh ) angeboten. Das gesamte Fortbildungsprogramm wird 50 Stunden beinhalten und soll dazu beitragen, dass die Orthopäden als „rheumatologisch Vorgebildete“ die Versorgung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in Deutschland deutlich verbessern können.

### Wie ist die Sektion ORh regional aufgestellt?

In den einzelnen Bundesländern wurden in den folgenden Jahren nach Berlin und Schleswig-Holstein weitere Qualitätsnetze Orthopädische Rheumatologie gegründet, die letzten weißen Flecken in Sachsen (10. Juli), Mecklenburg Vorpommern (31. August) und Thüringen werden kurzfristig geschlossen sein. Inzwischen sind ca. 300 Orthopäden/Orthopädische Rheumatologen Mitglied der Qualitätsnetze, einsehbar unter: [www.kompetenznetz-ou.de](http://www.kompetenznetz-ou.de)

### Es wurde ein weiteres Themenfeld erschlossen: der Morbus Bechterew.

Die Diagnosestellung der ankylosierenden Spondylitis („Morbus Bechterew“) dauert im Schnitt in Deutschland immer noch acht bis neun Jahre (Zeller et al 2012 ). Die Sektion ORh im BVOU hat sich in Kooperation mit der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB)

und ihrem Geschäftsführer Ludwig Hammel, Schweinfurt, zum Ziel gesetzt, diese lange Zeit bis zur Diagnose deutlich zu verkürzen. Die Aktion „Den Bechterew übersehe ich nicht“ dient dazu, die Orthopäden durch gezielte Fortbildungen und Praxis-Informationsmaterial in die Frühdiagnostik dieses Krankheitsbildes, die axiale Spondyloarthritis, einzubeziehen und durch frühe gezielte Behandlungen den meist sehr jungen Patienten einen langen Leidensweg zu ersparen.

### Wie geht es weiter?

Auch im Jahr 2014 wird die Sektion ORh im BVOU im Rahmen der Qualitätsoffensive Orthopädische Rheumatologie aktiv sein, und durch verschiedene Fortbildungen und Aktionen die Kompetenz und Qualität der Orthopäden in der Rheumatologie stärken. Die große Zahl der Teilnehmer zeigt das gewaltige Interesse, ohne dass es bisher zu einem „Benefit“ der Teilnehmer geführt hat.

### Die politischen Schwerpunkte der Sektion ORh?

Strukturverträge im Rahmen der Früherkennung rheumatischer Erkrankungen sind bislang fast nur mit Hausärzten und internistischen Rheumatologen angestoßen worden. Der Facharzt für die Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Orthopäde, wird nicht berücksichtigt.

Auch der Orthopädische Rheumatologe mit gezielter Weiterbildung wird nicht einbezogen. Deshalb unser dringlicher Appell an die Krankenkassen, KVen und die KBV: kein Strukturvertrag zur Früherkennung rheumatischer Erkrankungen ohne Orthopäden und orthopädische Rheumatologen. Darüber hinaus müssen wir auch auf der Honorarseite aktiv werden. Entsprechende Gespräche sind zu führen. Budgetdruck und Regressängste müssen dringend abgebaut werden.

Die Orthopäden und orthopädischen Rheumatologen haben ihre „Hausaufgaben“ gemacht und werden diese im Rahmen der Qualitätsoffensive auch weiter machen. Jetzt sind die Kassen und die Politik gefordert, diese Leistungen entsprechend zu honorieren, damit wir langfristig eine deutlich verbesserte Versorgung von Rheumapatienten in Deutschland erreichen können.

*Interview: Joachim Stier*



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin



**Modernes Fahrzeug:** Bei der technisch-medizinischen Rettung ist neues Wissen gefragt.

RETTUNGSDATENBLÄTTER

## Schnelle Hilfe für eingeklemmte Fahrzeug-Insassen

Die Konstruktion moderner PKWs kann die technische Rettung eingeklemmter Insassen erschweren. Mit papierernen und digitalen Rettungsdatenblättern stehen innovative Lösungen bereit. Diese gilt es jetzt als routinemäßige Handlungsoption in den Köpfen der Retter, in der Praxis und in der Ausbildung zu verankern.

Verkehrsunfälle gehören in Deutschland und Europa zu den häufigsten Ursachen schwerer und tödlicher Verletzungen. Die ständige Verbesserung der aktiven und passiven Fahrzeugsicherheit ist für Fahrzeughersteller ein zentraler Bestandteil der Entwicklungsarbeit und konnte in den letzten Jahrzehnten stetig optimiert werden. Für die Rettungskräfte ergeben sich daraus wichtige Konsequenzen hinsichtlich Selbstschutz und der Zugangsmöglichkeiten zum Insassen.

Die von UN und WHO (Decade of Action for Road Safety 2011 – 2020), Europäischer Union (European Road Safety Action Programme 2011 – 2020) und Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Verkehrssicherheitsprogramm 2011) verabschiedeten Programme messen der Schwerverletztenversorgung einen größeren Stellenwert bei als frühere Programme. Dies liegt im großen Potenzial zur weiteren Reduzierung der Zahl getöteter oder dauerhaft behinderter Patienten begründet, wäh-

---

**„Bei vielen schweren Verkehrsunfällen ist eine technische Rettung eingeklemmter Insassen erforderlich. Dabei zählt jede Sekunde. Rettungsdatenblätter helfen dem Retter und seinem Patienten. Nutzen auch Sie solch einheitliche Fahrzeuginformationen, als Fahrer und als Notarzt!“**

Prof. Günter Lob, AG Prävention von Verletzungen der DGU

rend in anderen Bereichen das Potenzial nahezu ausgeschöpft erscheint (zum Beispiel nahezu 100 Prozent Motorradhelmtträger). In diesem Kontext nimmt die präklinische Versorgung eine zentrale Stellung ein. Viele der etablierten Strukturen und Prozesse vom Unfallort bis in den Schockraum haben ein möglichst kurzes Zeitfenster bis zur definitiven Versorgung zum Ziel. Allerdings wird der Phase von der Unfallentstehung bis zur Einleitung der ersten notärztlichen Maßnahmen oft nur wenig Beachtung geschenkt, obwohl hier ein erhebliches ungenutztes Potenzial zur Reduzierung

der Rettungszeit besteht. Auch die EU-weit verfolgte verpflichtende Einführung von E-Call-Systemen (automatische Unfallmelder) zielt auf eine Verkürzung dieses Zeitraums.

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass eine optimierte technische und medizinische Rettung nur durch ein kollegiales und abgestimmtes Herangehen von technischen und medizinischen Rettern erreicht werden kann. Dazu gehören einheitliche Ausbildungsgrundlagen, gleiches Vokabular, Verständnis für die Bedürfnisse der anderen Fachdienste sowie

## Aus unserem Fach

Informationen über das verunfallte Fahrzeug. Wesentliche Aspekte solch fachübergreifender Regelungen sind in der Richtlinie 0601 plus Merkblatt der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Brandschutzes (siehe im Internet unter [www.vfdb.de](http://www.vfdb.de)) dargestellt.

### Eingeklemmte Insassen fordern das gesamte Rettungsteam

Eingeklemmte, schwerverletzte Fahrzeuginsassen stellen eine besondere notfallmedizinische und technische Herausforderung dar. Frühere Untersuchungen der MHH-Unfallforschung zeigten, dass bei zirka zehn Prozent der PKW-Unfälle mit eingeklemmten Insassen zu rechnen ist (Westhoff et al., Chirurg 2007). Unter den polytraumatisierten Patienten war allerdings ein Drittel eingeklemmt. Die Mehrzahl der Unfälle geschieht auf Land-/Kreisstraßen (36 Prozent) oder Bundesstraßen (26 Prozent). Fahrer (70 Prozent) sind deutlich häufiger eingeklemmt als Beifahrer (19 Prozent) oder Fond-Insassen (9 Prozent). In absteigender Reihenfolge waren Verletzungen von Kopf (73 Prozent), Thorax (56 Prozent) und unterer Extremität (55 Prozent) zu verzeichnen. Als häufigster Kollisionsgegner wurden LKW (50 Prozent) und PKW (31 Prozent) dokumentiert. Untersuchungen der Unfallforschung Greifswald (Matthes et al., ZentralblChir 2007) und von Weninger et al. (Resuscitation 2007) unterstreichen die hohe Verletzungsschwere nach Baumunfällen mit über 20 Prozent eingeklemmten Verletzten.

Die Schaffung eines sicheren Zugangs zum Verletzten ist dann *conditio sine qua non*. Die dafür benötigte Zeit ist „verlorene Zeit“, auch die weiteren Befreiungsmaßnahmen sollten schnellstmöglich abgearbeitet werden. Gleichwohl dies schon immer anspruchsvoll für Mensch und Maschine war, macht die fahrzeugspezifische Weiterentwicklung der letzten Jahre einen noch stärker vorausschauenden Einsatz der hydraulischen Rettungsgeräte und gegebenenfalls modifizierte Rettungstechniken notwendig. Hochfeste Werkstoffe (zum Beispiel für Fahrgastzellen) erfordern höhere physikalische Kräfte hydraulischer Rettungsgeräte, Gasgeneratoren von Airbags müssen intakt bleiben, elektrische Leitungen für die zahlreichen Komfortsysteme können zu unvorhersehbaren Schwierigkeiten führen. Es muss betont werden,

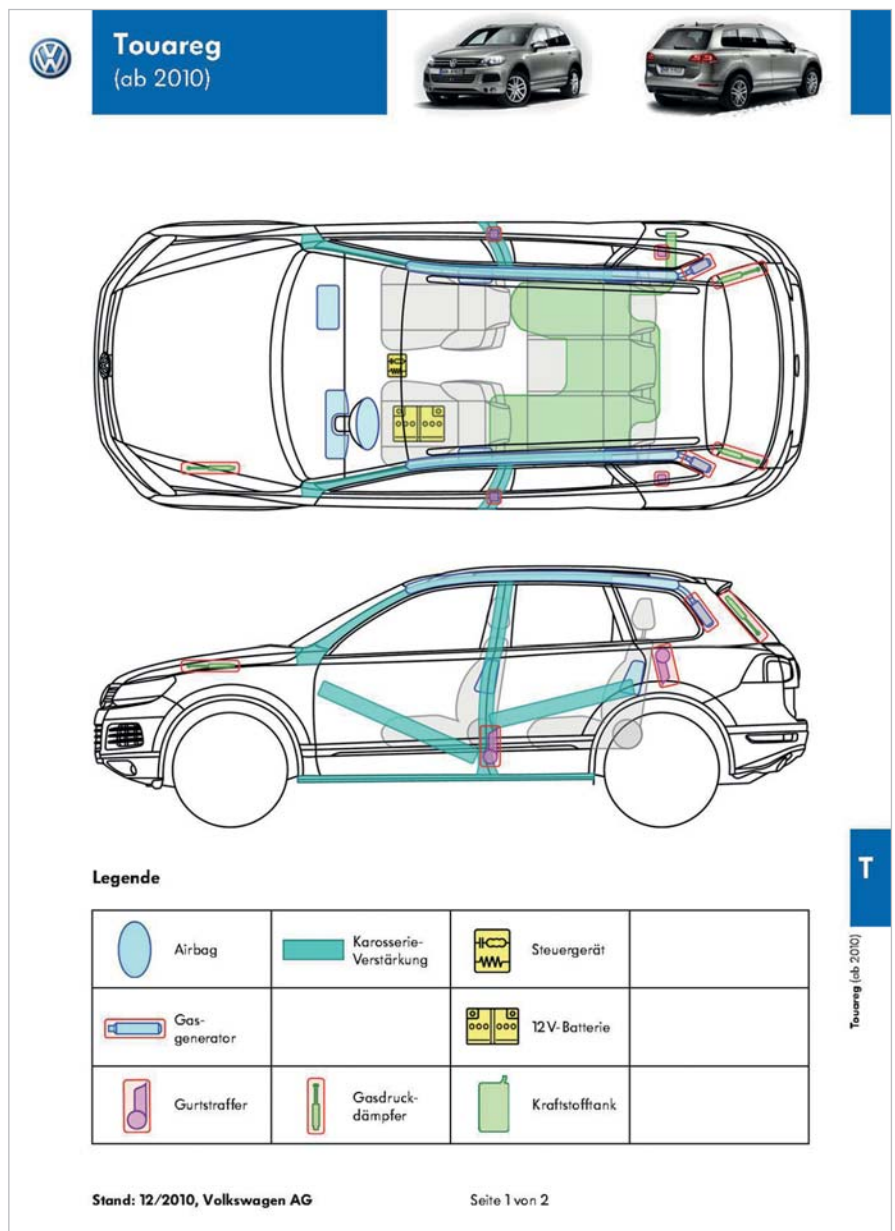
dass die Vielzahl der Neuentwicklungen hinsichtlich Sicherheit und Komfort zu begrüßen ist, jedoch muss sich die technische Rettung darauf einstellen können.

Aufgrund der Vielfalt von Automobilherstellern und Modellen sowie der schnellen Weiterentwicklung moderner Fahrzeuge ist es unerlässlich, dass Feuerwehren und Rettungsdienste ihre Einsatztaktiken und -techniken an die veränderte Fahrzeugtechnik anpassen. Dazu benötigen die Retter an der Einsatzstelle ohne Zeitverlust einheitliche Informationen über den Einbauort von möglichen Gefährdungspunkten, wie Gasgeneratoren

von Airbags, oder über die Platzierung von Energiespeichern (Tanks, Batterien etc.) sowie verstärkter, schwieriger zu trennender Karosseriebauteile.

### Gemeinsame Entwicklung startet im Jahr 2007

In den vergangenen Jahren haben einzelne Automobilhersteller den Rettungsdiensten bereits konzerneigene Fachinformationen zur Verfügung gestellt. Diese Rettungsleitfäden waren zunächst als gedruckte Broschüren bei den jeweiligen Herstellern zu bekommen, später zunehmend in EDV-gestützten Versio-



Beispiel für ein Rettungsdatenblatt (VW Touareg)

T  
Touareg (ab 2010)





iPad-basierte Softwarelösung für Fahrzeuginformationen

nen im Internet abrufbar. Eine zentrale Quelle und einheitliche Gestaltung war allerdings nicht erreicht, was den praktischen Einsatz stark erschwerte. Auch der Stauraum im Feuerwehrfahrzeug und die Wiederauffindbarkeit unter Tausenden von Papierseiten machten einen breiten Einsatz nicht praktikabel. Insbesondere aber waren die Identifizierung von Typ und Baureihe unter Zeitdruck, bei massiven Beschädigungen und im Dunkeln oft nicht sicher möglich, da hier weitreichendes Detailwissen erforderlich ist (zum Beispiel Baujahr, Antriebsart).

So formierten sich Mitte des letzten Jahrzehnts zunächst verschiedene unabhängige Gruppierungen unter Beteiligung von Regierungsbehörden, ADAC und Feuerwehren. Nach intensiven gemeinsamen Planungen wurde dann in 2007 unter Schirmherrschaft des Verbands der Automobilindustrie (VDA) der „Arbeitskreis Retten“ gegründet, in den später unter anderem noch Vertreter der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND), des Deutschen Feuerwehrverbands (DFV) und der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Brandschutzes (vfdB) eingeladen wurden. Ziel des inzwischen fest im VDA etablierten „Arbeitskreises Retten“ ist es, die Rettung von eingeklemmten Insassen aus modernen Fahrzeugen zu vereinfachen.

Aktuell liegen für 95 Prozent aller im Markt verfügbaren Fahrzeuge in

Deutschland einheitliche Fahrzeuginformationen vor, bei Neuwagen sind es nahezu 100 Prozent. Man unterscheidet dabei papierne Rettungsdatenblätter, die vom Fahrer selbst im Pkw platziert werden („ADAC-Rettungskarte“), und digitale Rettungsdatenblätter. Per Kennzeichenabfrage des Unfallfahrzeugs beim Kraftfahrtbundesamt können die auf einem Tablet-PC gespeicherten digitalen Rettungsdatenblätter dem Unfallfahrzeug exakt zugeordnet werden.

#### Schneller Durchblick durch einheitliche Fahrzeuginformationen

Es besteht Konsens über die grundlegenden Eigenschaften, die unabhängig von Herkunft oder Darstellung an „einheitliche Fahrzeuginformationen“ gestellt werden. Sie müssen möglichst kurz und intuitiv erfassbar sein, bei allen Licht- und Witterungsverhältnissen einsetzbar sein, ohne Zeitverlust bei „Indikationsstellung“ vorliegen und folgende Fahrzeugmerkmale darstellen:

- Hinweise auf Hersteller (Logo), Baureihe, Karosserievariante, Antriebs-

art (Hersteller- und Klartextbezeichnung) sowie den Bauzeitraum

- Fahrzeugbilder
- Darstellung spezieller Ausstattungskomponenten:
  - Airbags / Airbagsteuergerät / mechanische Airbagsensoren
  - Gurtstraffer / Automatische Überrollbügel
  - Verstärkungsmaßnahmen durch hochfeste Stähle
  - Energie- bzw. Betriebsmittelspeicher (Batterien etc.)
  - Komponenten alternativer Antriebe (sofern diese zur Deaktivierung o.ä. erforderlich)

Inhalt und Gestaltung der Rettungsdatenblätter sind in Deutschland inzwischen standardisiert, weltweite Standards sind auf Initiative des „Arbeitskreises Retten“ in Entwicklung.

#### ADAC-Rettungskarte: Ausdrucken und hinter Fahrer-Sonnenblende klemmen!

Während sich der „Arbeitskreis Retten“ mit nachweislichem Erfolg dem Aufbau

„Die Voraussetzungen zur Nutzung der Kennzeichenabfrage zur schnellen Zuordnung der richtigen Fahrzeuginformation zum verunfallten Fahrzeug durch die Rettungsdienste sind zu jeder Tages- und Nachtzeit, an jedem Ort in Deutschland politisch und technisch geschaffen und müssen umgehend durch die Kommunen umgesetzt werden.“

Dr. Tim Heyne, Vertreter der DIVI im AK Retten des VDA

## Aus unserem Fach

einer einheitlichen Infrastruktur für die Einsatzkräfte von Feuerwehr und Rettungsdiensten widmete, hat der ADAC mit großem Engagement eine alternative, sofort verfügbare, analoge Lösung verfolgt. Dabei werden die von den Fahrzeugherstellern zur Verfügung gestellten Fahrzeuginformationen quasi als Druckvorlage für die vom ADAC bezeichnete „Rettungskarte“ verwendet. Bei der Rettungskarte handelt es sich also um das Rettungsdatenblatt des jeweiligen Fahrzeugherstellers, welches vom Fahrzeughalter selbst ausgedruckt (unter [www.rettungskarte.de](http://www.rettungskarte.de)) und hinter der Sonnenblende auf der Fahrerseite positioniert wird. Damit steht der Fahrzeughalter in der Pflicht und muss dafür Sorge tragen, dass sich das richtige Dokument im Fahrzeug befindet. Das Vorhandensein der Rettungskarte wird durch einen Aufkleber auf der Windschutzscheibe gezeigt, die Retter wissen also um die vorliegenden Fahrzeuginformationen. Die hinter die Fahrer-Sonnenblende geklemmte Rettungskarte steht den Rettungskräften unmittelbar zur Verfügung, eine unter Zeitdruck durchzuführende Identifizierung des Fahrzeugtyps entfällt.

### Seit 1. Februar 2013: Online-Rettungsdatenblatt verfügbar

Im Allgemeinen wird die Rettungskarten-Initiative des ADAC durch die Rettungskräfte als Übergangslösung betrachtet, solange bis ein fahrerunabhängiges und digitales System flächendeckend verfügbar ist. Tatsächlich ist dieses fertig entwickelt, den Feuerwehren fehlt es aber großteils noch an der entsprechenden Ausrüstung mit Tablet-PCs. Bereits seit Jahren stellt die Automobilindustrie allen Rettungskräften stets aktualisierte Fahrzeuginformationen unter [www.VDA.de/rettungsdatenblatter](http://www.VDA.de/rettungsdatenblatter) zum Download zur Verfügung, diese können von den Rettungskräften in ausgedruckter oder digitaler Form auf den Einsatzfahrzeugen mitgeführt werden.

Wie funktioniert die Online-Abfrage der Fahrzeuginformationen? Warum wird die Kennzeichenabfrage überhaupt benötigt? Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung hat mit einer Gesetzesänderung zum 1. Februar 2013 die Möglichkeit geschaffen, dass Rettungsleitstellen über ein PKW-Kenn-

„Die ausgedruckte ADAC-Rettungskarte ist eine ideale, weil sofort verfügbare und kostenfreie Möglichkeit, die Zeit bis zur flächendeckenden Verbreitung von digitalen Fahrzeuginformationen, zum Beispiel mittels Kennzeichenabfrage, zu überbrücken.“

Thomas Unger, ADAC Unfallforschung

zeichen eine Online-Abfrage beim Kraftfahrtbundesamt (KBA) durchführen und damit einen Sofort-Zugriff zum richtigen Rettungsdatenblatt erhalten. Die Fahrzeuginformationen stehen ja als digitaler oder papierner Datensatz an der Einsatzstelle oder in Form einer speziellen Softwarelösung (Crash-Recovery-System, Silver-DAT etc.) lokal zur Verfügung. Die exakte Zuordnung des passenden Rettungsdatenblattes zum verunfallten Fahrzeug wird dann online an der Unfallstelle oder in der Rettungsleitstelle durch die Abfrage des Kennzeichens über das Kraftfahrtbundesamt durchgeführt. Damit ist auch bei Ausfall der Kommunikationswege (BOS-Funk, Mobilfunk etc.) eine Nutzung der Datenbank möglich, die Zuordnung des Rettungsdatenblattes muss dann aber manuell erfolgen. Die beschriebene Kennzeichenabfrage und alternative Software-Lösung wird einstimmig als mittelfristig flächendeckend realisierbare und nachhaltige Lösung angesehen. Vorteilhaft sind die einfache Möglichkeit der zentralen Datenhaltung und Datenpflege, die sichere Verfügbarkeit an der Unfallstelle und die Nutzung der typspezifischen Fahrzeuginformationen. Einige Softwarelösungen bieten sogar die Möglichkeit, sich interaktiv, zum Beispiel durch die einzelnen Schritte der Deaktivierung von Fahrzeugen mit alternativen Antrieben, leiten zu lassen und zeigen ausschließlich die in den Fahrzeugen tatsächlich verbauten Komponenten und Einbauorte und nicht die Maximalausstattung, wie es die ausgedruckte Rettungskarte tut, an.

### Ausblick und Fazit

Dieser Artikel dokumentiert den aktuellen Stand des Nutzenspektrums von Fahrzeuginformationen durch Feuerwehr und Rettungsdienst. Die sich wandelnde Mobilität – Stichwort Elektro- und Hybridantrieb – wird die Rettungstechnik nach Verkehrsunfall stetig verändern. Das gemeinsame Ziel ist aber klar: Förderung der Anwendung von Fahrzeuginformationen innerhalb der Ärzteschaft

und Rettungsdienste sowie die proaktive Begleitung und Entwicklung weiterer Konzepte zur präklinischen Versorgung bzw. technisch-medizinischen Rettung. Die Verfasser stellen dabei die Belange des Schwerverletzten und der Retter in den Mittelpunkt.

Dr. Uli Schmucker  
Dr. Tim Heyne



Dr. Uli Schmucker, AUC – Akademie der Unfallchirurgie, AG Prävention von Verletzungen der DGU/ Sektion Prävention der DGOU



Dr. Tim Heyne, Vertreter der DIVI im AK Retten des VDA, Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

### Mitarbeit

Dr. Hans Lemke, BV-ÄLRD, TNW-Beirat DGU

Thomas Unger, ADAC Unfallforschung  
Prof. Günter Lob, AG Prävention von Verletzungen DGU/Sektion Prävention DGOU

### WEITERE INFORMATIONEN

Sie möchten mehr erfahren? Dann besuchen Sie die Sitzung der AG Prävention auf dem DKOU 2013. Oder kommen Sie an den Stand der AG Prävention und informieren sich über die verschiedenen Möglichkeiten zur Gewinnung von Fahrzeuginformationen beim Verkehrsunfall, um Ihre Arbeit an der Unfallstelle zu optimieren. Natürlich erhalten Sie dort auch Ihr persönliches Rettungsdatenblatt.



Die jemenitischen Patientinnen Ashan und Zaifa (v. l.) wurden im RKU operiert. Inzwischen haben Ärzte und Pflegepersonal die Mädchen ins Herz geschlossen.



Prof. Heiko Reichel sowie Sabine Heinzmann und Maria Dornmann (hinten, v. l.) haben Zaifa (vorne links, sitzend) und Ashan im RKU medizinisch versorgt.

Fotos: Uni Ulm (2)/Rosa Grass (2)

HUMANITÄRE HILFE

# Kranken Kindern eine Zukunft schenken

In der Juni-Ausgabe berichtete Prof. Lothar Kinzl über „Unfallchirurgische Nothilfe im Jemen“. Hier nun die Fortsetzung der Geschichte: Eines der Kinder, die Kinzl während seines Jemen-Aufenthalts kennengelernt hat, wurde in den Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm/RKU) kostenfrei behandelt.

Wäre sie in ihrem Dorf im Jemen geblieben, hätte sie sich ein Leben lang auf Knien robbend fortbewegen müssen. Jetzt kann die 12-jährige Zaifa, die mit einer Fehlbildung des rechten Unterschenkels geboren wurde, erstmals auf zwei Beinen laufen. Eine Amputation des funktionslosen Unterschenkels und eine speziell angepasste Prothese machen es möglich. Prof. Lothar Kinzl, Unfallchirurg und Emeritus der Uni Ulm, hatte das schwerbehinderte Mädchen bei seinem Einsatz für die Hilfsorganisation „Hammer Forum“ im jemenitischen Taiz kennengelernt (lesen Sie dazu: „Unfallchirurgische Nothilfe im Jemen“, OUMN 3/2013, Seite 314). Kinzl stellte den Kontakt zu Prof. Heiko Reichel her, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Orthopädie (Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm/RKU). In Ulm wurde Zaifa wie ihre jemenitische Zimmergenossin Ashan (2), die mit einer komplexen Hüftfehlstellung auf die Welt kam, vor einigen Wochen kostenlos operiert.

Zahlreiche Operationen hat auch der etwa sechsjährige Hamdullah aus Afghanistan hinter sich. Wahrscheinlich ist beim Spielen eine Bombe neben dem Jungen explodiert. Seit Anfang des Jahres wird Hamdullah in der Universitätsklinik für Unfall-, Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie von Prof. Florian Gebhard kostenfrei behandelt. Die Oberhausener Kinderhilfsorganisation Friedensdorf International hatte den Jungen bei ihrem letzten großen Afghanistan-Hilfeinsatz nach Deutschland geholt und den Transport in die Ulmer Uniklinik organisiert.

## Die kleinen Stars aus dem Jemen

Obwohl zehn Jahre zwischen ihnen liegen, sind Zaifa und Ashan unzertrennlich. Gemeinsam haben sie schwere Zeiten in einem Land durchlebt, dessen Sprache sie zunächst nicht verstanden. Jetzt starten sie gemeinsam in eine bessere Zukunft. „Ende April haben wir Zai-

fa auf der Kinderorthopädischen Station aufgenommen. Auf der rechten Seite fehlte ihr das Schienbein, der Fuß war unterhalb des Knies angewachsen“, erinnert sich Heiko Reichel. Mit Krankengymnastik wurde die Zwölfjährige auf die Amputation des Restunterschenkels vorbereitet, eine jemenitische Familie aus Ulm erklärte ihr den Behandlungsablauf in ihrer Muttersprache. Trotzdem verkraftete Zaifa den Verlust des Unterschenkels zunächst schlecht: Ihre gelegentlichen Aggressionen bekamen Ärzte der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch schnell in den Griff. Eine weitere Operation zur Nervendurchtrennung am überempfindlichen Beinstumpf machte die junge Patientin schließlich schmerzfrei. Inzwischen hat das Mädchen im wöchentlichen Unterricht ein paar Brocken Deutsch gelernt und sich mit Pflegekräften angefreundet. Auf der Kinderorthopädischen Station gelten die jemenitischen Patientinnen ohnehin als „Stars“: „Wir haben Kleidung

## Aus unserem Fach

für die Mädchen gesammelt und einen Koffer für die Rückreise besorgt“, sagt die stellvertretende Stationsleiterin Sabine Heinzmann. Zaifa dankt es ihnen mit bunten Bildern, die die Wände des Krankenzimmers schmücken.

### Rückkehr in die Heimat – zu einem normalen Leben

Zaifas kleine Freundin Ashan leistet ihr seit Mitte Juni Gesellschaft: Das Mädchen ist mit einer Fehlstellung der Hüfte, einer so genannten hohen Hüftluxation mit ausgeprägter Pfannendysplasie, auf die Welt gekommen. Aufgrund ihres extrem verkürzten Beins konnte sich die Zweijährige nur schleppend fortbewegen. Zwei Operationen in Jemen, durchgeführt von Ärzten des Hammer Forums, waren leider nicht erfolgreich. „In Ulm haben wir eine offene Hüftgelenksreposition durchgeführt, also den Hüftkopf in die Hüftpfanne eingestellt. Gleichzeitig wurden eine Operation des Oberschenkelknochens, eine so genannte Varisierungs-Verkürzungsosteotomie, und ein pfannenverbessernder Eingriff vorgenommen“, erläutert der behandelnde Arzt, Heiko Reichel. Noch schränkt ein Beckenbeingips die Bewegungsfreiheit des kleinen Mädchens ein. Wenn Ashan in etwa fünf Wochen die Heimreise antritt, wird sie aber normal laufen können – genau wie ihre Zimmergenossin Zaifa, die schon eifrig mit der Prothese übt.

Auf der anderen Straßenseite, in der neuen Chirurgie, erholt sich Hamdullah, ein junger Patient aus Afghanistan, von zahlreichen Eingriffen. Gerade ist sein künst-

licher Darmausgang vom Bauch rückverlegt worden. Sein linkes Bein ist stark vernarbt und steckt in einem Metallgestell. Der Junge im Grundschulalter kann aber auf Krücken laufen. Was Hamdullah zugestoßen ist, weiß sein Arzt, Prof. Florian Gebhard, auch nicht genau. Die komplexen Verletzungen sprechen aber für eine Bombenexplosion: „Hamdullah war bereits in Afghanistan und in einem süddeutschen Krankenhaus vorbehandelt worden. Vor allem aufgrund einer Schienbein-Knocheneiterung kam er dann im Februar zu uns“, erläutert Gebhard. Bereits seit rund zehn Jahren nimmt die Universitätsklinik für Unfall-, Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie verletzte Kinder auf, die über Friedensdorf International nach Deutschland kommen. Ärzte und Pflegepersonal sind also auf Fälle wie Hamdullah vorbereitet: „Bei dem Jungen war es nach einem schlecht verheilten Trümmerbruch des Unterschenkels zu einer Fehlstellung gekommen, die wir operativ korrigiert haben. Jetzt stabilisiert ein äußeres Metallgestell die Knochen“, erklärt Prof. Gebhard.

Im Gegensatz zu den jemenitischen Mädchen konnte Hamdullah noch keine Freundschaften mit anderen Kindern schließen: Er ist mit multiresistenten Erregern infiziert und muss deshalb von anderen Patienten isoliert bleiben. Gespendete Spielsachen und die Zuwendung des Pflegepersonals erleichtern ihm jedoch den Krankenhausalltag. Außerdem haben vom Friedensdorf vermittelte afghanische Familien den Sechsjährigen, der außerhalb seines Zimmers Schutzkleidung tragen muss, besucht und bei



Prof. Florian Gebhard hat den jungen Afghanen Hamdullah kostenfrei operiert.



Hamdullah erholt sich in der neuen Chirurgie von zahlreichen Operationen.

### HILFE FÜR KINDER IN KRISENGBIETEN

Das Hammer Forum entsendet Mediziner und Pflegekräfte in Krisengebiete. So können Kinder behandelt werden, die ansonsten keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Ist eine Therapie vor Ort nicht möglich, werden die Mädchen und Jungen in deutschen beziehungsweise österreichischen Kliniken versorgt. Übergeordnetes Ziel des Forums ist jedoch der Aufbau eines funktionierenden Gesundheitssystems vor Ort. Deshalb liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der Aus- und Weiterbildung von lokalen Ärzten und Pflegern.

Auch Friedensdorf International vermittelt kranke und verletzte Kinder zur weiteren medizinischen Behandlung in die Bundesrepublik. Die Rehabilitation erfolgt dann im Oberhausener Friedensdorf, bis die Kinder in ihre Heimatländer und zu ihren Familien zurückgebracht werden. Haupteinsatzgebiete von Friedensdorf International sind derzeit Afghanistan und Angola. Neben der Einzelfallhilfe ist Friedensdorf International auch in der weltweiten Projektarbeit tätig, um medizinische Strukturen im Ausland zu verbessern: Zukünftig sollen Kinder in ihrer Heimat behandelt werden können.

Bedarf gedolmetscht. Inzwischen spricht Hamdullah selbst ein bisschen Deutsch: Neben der krankengymnastischen Betreuung erhält er mehrfach pro Woche Unterricht. Schon bald kann er zur weiteren Rehabilitation ins Oberhausener Friedensdorf einziehen, muss aber noch bis Ende des Jahres in der Ulmer Chirurgie nachbehandelt werden. Die Ärzte und Pfleger des Jungen gehen davon aus, dass er in Afghanistan weitgehend normal aufwachsen kann.

*Annika Bingmann  
Pressestelle der Universität Ulm*





Foto: FFN

400 Teilnehmer aus 36 Ländern besuchten den FFN-Kongress in Berlin.



FRAGILITY FRACTURE NETWORK

## Mauern zwischen den Disziplinen einreißen

Der zweite Weltkongress fand Ende August in Berlin statt und zeigt ganz deutlich, dass das Fragility Fracture Network (FFN) seit seinem ersten Treffen vor zwei Jahren ebenfalls in Berlin enorm gewachsen ist – an Stärke, Größe und Bedeutung.

Mit mehr als 400 Teilnehmern aus 36 Ländern war dieses das bisher größte FFN Meeting, mit einem umfangreichen, vielfältigen und anregenden Programm.

### ORTHOGERIATRIE IN DEUTSCHLAND

Obwohl die deutsche Teilnehmerzahl relativ gering war, konnten die hochrangigen Vertreter der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie den internationalen Gästen einen guten Einblick über die deutsche Versorgungslandschaft geben. DGOU-Präsident Prof. Dr. Reinhard Hoffmann hielt den Eröffnungsvortrag über „Orthogeriatric Co-Management“, und die AG Alterstrauma hat einen sehr gut besuchten Workshop gestaltet. Zum Thema „State of the Art and Future of Orthogeriatric Management in Germany“ referierten Prof. Dr. Ulrich Lienert, Dr. Thomas Friess und Dr. Sarviga Riem und führten anschließend viele interessante Gespräche.

Es umfasste Übersichtsreferate, Workshops mit praktischen Beispielen aus aller Welt sowie ausgewählte freie Vorträge und Poster.

Der diesjährige Fokus lag auf dem Politikwandel und den rehabilitativen Aspekten der Versorgung von Fragilitätsfrakturen. In den Plenarsitzungen und Workshops wurden alle Aspekte der drei wesentlichen Themenbereiche des FFN adressiert: (i) das beste multidisziplinäre Vorgehen bei der Prävention und Behandlung des Patienten mit einer Altersfraktur; (ii) aktuelle Forschungsentwicklung mit Schwerpunkt auf der Behandlung der Osteoporose, Sarkopenie und Fragilitätsfrakturen; (iii) Beeinflussung der politischen Priorisierung national und international, um die bedrohlich wachsende Epidemie der Fragilitätsfraktur weltweit einzudämmen.

Ein solcher kurzer Bericht kann den Umfang und die Einzelheiten des wis-

senschaftlichen Programmes dieses multiprofessionellen, interdisziplinären Kongresses kaum wiedergeben. Auf der einen Seite des Spektrums adressierten internationale Experten die relevanten großen Themen, unter anderem dieses Jahr auch erstmals Anästhesiologen, auf der anderen Seite hatten vor allem jüngere Teilnehmer – deren Poster zu den 15 besten gehörten – die Möglichkeit, Drei-Minuten Vorträge zu halten. Dazwischen konnten in freien Vortragssitzungen unterschiedlichste Erfahrungen aus verschiedenen Gesundheitssystemen dargestellt werden und in 12 Workshops – die die interaktivsten Formate waren – Aspekte der Prävention, der klinischen Versorgung, der Versorgungsprozesse, der Evaluation und des Politikwandels aufgreifen.

Das sehr gemischte Publikum umfasste unter anderem Orthopäden und Unfallchirurgen, Geriater, Rehabilitationsmediziner, Osteoporosespezialisten, Kran-

kenschwestern und Physiotherapeuten. Diese Mischung erlaubte es, viele Aspekte der anderen Bereiche kennenzulernen und zu verstehen. Die informelle Atmosphäre im Langenbeck-Virchow-Haus war erfrischend und stimulierte die Gespräche über alle Grenzen hinweg. Anders als bei vielen sonstigen Kongressen kam es zu einem enormen Austausch. Aktivisten, Experten und Enthusiasten diskutierten und nahmen unmittelbar Kontakt auf, um Ideen auszutauschen und um zu sehen, was in anderen Bereichen funktioniert und was man gegebenenfalls für die eigene Versorgungsrealität mitnehmen kann.

Besonderer Dank gebührt dem Kongress-Präsidenten Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Charité und Medical Park Humboldt-mühle Berlin, der bei der Eröffnung betonte, dass „Mauern zwischen den einzelnen Disziplinen und Professionen eingerissen werden müssen, wenn eine bessere Versorgungs- und Überlebenssituation für diese Patienten erreicht werden soll“. Die Vorsitzenden des wissenschaftlichen Komitees, Prof. Maria Crotty, University of Adelaide/Australien, und der FFN-Präsident, Prof. David Marsh, UK, unterstrichen, dass durch diesen Kongress wesentliche Türen geöffnet wurden.

Nächstes Jahr findet der 3. FFN Weltkongress vom 4. bis 6. September in Madrid statt.

*Dr. Collin Curie, University of Edinburgh, Geriatric Medicine*

*Prof. David Marsh, Emeritus Professor of Orthopaedics, UCL, Chairman, UK Arthritis and Musculoskeletal Alliance*

1/2 Anzeige



Foto: Tyler Olson/Fotolia

Ärzte leiden mit ihren Patienten mit, vor allem nach einem medizinischen Zwischenfall und mehr, als ihnen oft zugestanden wird.

## ZWISCHENFÄLLE

# „Der betroffene Arzt“

Im Rahmen des Symposiums „Kooperation in Arzthaftungsfragen“ am 16. November 2012 wurde in einem Vortrag seitens der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) erstmals auf das Thema der Auswirkungen von Zwischenfällen auf beteiligte Ärztinnen und Ärzte aus medizinisch-psychologischer Sicht eingegangen. Dieser Beitrag beleuchtet die emotionalen Aspekte und Mechanismen der Verarbeitung medizinischer Zwischenfälle.

Es ist wichtig und richtig, im Falle eines medizinischen Zwischenfalls als Arzt zuallererst den Blick auf seinen Patienten zu richten und medizinisch wie auch menschlich alles zu tun, um diesem beizustehen [1]. In diesem Beitrag soll der Fokus der Betrachtungen aber auf die Frage gerichtet sein, welche Folgen ein Zwischenfall für den Arzt selber haben kann. Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK gibt im Rahmen der Gutachterverfahren auch dem Arzt Raum, zu den Vorwürfen des Patienten Stellung zu nehmen. „Zwischen den Zeilen“ – oder manchmal auch explizit – wird hierbei oft deutlich, wie sehr den Arzt die Vorwürfe des Patienten treffen.

### Medizinischer Zwischenfall – eine menschliche Katastrophe

Auszug aus dem Antrag eines Witwers auf Durchführung eines Gutachterverfahrens: „Meine Frau hatte sich einen Bänderanriss am linken Fuß zugezogen. Da sie über große Schmerzen in der Wade klagte, ging sie zum Arzt Dr. X. Da die Schmerzen nicht besser wurden, machte Dr. X noch einen Termin mit dem Krankenhaus, der leider erst in einigen Tagen stattfinden sollte. In der Früh kam die Notärztin, da lebte meine Frau noch. Bevor der Sanka kam, starb meine Frau in meinen Armen. Man hätte mit ein wenig Sorgfalt den Tod meiner Frau und Mutter meiner zwei Kinder verhindern können.“

Ich habe selbst die Lockerheit der Ärzte zu spüren bekommen und man musste mir später einen Stent setzen. Wenn man noch jung ist, hat man keine schwerwiegenden Krankheiten zu haben“.

### Definition „Zwischenfall“

Wenn im Weiteren von „Zwischenfällen“ gesprochen wird, sind damit Ereignisse im Rahmen der Behandlung eines Patienten gemeint, die unerwünscht sind und die in der Regel zu Schäden (engl. *adverse effects*) beim Patienten geführt haben – bis hin zum Tod. Teilmengen dieser Zwischenfälle sind Behandlungsfehler, Beinahe-Fehler (engl. *near misses*), aber auch sogenannte „schicksalhafte Verläufe“, also



Zwischenfälle, in denen den Arzt objektiv keine Schuld trifft. Ob der Zwischenfall dem Arzt vorzuwerfen ist und ob er vermeidbar oder unvermeidbar war, ist oftmals erst aus einer ex-post-Sicht zu beurteilen.

## Das „zweite Opfer“?

Wenn Ärzte an medizinischen Zwischenfällen beteiligt sind, kann dies erhebliche psychische und körperliche Auswirkungen hervorrufen. Einige Autoren gehen so weit, betroffene Ärzte – unabhängig von der persönlichen Verantwortlichkeit – als „zweites Opfer“ (engl. *Second victim*) des Zwischenfalls zu bezeichnen [2, 3]. Auch wenn individuelles Leid von Patienten und Ärzten niemals vergleichbar ist und schon gar nicht gegeneinander aufgewogen werden kann – Tatsache ist, dass viele Ärzte ebenfalls leiden. In einer groß angelegten Studie untersuchten Watermann et al. [4] an mehr als 3.000 kanadischen und US-amerikanischen Ärzten, welche Auswirkungen Behandlungsfehler in verschiedenen psychologischen Kategorien hatten. Die untersuchten Ärzte berichteten über „verstärkte Angst vor künftigen Fehlern“ (61 Prozent), „Verlust von Selbstvertrauen“ (44 Prozent), „verstärkte Schlaflosigkeit“ (42 Prozent), „verminderte Zufriedenheit im Beruf“ (42 Prozent) und „Beschädigung der Reputation“ infolge des Fehlers (13 Prozent). Die Beeinträchtigungen durch die Beteiligung an einem Fehler waren signifikant häufiger, wenn es sich um einen „ernsten Fehler“ (engl. *serious error*) handelte, traten aber auch bei mehr als einem Drittel der Ärzte auf, die in einen „Beinahe-Fehler“ verwickelt waren. Die durch einen Fehler verursachten Schlafstörungen sind im Zusammenhang mit Patientensicherheit besonders brisant, da diese wiederum das Risiko für neue Zwischenfälle erhöhen [5, 6].

## Emotionale Reaktionsmuster

Erfährt der Arzt davon, dass etwas „schief gelaufen“ ist, können verschiedene psychische Reaktionen folgen. Einige dieser emotionalen Reaktionen werden zum besseren Verständnis dessen, was dem Arzt widerfahren kann, im Folgenden beschrieben.

### Gefühl der Scham

Hat man als Arzt einen komplizierten Eingriff erfolgreich durchgeführt, so ist

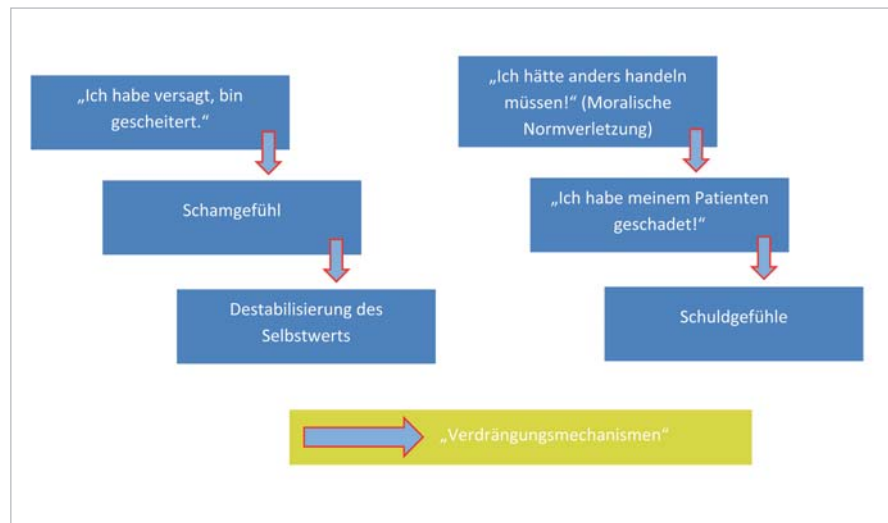


Abb. 1 Scham- und Schuldgefühle



Abb. 2 Stadien der Verarbeitung von Zwischenfällen nach Mäulen (2000)

man stolz darauf. Erlebt man das, was man getan hat, als Niederlage oder Scheitern oder wird etwas offenkundig, was man lieber nicht preisgibt, ist die emotionale Reaktion darauf das Gefühl der Scham. Handlungen, die also dem (möglicherweise idealisierten) Selbstbildnis der Person nicht entsprechen, erzeugen Scham und treffen den Selbstwert der Person. Betroffene erleben sich als unzulänglich/inkompetent und haben das Gefühl, versagt zu haben. Das „reale Selbst“ passt nicht mehr zum „idealen Selbst“: Letztlich kann eine Selbstabwertung und eine Schwächung der Selbstachtung resultieren [7].

### Gefühl der Schuld

Schuldgefühle treten auf, wenn zwei Voraussetzungen zusammentreffen: Eine Abweichung von eigenen moralischen Normen und (hierdurch) negative Folgen für einen Dritten, in unserem Fall für den Patienten. Der Fokus der Schuldgefühle liegt weniger auf der Bewertung der eigenen Person als Gesamtheit (Selbst),

sondern auf dem, was man getan oder unterlassen hat. Bei Schuldgefühlen befinden sich Handlungsergebnisse im Widerspruch mit internen moralischen Sollwerten. Bedeutsam ist die Gewissheit/Überzeugung, dass man hätte anders handeln müssen [7]. Schuldgefühle zu erleben setzt voraus, dass man Bedauern und Mitgefühl für den Geschädigten empfindet. Schuldgefühle sind umso quälender, je näher das Opfer dem Handelnden steht und je stärker es leidet oder verletzt ist (► Abb. 1).

### Akute Belastungsreaktion

Fast jeder von uns kennt diese auch als „Schockreaktion“ bezeichnete Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung. Je nach individueller Vulnerabilität und vorhandenen Bewältigungsmechanismen („Coping-Strategien“) variieren Dauer und Schweregrad dieser Reaktion. Die Symptome sind gemischt und wechselnd, oft tritt eine Art von „Betäubung“ auf, der ein Sich-Zurückziehen aus der



**Abb. 3** Dysfunktionale Verarbeitung von Zwischenfällen

Umweltsituation folgen kann, oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität mit vegetativen Zeichen von Angst. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden, zurück (ICD-10 GM 2013).

### Weitere emotionale Verarbeitung

Aus psychologischer Sicht ist der Mensch bestrebt, unangenehme Zustände wie zum Beispiel bestimmte Emotionen zu meiden. Er kann dies durch die „klassischen“ Abwehrmechanismen wie zum Beispiel Verdrängung erreichen. Mäulen [8] beschreibt fünf Stadien der Verarbeitung, die sich strukturell an die inzwischen allgemein bekannten Stadien der Trauerbewältigung nach Kübler-Ross anlehnen: Nicht wahrhaben wollen – Zorn – Verhandeln – Niedergeschlagenheit – Akzeptanz der Situation (► **Abb. 2**).

### Dysfunktionale Verarbeitung

Dysfunktionale Strategien bestehen beispielsweise in der Einnahme von sedierenden Substanzen, aber auch in exzessivem Absicherungsverhalten (keine Verantwortung mehr übernehmen) oder einem Sich-Zurückziehen bis hin zur Berufsaufgabe. Gelingt keine Bewältigung des Erlebten, können auch depressive Störungen (gegebenenfalls mit Suizidalität) oder Angststörungen auftreten. Hat das Erlebte das Ausmaß einer Trau-

matisierung, kann auch eine posttraumatische Belastungsstörung resultieren, welche nach ICD-10 folgendermaßen definiert ist: Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf (► **Abb. 3**).

### Durchbrechen des Teufelskreislafs – eine Führungsaufgabe

Dass Ärzte, die in einen medizinischen Zwischenfall involviert waren, Unterstützung in der Verarbeitung des Erlebten erhalten, ist aus Sicht der Autoren vor allem Führungsaufgabe (► **Abb. 4**), insbesondere bei Ärzten in abhängiger Stellung. Dies bedeutet einerseits, dem betroffenen Kollegen als Vorgesetzter unmittelbar zur Seite zu stehen. Andererseits bedeutet es, sich als Arzt in einer Führungsposition Grundkenntnisse typischer „Warnsymptome“ einer dysfunktionalen Verarbeitung anzueignen, die ermöglichen, diejenigen Kollegen zu

identifizieren, die einer besonderen Unterstützung bedürfen.

Einerseits aus Gründen der Patientensicherheit, andererseits aus grundlegenden kollegialer Verantwortung heraus sollte betroffenen Ärzten jede Unterstützung zuteil werden, die sie im individuellen Einzelfall benötigen. Von Laue und Frank [9] trugen ganz spezifische Bedürfnisse von Mitarbeitern nach einem Zwischenfall zusammen:

- Kurze Auszeit von der klinischen Tätigkeit,
- Möglichkeit des Gesprächs mit Kollegen/Peers,
- Bestätigung der fachlichen Kompetenz,
- Bestätigung/Aufarbeitung der (klinischen) Entscheidungen,
- Bekräftigung/Wiedererlangung des Selbstwertgefühls.

Möglichkeiten der Unterstützung von betroffenen Mitarbeitern, aber auch einer „präventiven Grundhaltung“ wurden beispielsweise von Levartz [10] bereits sehr konkret formuliert:

- Sensibilisierung nach dem Grundsatz: Jeder kann Betroffener sein.
- Einführung einer Kultur der Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen für den Fall, dass ein Fehler passiert.
- Schulungen und Übungen für den richtigen Umgang mit Kollegen, denen ein Behandlungsfehler unterlaufen ist.
- Angebot unterstützender Strukturen wie Notfall-Telefon, feste Ansprechpartner, Zugang zu professioneller Hilfe.

### Zusammenfassung

Ärzte haben ganz offensichtlich ausgeprägte innere Normen, was den Wert der körperlichen Unversehrtheit ihrer Patienten betrifft. Würden sie ihre Tätigkeit lediglich als „Handwerk“ auffassen, gäbe es keinerlei „Notwendigkeit“, Schuld- oder Schamgefühle zu entwickeln – getreu dem Motto: „Wo gehobelt wird, fallen Späne“. Dass Ärzte regelrecht daran zerbrechen können, wenn ihre Patienten Opfer eines medizinischen Zwischenfalls werden, zeigt, dass offensichtlich in vielen Köpfen die Norm herrscht: „Mir darf so etwas niemals passieren!“. Aber es

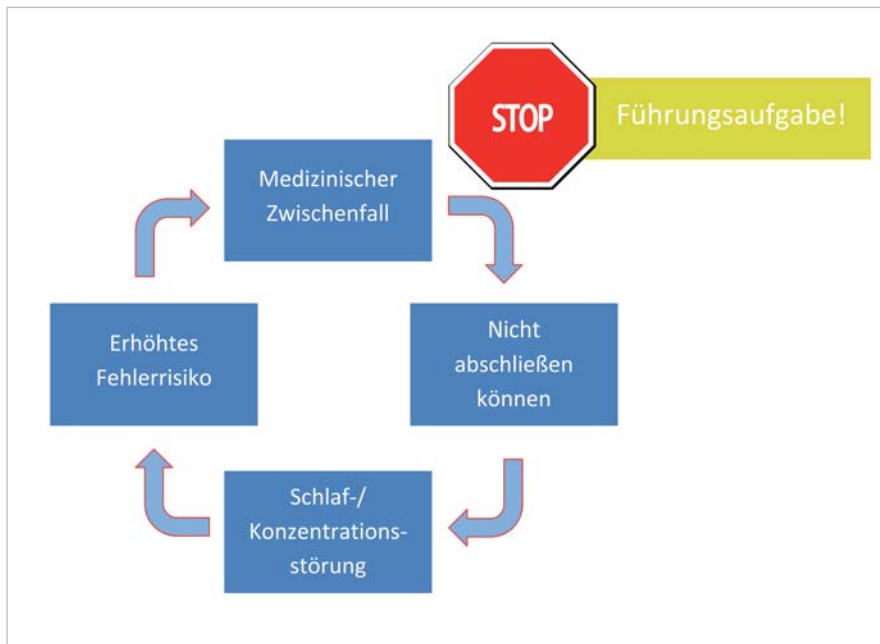


Abb. 4 Durchbrechen des Teufelskreislaufs – eine Führungsaufgabe

passiert eben doch, auch wenn alle Maßnahmen zur Patientensicherheit perfekt ausgeführt werden. Auf dieses Ereignis sollte man vorbereitet sein. Einerseits ganz individuell durch die Erkenntnis, dass man als Arzt nicht unfehlbar ist. Andererseits durch eine auch im Ärzteteam/ in der Ärzteschaft gepflegte „unterstützende Grundhaltung“ eines kollegialen Umgangs miteinander, in dem der Chef oder Kollege niemanden bloßstellt, sondern Fehlerkultur im besten Sinne lebt.

Fehlbarkeit ist menschlich und verzeihlich. Maximales Bemühen um Patientensicherheit ist aber ebenso ärztliche

Pflicht, wie sie zum Beispiel in der Deklaration von Genf festgeschrieben ist: Auf seine Ehre zu versprechen, dass „die Gesundheit meines Patienten [...] oberstes Gebot meines Handelns“ sein soll und andererseits zu akzeptieren, dass Fehler „nun mal menschlich sind“ – diese beiden scheinbar unvereinbaren Pole zu einem Ganzen zu integrieren, ist aus unserer Sicht zur Ausbildung einer langfristig stabilen ärztlichen Identität erforderlich. Es ist Führungsaufgabe, sein Team – insbesondere junge Ärzte – hierin zu unterstützen. Der Mensch lernt bekanntlich besonders gut durch das „Lernen am Modell“ – spricht: durch ein Vorbild.

### PERSÖNLICHES RESÜMEE

Unsere Patienten sind uns als Ärzten keineswegs egal, wir leiden oftmals mehr mit, als man das für möglich halten würde.

Unser Anspruch des „primum non nocere“ stellt uns vor eine innere Zerreißprobe, wenn doch ein Schaden entstanden ist. Tragische Zwischenfälle können den Kern unserer ärztlichen Identität treffen.

Ausgebrannte oder zynisch gewordene Ärzte sind kein Indiz dafür, dass Ärzte kein Interesse an ihren Patienten haben, sondern in der Regel Ausdruck einer nicht erfolgten Bewältigung der vielfachen Belastungen des nach wie vor idealisierten Arztes.

Der Arzt, der über Jahre seine Patienten sorgfältig, empathisch und menschlich behandelt, ist kein „zu erwartender“ Standard. Er verdient vielmehr Anerkennung.

Im Falle eines Zwischenfalls steht ihm eine faire Behandlung zu, auch in der Öffentlichkeit.

### Was kann die Ärzteschaft tun?

- Durchführung von Studien zur Auswirkung von medizinischen Zwischenfällen auf die seelische und körperliche Gesundheit von Ärzten in Deutschland
- Etablierung von „Critical Incident Stress Management-Programmen“ für Ärzte analog den bereits im Rettungsdienst, bei der Polizei und bei der Feuerwehr existenten Programmen, gegebenenfalls bereits „prophylaktische“ Kurse für Studenten/Berufseinsteiger
- Schulung von Führungskräften hinsichtlich „Warnsymptomen“ bei ärztlichen Mitarbeitern nach medizinischen Zwischenfällen und „Erste Hilfe“
- Evaluation von Pilotprojekten wie der Einrichtung von „Notfalltelefonen“ oder anderen Hilfeangeboten für Ärzte

Dr. Christian Schlesiger  
Prof. Dr. Bernulf Günther



Dr. Christian Schlesiger, Abteilungsleiter bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK, FA für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Öffentliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Bernulf Günther, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer, Facharzt für Chirurgie

Das Literaturverzeichnis kann bei den Autoren angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

### QUELLE

Der Beitrag erschien erstmals im Bayerischen Ärzteblatt 1–2/2013, Seite 28ff. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Bayerischen Landesärztekammer.



Foto: Fotolia

Um die Zahl der Krankenhausinfektionen einzudämmen, hat die Bundesregierung die Anforderungen an Hygienestandards verschärft und im Infektionsschutzgesetz festgeschrieben.

## INFEKTIONSSCHUTZGESETZ

# Haftungsrechtliche Konsequenzen für Ärzte und Krankenhäuser

In Deutschland erkranken jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patienten an Infektionen im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme. Für 7.500 bis 15.000 Patienten endet dies tödlich. Bis zu einem Drittel dieser Infektionen wären durch die Einhaltung von Hygienemaßnahmen vermeidbar. Gleichzeitig steigen die Antibiotika-Resistenzen an. Der Gesetzgeber hat deshalb 2011 das Infektionsschutzgesetz (IfSchG) novelliert.

Ziele des neuen Infektionsschutzgesetzes sind die Vereinheitlichung der für die Hygiene anzuwendenden Rechtsvorschriften, eine Verbesserung der Hygienesituation sowie ein sachgerechterer Einsatz von Antibiotika. Um diese Ziele zu erreichen, waren unter anderem die einzelnen Landesregierungen verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2012 Rechtsverordnungen für sämtliche medizinische Einrichtungen zu erlassen.

## Bringt die Änderung dieser normativen Vorgaben nun auch haftungsrechtliche Konsequenzen für Krankenhäuser und Ärzte mit sich?

### 1. Ausgangsüberlegungen

Die Frage nach den haftungsrechtlichen Konsequenzen aus IfSchG und den jeweiligen Medizin-Hygiene-Verordnungen auf Länderebene betrifft klassische Fragen der Beweislast im Arzt-

haftungsprozess. Generell ist der Arzthaftungsprozess charakterisiert durch ein fein ausdifferenziertes Ping-Pong-Verhältnis, wer wann was zu beweisen hat. Dies hängt damit zusammen, dass die Behandlerseite über einen großen Informationsvorsprung verfügt, während der Patientenseite im Zuge der allgemeinen Entwicklung in Zusammenhang mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung immer weiter gehende Rechte zugestanden werden:

- So verbleibt grundsätzlich das Risiko aus einer Erkrankung/einem Unfall beim Patienten. Das heißt, der Patient hat als Anspruchsteller zu beweisen, dass es infolge eines Behandlungsfehlers bei ihm zu einem Gesundheitsschaden gekommen ist.
- Speziell im Hygienebereich kann keine 100-prozentige Keimfreiheit garantiert werden, sehr wohl aber die Einhaltung der jeweiligen Standards.
- Eine Infektion als solche ist nicht grundsätzlich Zeichen einer fehlerhaften Behandlung.

Ohne an dieser Stelle zum juristischen Rundumschlag auszuholen, ist festzuhalten, dass allgemein für den Patienten verschiedene Anspruchsgrundlagen, deren Vorliegen jeweils der Patient nachweisen muss, in Betracht kommen: Einmal die Haftung aufgrund Behandlungsvertrag (seit 26. Februar 2013 geregelt durch das Patientenrechtegesetz in §§ 630a ff BGB) sowie die sogenannte deliktische Haftung nach §§ 823 ff BGB. Diese Haftungsgrundlagen laufen in wesentlichen Zügen parallel; ich werde in diesem Artikel nicht weiter differenzieren.

In haftungsrechtlicher Hinsicht gibt es verschiedene Anknüpfungspunkte. So muss im Falle einer aufgetretenen Infektion das Krankenhaus/der Arzt damit rechnen, dass ihm die Verletzung des hygienischen Standards und der hierdurch verursachten Infektion vorgeworfen werden. Daneben sind auch andere Anknüpfungspunkte denkbar, wie beispielsweise der Vorwurf, der Patient sei nicht ausreichend über das bestehende Infektionsrisiko aufgeklärt worden. Nachfolgend wird näher auf den erstgenannten Punkt eingegangen.

## 2. Behandlungsfehler

Allgemein ist Voraussetzung für das Vorliegen eines Schadensersatzanspruches, dass ein vorwerfbarer Behandlungsfehler nachgewiesen werden muss (hier Ziffer 2.), der zu einem entsprechenden Gesundheitsschaden beim Patienten geführt hat (nachstehend Ziffer 3.). Ein Behandlungsfehler in diesem Sinne ist zu bejahen bei Verletzung der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten Standards. Speziell im Hygienebereich erfordert dies sowohl die Beachtung der einschlägigen Hygienestandards bei Durchführung der Behandlung als auch die Beachtung der Standards in organisatorischer und personeller Hinsicht.

Nachdem die Hygienestandards laufend im Wandel begriffen sind, ist eine Festschreibung im IfSchG nicht möglich. Der Gesetzgeber hat dies gelöst, indem er beim Robert Koch-Institut eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie eine Kommission Antiinfektiva, Resistenzen und Therapie (ART) eingerichtet hat, die laufend Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie bei Infektionen mit resistenten Keimen entwickeln (§ 23 Abs. 1 und 2 IfSchG). Das IfSchG selbst sieht keine Verbindlichkeit dieser Empfehlungen vor; dies geschieht über die entsprechenden Vorgaben in den Medizin-Hygiene-Verordnungen der einzelnen Bundesländer.

Weicht man von diesen als Vorgaben ab, kann dies jedoch im Haftungsfall Probleme verursachen. Beispielhaft sei hier der vom Bundesgerichtshof für Strafsachen entschiedene, sogenannte Zitronensaftfall genannt (BGH 3 StR 239/10). Dabei hatte der Operateur den OP-Situs nach erfolgter Darmoperation nicht durch Einlegen von Antibiotikaketten desinfiziert, sondern vielmehr mit Zitronensaft beträufelte Streifen eingelegt. Dies mag zwar eine gewisse keimtötende Wirkung haben, ist jedoch in keinsten Weise über wissenschaftliche Studien abgesichert. Auch war der in diesem Fall durch Auspressen einer halben Zitrone gewonnene Zitronensaft alles andere als steril.

Deutlich sicherer verfährt man – auch in – haftungsrechtlicher Hinsicht, wenn man sich an die Vorgaben der KRINKO und ART

hält. In diesem Fall wird nämlich vermutet, dass der allgemeine Hygienestandard eingehalten wurde. Diese Haftungserleichterung sieht das IfSchG ausdrücklich in § 23 Abs. 3 vor. Alle diese Fälle haben jedoch typischerweise gemeinsam, dass eine Verletzung dieser Standards für Patienten nur schwer nachweisbar ist. Die Rechtsprechung hat hierzu für einzelne Bereiche Beweiserleichterungen entwickelt.

### a) Voll beherrschbares Risiko

Der Grundsatz, wonach der Patient einen Pflichtverstoß des Arztes nachweisen muss, erfährt in den Fällen des sogenannten vollbeherrschbaren Risikos eine Ausnahme: So wird ein Fehler des Behandelnden vermutet, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. Die Überlegung dahinter ist, dass es dabei um Risiken geht, die im Klinik- bzw. Praxisbetrieb gesetzt und durch sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens objektiv voll beherrscht werden können; die also nicht vorrangig aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen.

Nachfolgend für einige Beispiele:

- Verwendung verunreinigter oder auch ungeeigneter Desinfektions- und Infusionsmittel
- Nichteinhaltung der Vorgaben zur Einwirkzeit eines Desinfektionsmittels
- Nichteinhaltung der Regeln der Handdesinfektion
- Aufziehen von Spritzen auf Vorrat
- Keine Verwendung von sterilen Handschuhen bei intraartikulären Injektionen
- Einsatz infektiösen Personals (mit Staphylokokkus aureus infizierte Arzthelferin assistiert bei Verabreichung einer Spritze)

In diesen von der Rechtsprechung entschiedenen Fällen stand nachweisbar fest, dass sich ein aus diesem Bereich stammendes, objektiv voll beherrschbares Risiko verwirklicht hat. Der Behandlerseite bleibt in diesen Fällen der Beweis eröffnet, dass der objektiv feststehende Verstoß gegen Hygienevorgaben nicht verschuldet erfolgte.

Für die Patientenseite wird jedoch bereits der Nachweis, dass sich hier ein Risiko verwirklicht hat, das für den Behandler voll beherrschbar war, nur schwer zu führen sein. Allein der Vortrag, die Infektion sei in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung aufgetreten, reicht nicht, um die Annahme eines solchen Verstoßes zu begründen.

### b) Dokumentationslücken

Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten greifen auch bei Dokumentationsmängeln: Werden dokumentationspflichtige Behandlungsschritte fehlerhaft nicht dokumentiert, greift die Vermutung, dass das Nichtdokumentierte auch nicht stattgefunden hat. Für die vertragliche Haftung ist dies nunmehr ausdrücklich festgelegt in § 630 h Abs. 3 BGB. In der Praxis bleiben im Hygienebereich Dokumentationsmängel jedoch regelmäßig ohne Folgen, weil zahlreiche Hygienemaßnahmen (beispielsweise Desinfektion des entsprechenden Hautareals vor Verabreichung einer Spritze) ohnehin nicht dokumentationspflichtig sind.



Foto: Privat

Kommt es zu Infektionen wie dieser, drohen haftungsrechtliche Konsequenzen. Der Arzt oder das Krankenhaus müssen mit dem Vorwurf rechnen, hygienische Standards nicht eingehalten zu haben.

### c) IfSchG

Das IfSchG trifft zahlreiche Vorgaben in organisatorischer Hinsicht, wie beispielsweise:

- Die Leiter einer medizinischen Einrichtung werden zur Hygienesicherstellung verpflichtet, § 23 Abs. 3 Nr. 1 IfSchG.
- Verpflichtung zur Festlegung der innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen, § 23 Abs. 5 IfSchG
- Vorgabe umfassender Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise der Verpflichtung zur fortlaufenden Aufzeichnung nosokomialer Infektionen, § 23 Abs. 4 IfSchG
- In Verbindung mit der Medizin-Hygiene-Verordnung des jeweiligen Bundeslandes wird die personelle Ausstattung von medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Einrichtungen des ambulanten Operierens, Praxen) mit geregelt.

Im Ergebnis führen diese Regelungen im IfSchG zu einer Verschärfung der Haftung der Behandlerseite. Direkte Beweiserleichterung für die Patienten sieht das IfSchG nicht vor.

### 3. Nachweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden

Selbst wenn der Patient die vorgenannten Hürden genommen hat und möglicherweise über Beweiserleichterung (s. oben Ziffer a–c) einen Behandlungsfehler nachweisen konnte, ist für die Begründung eines Schadensersatzanspruches des Weiteren nachzuweisen, dass der jeweilige Behandlungsfehler auch kausal für den eingetretenen Schaden ist. Gerade im Hygienebereich wird dies dem Patienten wegen vielfältiger anderer Infektionsmöglichkeiten nur sehr schwer gelingen. Auch an dieser Stelle wurden deswegen Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten entwickelt:

#### a) Grober Behandlungsfehler

Auch im Hygienebereich ist bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers sowie dessen grundsätzlicher Geeignetheit zur Herbeiführung des Gesundheitsschadens eine **Beweislastumkehr** hinsichtlich der Kausalität für den Schaden anzunehmen. Steht beispielsweise fest, dass eine intraartikuläre Injektion ohne Verwendung von sterilen Handschuhen erfolgte oder

auch, dass der Operateur bei einer Kaiserschnittentbindung Streptokokkenträger war und zuvor bereits mehrere Streptokokkeninfektionen in diesem OP aufgetreten waren, dann wird zu Gunsten des Patienten vermutet, dass diese Infektion zu dem jeweiligen Schaden geführt hat.

#### b) Unterlassene Befunderhebung

Denkbar ist schließlich, in Zusammenhang mit einem unterlassenen MRSA-Aufnahmescreening an einen Befunderhebungsfehler zu denken und entsprechende Haftungserleichterungen zu gewähren. Derzeit ist allerdings die Durchführung eines MRSA-Screenings – anders als im europäischen Ausland – in Deutschland nicht verpflichtend vorgeschrieben und auch nicht medizinischer Standard. Ohne das Hinzutreten weiterer Anhaltspunkte begründet deswegen das Unterlassen eines MRSA-Screenings bei Krankenhausaufnahme keinen Befunderhebungsfehler. Sofern dies irgendwann erfolgt, hätte es eine erhebliche Ausweitung des Haftungsrisikos zur Folge.

### 4. Fazit

Derzeit hat der Patient erhebliche Schwierigkeiten, einen haftungsrechtlichen Anspruch wegen Verletzung von Hygienebestimmungen nachzuweisen. Dies gilt zum einen für den Beweis eines Behandlungsfehlers durch Nachweis von Verletzung hygienischer Standards, zum anderen auch für den Nachweis der Kausalität eines Behandlungsfehlers für den jeweiligen Gesundheitsschaden.

Allerdings wird auch klar, dass das IfSchG und die damit zusammenhängenden jeweiligen Medizin-Hygiene-Verordnungen der einzelnen Bundesländer in organisatorischer Hinsicht die Anforderungen an die Behandlerseite deutlich verschärfen. Neben der Gefahr, dass Verstöße gegen diese Vorgaben aufgrund der Regelungen in IfSchG und der jeweiligen Medizin-Hygiene-Verordnung durch die zuständigen Behörden mit Bußgeldern und strafrechtlichen Konsequenzen geahndet werden, ist eine Entwicklung in der Rechtsprechung zu registrieren, der zunehmenden Infektionsproblematik durch eine Ausweitung von Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten zu begegnen. Dies wiederum führt zwangsläufig zu einer Erhöhung des Haftungsrisikos auf Behandlerseite. Zudem besteht auch das Risiko, dass langfristig die erforderlichen Dokumentationen über das Auftreten nosokomialer Infektionen (§ 4 IfSchG) in Haftungsprozessen vorgelegt werden müssen.

Es kann daher nur dringend angeraten werden, die Vorgaben des IfSchG und der jeweils geltenden Medizin-Hygiene-Verordnungen umzusetzen und zu dokumentieren.

Andrea Mangold



Andrea Mangold  
Rechtsanwältin und  
Fachanwältin für  
Medizinrecht  
Justiziarin des Spifa  
Nymphenburger Str. 14  
80335 München  
Tel.: (089) 124 88 05

1/1 Anzeige



# Wichtige Hinweise für die Altersvorsorge

Im Umgang mit den Daten des Versorgungswerkes ist größte Sorgfalt angezeigt: Die Bescheide des Versorgungswerkes befreien den Arzt nicht von der eigenen Kontrollpflicht. Auch bei einem Wechsel der Beschäftigung müssen Ärzte künftig an ihre berufsständische Altersvorsorge denken und sich erneut von der Deutschen Rentenversicherung Bund befreien lassen, wie ein weiteres Urteil des Bundessozialgerichts nun klargestellt hat.

### Steuerfalle: Unrichtige Altersvorsorgebescheinigung

Der Bundesfinanzhof (BFH, Beschluss vom 14. Mai 2013 – XB33/13) hatte kürzlich einen Fall zu entscheiden, in dem das Versorgungswerk einem Arzt einen „Jahreskontoausweis“ ausgestellt hatte, in dem die „auf dem Konto im Jahr eingegangene Beitragssumme“ mitgeteilt wurde. Diese Bescheinigung enthielt allerdings keinen Hinweis darauf, dass darin nicht nur die Beiträge des Arztes selbst (der sogenannte Arbeitnehmeranteil), sondern auch der hälftige Arbeitgeberzuschuss enthalten war. Auf Grundlage dieser Bescheinigung des Versorgungswerkes gab der Arzt in seiner Steuererklärung zu seinen Gunsten doppelt so hohe Beiträge an, als er tatsächlich entrichtet hatte, und fügte den Jahreskontoausweis seiner Steuererklärung bei. Das zuständige Finanzamt erließ zunächst einen auf diesen Angaben beruhenden Steuerbescheid, änderte diesen aber nach Entdecken des Fehlers wieder zu Lasten des Arztes ab. Gegen diese Abänderung wendete sich der Arzt und zog vor Gericht.

Zu Unrecht, wie der BFH in seiner Entscheidung klarstellte: Die falsche Angabe der zu hohen angeblich abgeführten Beiträge sei ein Verstoß des Arztes gegen § 150 Absatz 2 der Abgabenordnung (AO). Nach dieser Vorschrift besteht die Verpflichtung, die Angaben in der Steuererklärung wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen zu machen. Allein der Arzt verfüge über die vollständige Kenntnis des Sachverhalts. Daran ändere

auch der Umstand nichts, dass dem zuständigen Sachbearbeiter des Finanzamtes möglicherweise schon früher hätten Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des Arztes kommen müssen: Selbst wenn das Finanzamt Ermittlungspflichten verletze, könne dies nicht schwerer wiegen als die Verletzung der Steuerklärungspflicht des Arztes selbst. Ein Irrtum sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten des Finanzamtes, welches den Fehler nicht erkennt, hat demnach nicht zur Folge, dass ein zunächst auf falschen Angaben beruhender Steuerbescheid nicht wieder zum Nachteil des Arztes abgeändert werden kann.

Letztlich ist der Arzt also selbst für die Richtigkeit der Angaben in seiner Steuererklärung verantwortlich. Versehentlich falsche Angaben können dabei im Einzelfall auch eine leichtfertige Steuerverkürzung nach § 378 Absatz 1 AO darstellen und mit Geldbuße geahndet werden. Leichtfertigkeit verlangt einen erheblichen Grad an Fahrlässigkeit und damit das Außer-Acht-Lassen der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße. Im dem vom BFH entschiedenen Fall war eine leichtfertige Steuerverkürzung trotz beigefügten „Jahreskontoausweises“ daher nicht von vorneherein ausgeschlossen, allerdings mangels Anhörung des Arztes und damit nicht nachweisbarer subjektiver Tatseite letztlich nicht feststellbar. In jedem Fall ist anzuraten, besonders hohe Sorgfalt bei der Abgabe der Steuererklärung an den Tag zu legen, auch wenn ein Steuerberater mitwirkt. Bescheide des Versorgungswerkes sind daher immer auf

ihren Inhalt und ihre Richtigkeit hin zu überprüfen.

### Befreiungsantrag künftig bei jedem Beschäftigungswechsel

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit seinem Urteil vom 31. Oktober 2012 – B12 R 3/11 R – grundlegende Neuerungen zur Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutschen Rentenversicherung Bund) verfügt. Mitglieder von Versorgungswerken, also Ärzte, Zahnärzte, Anwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer und Notare etc., müssen danach zukünftig bei **jedem** Beschäftigungswechsel einen neuen Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen. Der Antrag muss innerhalb der Drei-Monatsfrist des § 6 Absatz 4 des Sechsten Sozialgesetzbuches (SGB VI), also spätestens drei Monate nach Antritt der neuen Beschäftigung, gestellt werden, da anderenfalls die Befreiung erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung und nicht rückwirkend rechtliche Wirksamkeit entfalten kann, unabhängig davon, ob zuvor bereits die Befreiungsvoraussetzungen vorgelegen haben oder nicht.

Das BSG begründete seine Entscheidung damit, dass eine einmal ausgesprochene Befreiung nur eine begrenzte Rechtswirksamkeit habe, die sich nur auf die jeweils beim aktuellen Arbeitgeber ausgeübte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit beziehe. Dies gilt auch dann, wenn die bisherige und die nachfolgende Tätigkeit inhaltlich ähnlich sind.



Basistext  
1/3 hoch

Damit hebt das BSG eine langjährige anders geartete Verwaltungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund auf.

Besondere Bedeutung hat diese Neuregelung, die ab sofort Gültigkeit hat, für alle in der Weiterbildung zum Facharzt stehenden Ärztinnen und Ärzte. Gerade diese wechseln häufig ihre Arbeitgeber und müssen nun nach der neuen Rechtsprechung des BSG bei jedem Arbeitgeberwechsel erneut bei der Deutschen Rentenversicherung Bund einen Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht stellen. Es ist Ärzten daher anzuraten, bei **jedem** Wechsel der Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit unverzüglich einen neuen Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Geht der Antrag nicht fristgerecht innerhalb von drei Monaten nach Beginn der neuen Beschäftigung ein, ist eine rückwirkende Befreiung vom Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme an nicht möglich, und es tritt eine Doppelversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und beim Versorgungswerk ein, was auch zu einer doppelten Beitragspflicht führt.

Auch wenn für viele Ärztinnen und Ärzte die Inanspruchnahme von Leistungen

aus dem Ärztlichen Versorgungswerk noch in weiter Ferne liegt, sollten auch noch junge Ärztinnen und Ärzte frühzeitig an ihre eigene Altersvorsorge denken und im Zusammenhang mit den dazu besonders eingerichteten Körperschaften einen sorgfältigen und zeitgerechten Umgang pflegen. Dies zahlt sich dann später im Alter aus.

*RA Dr. Albrecht Wienke  
RA Rosemarie Sailer, LL.M.*



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



Rosemarie Sailer, LL.M.



# Aufklären und behandeln trotz Sprachbarriere

Im Krankenhaus und Praxisalltag werden Ärzte immer häufiger von fremdsprachigen Patienten aufgesucht. Dabei ist oft keine oder keine sichere Verständigung zwischen Arzt und Patient möglich. Gerade für eine ordnungsgemäße Aufklärung ist dies nicht unproblematisch. Erscheint ein solcher Patient nämlich ohne Übersetzungshelfer und ist auch keine sprachkundige Person in Reichweite, stellt sich die Frage, ob

der Arzt verpflichtet ist, von sich aus einen Dolmetscher einzuschalten. Und wer übernimmt dafür die Kosten: der Patient, der Arzt, die Krankenkasse des Patienten?

### Verständliche Aufklärung

Der Arzt ist aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet, den Patienten vor der Behandlung umfassend und ordnungsgemäß aufzuklären. Sinn und Zweck der Aufklärung ist es, dem Patienten die wesentlichen Umstände, Risiken und Folgen des erforderlichen Eingriffs zu verdeutlichen und ihm somit die Tragweite seiner Entscheidung für die Behandlung vor Augen zu führen. Da der Patient nur dann wirksam in die Behandlung einwilligen kann, wenn er zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist, hat die Aufklärung im Einzelfall so zu erfolgen, dass der Patient sie auch verstehen kann. Der Arzt hat das Aufklärungsgespräch daher so zu führen und inhaltlich zu gestalten, wie es der individuelle Intellekt des Pa-

tienten erfordert, und dabei Besonderheiten des jeweiligen Patienten (soziales Umfeld, Beruf, Alter, Mobilität, Wohnort etc.) zu berücksichtigen. Dieser seit jeher in der Rechtsprechung und Rechtsdogmatik entwickelte Grundsatz wurde im Zuge der Kodifikation des Patientenrechtegesetzes in §630e Abs. 2 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) übernommen. Fehlen dem Patienten die

### Einschaltung eines Dolmetschers

Bringt der Patient selbst einen Angehörigen oder Bekannten als Übersetzer zur Behandlung mit, muss der Arzt sich vergewissern, dass dieser die deutsche Sprache ausreichend beherrscht, da der Arzt für die Aufklärung verantwortlich ist. Gewinnt er den Eindruck, dass der Patient die Aufklärung dennoch nicht versteht oder verunsichert ist, muss er – außer im Notfall – entweder die Behandlung

fremdsprachigen Aufklärungsbogen zu übergeben. Die Verpflichtung des Arztes, einen Dolmetscher hinzuzuziehen, wird in Rechtsprechung und Literatur übereinstimmend unabhängig von der Übergabe fremdsprachigen Aufklärungsbögen bejaht und folgt dem Grundsatz, dass der Arzt eine verständliche Aufklärung im persönlichen Gespräch mit dem Patienten schuldet (vgl. Kammergericht Berlin, Urteil vom 8. Mai 2008 – 20 U 202/06). Dabei ist es ausreichend, wenn eine im Krankenhaus beschäftigte Person mit geeigneten Sprachkenntnissen als Dolmetscher fungiert. Das OLG Karlsruhe erachtete es mit Urteil vom 2. August 1995 – 13 U 44/94 – als zulässig, wenn eine im Krankenhaus beschäftigte Putzhilfe als Dolmetscherin hinzuzogen wurde, die in der Lage war, dem medizinisch nicht vorgebildeten Patienten die medizinische Situation vom Laienstandpunkt aus zu erklären. Der Arzt hat sich aber auch in diesen Fällen stets zu vergewissern, dass eine adäquate Aufklärung in jedem Fall gewährleistet ist. Lässt sich aber keine Person ausfindig machen, die sich mit dem Patienten verständigen kann, bleiben dem Arzt nur zwei Möglichkeiten: Entweder verweigert er die (aufschiebbare) Behandlung, oder er sorgt selbst für einen geeigneten Dolmetscher.

**Fehlen dem Patienten die Sprachkenntnisse und ist eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient daher nicht möglich, kann naturgemäß keine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgen mit der Konsequenz, dass eine vom Patienten dennoch erteilte Einwilligung in den Eingriff rechtlich unwirksam wäre.**

verweigern oder für einen geeigneten Dolmetscher sorgen. Gleiches gilt, wenn ein Patient ohne Begleitung erscheint und sich nicht verständigen kann. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Nürnberg vom 28. Juni 1995 – 4 U 3943/94 – genügt es zur ordnungsgemäßen Aufklärung eines Patienten, welcher der deutschen Sprache nicht mächtig ist, nicht, ihm lediglich einen

verweigern oder für einen geeigneten Dolmetscher sorgen. Gleiches gilt, wenn ein Patient ohne Begleitung erscheint und sich nicht verständigen kann. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Nürnberg vom 28. Juni 1995 – 4 U 3943/94 – genügt es zur ordnungsgemäßen Aufklärung eines Patienten, welcher der deutschen Sprache nicht mächtig ist, nicht, ihm lediglich einen

### Kosten des Dolmetschers

Die Frage, wer die Dolmetscherkosten zu tragen hat, ist gesetzlich nicht geregelt und wurde gerichtlich noch nicht entschieden. Allein aus der Verpflichtung des Arztes, im Bedarfsfall einen Dolmet-

scher hinzuzuziehen, lässt sich nicht ohne weiteres eine Pflicht des Arztes zur Übernahme der Kosten des Dolmetschers herleiten, auch wenn dies in einigen Einrichtungen so gehandhabt wird. In der Begründung des Gesetzentwurfs zum Patientenrechtegesetz heißt es (ohne nähere Begründung) ausdrücklich:

„Bei Patienten, die nach eigenen Angaben oder nach der Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher **auf Kosten des Patienten** hinzuzuziehen.“



Foto: Fiedels/Fotolia

Bei näherer Betrachtung stellt sich diese Auffassung als zutreffend und sachgerecht dar. Die Dolmetscherleistung für sich betrachtet ist nämlich keine ärztliche Leistung, die der Arzt dem Patienten im Rahmen des Behandlungsverhältnisses schuldet. Diese Auffassung teilt auch das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 10. Mai 1995 – 1 RK 20/94. Anlass war die Frage, ob die Kosten für einen Gebärdendolmetscher für die Behandlung eines Gehörlosen der Gesetzlichen Krankenkasse auferlegt werden können. Das BSG stellte sich auf den Standpunkt, dass die Tätigkeit des Dolmetschers nicht Teil der ärztlichen Behandlung sei, weil der Arzt sie aufgrund seines ärztlichen Fachwissens weder leisten noch kontrollieren und somit auch nicht verantworten könne. Aus diesem Grund sei auch die Krankenkasse nicht verpflichtet, diese Kosten zu tragen. Diese Grundsätze lassen sich auch auf einen Sprachen-Dolmetscher übertragen. Es besteht damit zwar eine Verpflichtung des Arztes, bei Bedarf einen Dolmetscher einzuschalten. Dessen Leistungen sind aber nicht vom Verantwortungsbereich des Arztes umfasst und dieser daher auch nicht zur Kostentragung verpflichtet.

Schließlich führt auch eine systematische Betrachtung zu dem konsequenten Ergebnis, dass die Dolmetscherkosten dem Patienten und nicht dem Arzt zuzuordnen sind. Denn beim Behandlungsvertrag trifft nicht nur den Arzt die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Aufklärung und standardgemäßen Behandlung. Auch den Patienten treffen Mitwirkungspflichten, die in § 630c Ab-

satz 1 BGB normiert sind: Danach sollen Arzt und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Dies bezieht sich etwa auf die Pflicht, im Rahmen der Anamnese wahrheitsgemäße Angaben zu machen, pünktlich zum Operationstermin zu erscheinen sowie sich an die allgemeinen Anweisungen des Arztes zu halten (Compliance). Darunter dürfte aber auch die Pflicht zu verstehen sein, dem Arzt überhaupt erst die Aufklärung und Behandlung zu ermöglichen. Ein Patient, der einen Arzt in dem Wissen aufsucht, dass er sich mit ihm nicht wird verständigen können, wird nicht ernstlich erwarten können, dass der Arzt ihn behandelt bzw. auf eigene Kosten einen Dolmetscher bereit hält. Vielmehr dürfte es dem Interessen- und Verantwortungsbereich des Patienten zuzuordnen sein, dafür zu sorgen, dass eine Behandlung überhaupt stattfinden kann. Andernfalls steht es ihm frei, sich an einen geeigneten anderen Arzt zu wenden, der über die erforderlichen Fremdsprachenkenntnisse verfügt.

### Hinweise für die Praxis

Für den Praxis- bzw. Klinikalltag bedeutet dies, dass sich der Arzt bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, vergewissern muss, ob diese bzw. die Begleitperson die Aufklärung verstehen. Erforderlichenfalls kann auch auf Klinik- bzw. Praxispersonal zurückgegriffen werden, welches die jeweiligen Sprachkenntnisse aufweist. Hier gilt, dass die Anforderungen an die Übersetzung umso höher sind, je schwerwiegender und risikoreicher der geplante Eingriff ist.

Sind dem Arzt Anzeichen dafür erkennbar, dass der Patient trotz Übersetzung die Aufklärung nicht versteht bzw. dass Angehörige bewusst Informationen – etwa um den Patienten zu schonen – vorzuenthalten, sollte er eine (aufschiebbare) Behandlung verweigern. Sofern ein Patient ohne Begleitung erscheint und auch kein geeigneter Übersetzer unmittelbar erreichbar ist, sollte der Arzt die Behandlung ebenfalls nicht durchführen oder – sofern dies die Verständigung überhaupt zulässt – mit dem Patienten vereinbaren, dass auf dessen eigene Kosten ein Dolmetscher hinzugezogen wird. Auf diese Weise wird das Problem umgangen, dass anschließend Zweifel über die Kostentragung bestehen.

*Dr. Albrecht Wienke  
Rosemarie Sailer, LL.M.*



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



Rosemarie Sailer, LL.M.



# Wie weit reicht die Aufklärungspflicht?

In der OUMN vom Juni 2013 ist „Ein erster Überblick“ zum Patientenrechtegesetz von Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, erschienen. Daraufhin erhielten wir einen Leserbrief von Dr. Achim Schröder aus Bad Rothenfelde, in dem er von Unklarheiten bzw. Unsicherheiten zum Thema Aufklärung schreibt und um Präzisierung bittet.

In dieser Hinsicht bringt das Patientenrechtegesetz nichts Neues, sondern greift lediglich die ständige Rechtsprechung auf. Schon 1990 hat die Bundesärztekammer die seinerzeit vorhandene Rechtsprechung in Empfehlungen zur Patientenaufklärung<sup>1</sup> zusammengefasst: „Die Einwilligung ist zu jedem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff in die körperliche Integrität notwendig, also nicht nur zu Operationen, sondern zum Beispiel auch zu Injektionen, Transfusionen, Blut- und Gewebeentnahmen, Bestrahlungen, Spiegelungen, Einnahme von Medikamenten. Allerdings erfordert nicht jede ärztliche Behandlungsmaßnahme eine ausdrückliche Aufklärung und Einwilligung. Die Einwilligung wird (bei einfachen Behandlungsmaßnahmen der täglichen Praxis, zum Beispiel Verabreichung von Medikamenten ohne gravierende Nebenwirkungen) stillschweigend erteilt, wenn der Patient erkennt und widerspruchslos hinnimmt, was mit ihm geschieht“.

### AUS DEM LESERBRIEF

Bei vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen besteht große Verunsicherung im Hinblick auf die Aufklärungspflichten. Beispielsweise ist davon die Rede, dass einwilligungsbedürftige medizinische Maßnahmen nicht nur Eingriffe in den Körper sind (also klassischerweise Operationen, Injektionen, etc.), sondern „grundsätzlich auch alle sonstigen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung.“ Diese Begriffsfassung ist schwammig und führt zu Spekulationen, ob tatsächlich für jedes neu verordnete Medikament und für jede angeordnete rehabilitative Maßnahme eine Aufklärung zu erfolgen habe. Also: vor Gabe von

Beispiele zur Medikamentenverordnung aus der Rechtsprechung:

- Hat ein Medikament das Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen, muss der Arzt persönlich über diese aufklären und darf nicht nur auf die Gebrauchsinformation des Pharmaherstellers verweisen. Dabei ist es unerheblich, wie oft das Risiko zu einer Komplikation führt.<sup>2</sup>
- Soll im Rahmen der Behandlung ein neues Medikament zum Einsatz kommen, so ist eine vorherige Aufklärung auch dann notwendig, wenn zunächst nur ermittelt werden soll, ob das Medikament überhaupt anspricht. In einem solchen Fall darf die Aufklärung nicht deshalb unterbleiben, weil das abgesetzte Medikament in Bezug auf ein bestimmtes Risiko gefährlicher war als das neue Medikament. Das gilt auch, wenn vor Gabe des alten Medikaments über das Risiko aufgeklärt wurde.<sup>3</sup>

Diclofenac oral als Schmerzmittel, vor Anordnung einer vielleicht durchaus schmerzhaften Krankengymnastik, vor Verordnung von therapeutischem Nordic Walking (man könnte ja ausrutschen) mündlich und schriftlich aufklären?! Dies würde den täglichen Zeitrahmen und den rehabilitativen Ablauf komplett sprengen. Ich mag nicht glauben, dass das Patientenrechtegesetz dies beabsichtigt hat. Dennoch ist eine Präzisierung meines Erachtens dringend notwendig.

Dr. Achim Schröder  
Bad Rothenfelde

Grundsätzlich ist der Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Gefahren hinzuweisen (das mögliche Ausrutschen beim therapeutischen Nordic Walking dürfte wohl eher nicht darunter fallen, ebenso wenig die mögliche Schmerzhaftigkeit einer Krankengymnastik). Der Arzt darf in der Regel davon ausgehen, dass der Patient nicht eine eingehende sachliche Unterrichtung über spezielle medizinische Fragen erwartet.<sup>4</sup> Wenn dem Patienten seine Erkrankung, die Behandlungsbedürfnisse und deren Risiken im Großen und Ganzen bewusst sind, kann der Arzt – ohne zunächst weiter aufzuklären – erwarten, dass der Patient eventuell weitere und/oder vertiefende Fragen stellt.<sup>5</sup> Im Falle eines Falles: Die Beweislast bei Aufklärungsproblemen liegt grundsätzlich auf der Arztseite!

RA Johann Neu



Johann Neu ist Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

### ZUM NACHLESEN

- 1 Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Patientenaufklärung, DÄBl. 1990,39 ff
- 2 BGH, Urteil vom 15.3.2005 – VI ZR 289/03
- 3 BGH, Urteil vom 17.4.2007 – VI ZR 108/06
- 4 BGH, Urteil vom 22.12.1987 – VI ZR 32/87
- 5 BGH, Urteil vom 14.3.2006 – VI ZR 279/04

## KOMPLIKATIONEN



## Warum gehen Patienten zum Anwalt?

Die Frage, warum Patienten nach einer ärztlichen Behandlung beim niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus den Anwalt aufsuchen, ist an sich einfach zu beantworten: Es sind die falschen Reaktionen der Ärzte bzw. Krankenhausverwaltungen auf Nachfragen bei Komplikationen und Behandlungsfehlervorwürfen! Es gibt eine Handvoll klassischer Fehler bzw. Verhaltensmuster, die die Patienten bei komplikationsträchtigen Behandlungsverläufen veranlassen, anwaltliche Hilfe zu suchen.

### Hartnäckiges Bestreiten evidenter Fehler

Die klassischen Beispiele für evidente, nicht wegzudiskutierende Fehler sind Seitenverwechslungen bei paarigen Organen bzw. Körperteilen, Etagenverwechslungen an der Wirbelsäule und die Patientenverwechslung als Ganzes. Zu denken ist hier beispielsweise an die Entnahme der „falschen“ Niere, die Amputation des „falschen“ Unterschenkels oder die Kyphoplastie an der „falschen“ Wirbelsäulenetage etc.

In einem derartigen Fall ist der Arzt bzw. die Krankenhausverwaltung gut beraten, das Missgeschick anzusprechen – natürlich nach vorheriger Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung. Völlig verfehlt ist dagegen der Versuch, dem Patienten die Entnahme des „falschen Organs“ oder die Zementauffüllung des „falschen Wirbelkörpers“ als „richtige“ Vorgehensweise verkaufen zu wollen oder gar das Argument, die fehlerhafterweise amputierte Gliedmaße hätte ohnehin wenig später amputiert werden müssen. *In den Augen der Patienten ist ein derartiges Verhalten ein Zeichen von Ignoranz und von fehlender Bereitschaft zur Qualitätsverbesserung.*

### Unerreichbarkeit des Chefarztes oder Oberarztes nach (schwerer) Komplikation

Wenn (schwere) Komplikationen auftreten, ist es grundverkehrt, diese Komplikationen nur auf Assistenzarztebene zu erörtern. Die Patienten bzw. deren Angehörige

### Eine Stunde Patientengespräch zum richtigen Zeitpunkt durch den „richtigen“ Arzt erspart später viele, viele Arbeitsstunden im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses.

hörige haben in solchen Situationen ein tief sitzendes Bedürfnis nach maximaler Kompetenz und Autorität, die ein Assistenzarzt nicht ausstrahlen kann. Schwere und schwerste Komplikationen sind immer Sache des Oberarztes – oder besser des Chefarztes.

Ein die Patienten zusätzlich verstörender Faktor sind widersprüchliche Begründungen, warum „der Chef“ nicht zu sprechen ist. Den Anwälten wird häufig berichtet, die Einen würden gegenüber den Patienten/Angehörigen äußern, der Chefarzt sei auf Fortbildung, die Anderen, er sei in Urlaub, und Dritte gar würden sagen, er sei immer beim Golfspielen. Derartige Äußerungen – auch des Pflegepersonals – dürfen nicht fallen.

*In den Augen der Patienten ist die Unerreichbarkeit der leitenden Ärzte ein Zeichen von Arroganz und/oder Feigheit.*

### Erschwerung der Herausgabe von Patientenunterlagen

Ein weiterer Faktor ist der ungeschickte Umgang mit der Bitte um Herausgabe der Krankenakte. Auch hier gibt es typische, immer wiederkehrende, kontraproduktive Reaktionen der Ärzte bzw. Klinikverwaltungen: keine Beantwortung von An-

fragen, Verweis auf Einsichtnahme in die Akte in der Klinik, Verweis auf Einschaltung eines Anwalts und Übersendung unvollständiger Unterlagen. Der Verweis auf Einsichtnahme in der Klinik ist völlig unzureichend, da dem Patienten mit dem Blick in die Akte allein nicht gedient ist, er vielmehr die Unterlagen in Besitz nehmen muss, um sie unter Umständen einer Begutachtung zu unterziehen. Der Verweis auf die Einschaltung eines Anwalts ist aus ärztlicher Sicht besonders „hilfreich“, da man hiermit den einen oder anderen Patienten erst auf die Idee bringt, den Fall juristisch überprüfen zu lassen. Die Übersendung unvollständiger Unterlagen erweckt den Eindruck mangelnder Organisation und auch des Bemühens, nicht alle einschlägigen Unterlagen herauszugeben. *In den Augen der Patienten wirken diese Verhaltensweisen wie Versuche der Manipulation und der Vertuschung.*

### Keine Liquidation der inkriminierten Behandlung

Wenn Behandlungsverläufe komplikationsträchtig sind bzw. Behandlungsfehlervorwürfe erhoben werden, ist es falsch, auf eine Rechnungsstellung bezüglich der streitgegenständlichen Behandlung zu verzichten. Für die Patienten/Angehörige

## Recht und Wirtschaft

rigen ist dies immer ein Hinweis auf ein „schlechtes Gewissen“ der Ärzte, auch wenn dies ärztlicherseits nur als Entgegenkommen gedacht ist. *In den Augen der Patienten wird darin ein Schuldeingeständnis gesehen.*

### **Durchführung (noch) nicht indizierter Operationen**

Salopp ausgedrückt kann man bei manchen Behandlungen von einer „Indikation Privatpatient“ sprechen. Hierzu gehören verfrühte Prothesenimplantationen oder – ein sehr häufiges Beispiel – unnötige Arthroskopien. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte werden häufig bestimmte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) verkauft, von denen jeder Mediziner weiß, dass sie keinerlei Effekt haben können. Dennoch werden sie dem Patienten aus rein wirtschaftlichen

Gründen dringlich empfohlen. Erfahren der Patient oder die Angehörigen später nun, dass die durchgeführte Maßnahme in keinster Weise oder noch nicht indiziert war, führt dies zu großer Verärgerung. *In den Augen der Patienten ist ein derartiges Verhalten die „reine Habgier“.*

### **Verharmlosende Aufklärung**

Der vor einem Eingriff aufklärende Arzt muss vermeiden, den Eingriff zu verharmlosen, egal wie harmlos er in seinen Augen auch sein mag. Ferner darf die Aufklärung nie als reine Formsache bezeichnet werden, der man nur Genüge tun müsse, weil die Juristen dies verlangen. Derartige Äußerungen erwecken den Eindruck, dass der Eingriff in doppelter Weise nicht fehlschlagen kann: Der Heilerfolg wird eintreten und es wird keine Komplikationen geben. *In*

*den Augen der Patienten soll eine Erfolgsgarantie abgegeben werden.*

*Wie auch in den anderen Beiträgen erörtert, ist die richtige und vor allem ausreichende Kommunikation des Arztes mit den Patienten/Angehörigen ein ganz wesentlicher Faktor, um Missverständnisse zu vermeiden, Komplikationen zu erklären und frühzeitig Gedanken an Behandlungsfehlervorwürfe zu zerstreuen.*

Eine Stunde Patientengespräch zum richtigen Zeitpunkt durch den „richtigen“ Arzt (Oberarzt, Chefarzt) erspart später viele, viele Arbeitsstunden im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses.

*Dr. Monika Günther-Aschenbrenner  
Rechtsanwältin und Ärztin*

KBV-STELLUNGNAHME

# Kostenübernahme von Ankersystemen bei der Rotatorenmanschettennaht



Im Bereich des ambulanten Operierens kommt es immer wieder zu Problemen bei der Berechnungsfähigkeit von anfallenden Sachkosten. Einige Krankenkassen verweigern nun offensichtlich die Kostenübernahme von sogenannten Ankersystemen im Zusammenhang mit der Rotatorenmanschettenoperation, sodass der Berufsverband für Arthroskopie e.V. die Kassenärztliche Bundesvereinigung um Stellungnahme zu dieser Problematik gebeten hat. Hier die Stellungnahme.

Die Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) führen in Kapitel 7 zu in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen sowie nicht enthaltenen Kosten aus. Dabei sind gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten und demnach zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen 40750 bis 40754 des EBM sind für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung eines operativen arthroskopischen Eingriffs nach den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 berechnungsfähig und enthalten unter anderem keine Kosten für Implantate und Artikel des Sprechstundenbedarfs.

Die bei der arthroskopischen Rotatorenmanschettennaht (OPS-Schlüssel 5-814.4) verwendeten Ankersysteme werden in einem Set als Kombination aus Implantat und speziellen Einmalinstrumenten (Applikator) abgegeben

und sind als Fadenanker und sogenannte knotenlose Anker (ohne Faden) erhältlich. Grundsätzlich sind Sets nur dann zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig, wenn alle einzelnen Bestandteile des Sets als zusätzlich berechnungsfähig einzustufen sind. Die im Set enthaltenen speziellen Einmalinstrumente stehen grundsätzlich nicht in wiederverwendbarer Form zur Verfügung, und ohne den Applikator kann das Implantat nicht in den Knochen eingebracht werden, so dass es sich bei dem Set um eine untrennbare Kombination aus Implantat, Faden und Applikator handelt. Implantat und Faden verbleiben hierbei im Körper des Patienten, und der Applikator ist als Einmalinstrument „nach der Anwendung verbraucht“. Damit ist das gesamte Ankersystem gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen als zusätzlich berechnungsfähig zur ärztlichen Leistung und neben den Kostenpauschalen einzustufen.

Die Kosten für Materialien, die nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert ge-

genüber der Krankenkasse des Versicherten abgerechnet. Hierzu wählt der Vertragsarzt die berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus und hat die Originalrechnungen bei der rechnungsbegleitenden Stelle zur Prüfung einzureichen. Da einzelne Krankenkassen im Rahmen der direkten Abrechnung mittlerweile die Übernahme der Kosten für die oben genannten Systeme ungerechtfertigt ablehnen, empfiehlt die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der operativen Versorgung eines Risses an der Rotatorenmanschette im Bedarfsfall bereits vor einer entsprechenden Operation die Kostenübernahme für das Ankersystem durch den Patienten bei der Krankenkasse zu beantragen. Soweit diese die Kostenübernahme ablehnt, kann auch der Vertragsarzt die arthroskopische Durchführung der Operation mittels Ankersystem ablehnen. Die Kosten für das Fadenankersystem können in diesem Fall dem Patienten nicht als sogenannte „Selbstzahlerleistung“ in Rechnung gestellt werden.

*Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*



Nach Primärversorgung in Kunduz wird ein Patient im Black Hawk-Hubschrauber in ein „role 3“-Zentrum zum CT gebracht.

EINSATZ IN AFGHANISTAN

## Chirurgie am Hindukusch





Fotos: Privat

Seit über zehn Jahren ist die Bundeswehr in Afghanistan im Einsatz und leistet insbesondere im Norden des Landes einen großen Beitrag im Rahmen des ISAF-Mandates. Zweifelsohne handelt es sich dabei um den intensivsten und längsten Auslandseinsatz in der jüngeren Geschichte unseres Landes. Dies führt zum einen zu einer nicht unerheblichen Belastung der Truppe, aber auch zu einer deutlicheren Wahrnehmung der Bundeswehr in unserer Gesellschaft. Einen besonders hohen Anteil der Belastung durch die Auslandseinsätze trägt der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr. Dies führt neben vielen anderen Aspekten dazu, dass Einrichtungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zunehmend auf der Suche nach Kooperationen mit zivilen Einrichtungen sind. Der Inspekteur des Sanitätsdienstes, Generaloberstabsarzt Dr. Ingo Paschke, hat dies erst kürzlich in einem ausführlichen Interview im Deutschen Ärzteblatt kundgetan. Auch die jährlich stattfindende Militärchirurgen-Tagung der Bundeswehr, zuletzt am Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz, hat sich unter dem Titel: „Mit Expertise in den Dialog“ Fragen zur Vernetzung zwischen Einrichtungen des Sanitätswesens der Bundeswehr und zivilen Experten als Thema gestellt. Im Rahmen dieser medizinischen Tagung wurde ich als Referent geladen. Dies ist weniger der Tatsache zu schulden, dass ich – wie wahrscheinlich viele unfallchirurgische Kollegen – meinen Wehrdienst nach dem Studium der Medizin absolviert habe und formal in die Funktion der Reserve übernommen wurde. Vielmehr ist meine Einladung darauf zurückzuführen, dass es über die Ausbildungskonzepte der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) ATLS® und DSTC™ intensive Kontakte zur Bundeswehr gibt.

Als Unfallchirurg alter Prägung betrachtet man die Einsatzchirurgie immer mit einer gewissen Neugier und Faszination. Als Generaloberstabsarzt Paschke und ich im Rahmen der Abendveranstaltung in unserem Gespräch auf die Fragestellung „Kooperation mit zivilen Einrichtungen oder Reservisten“ kamen, wurde die „fixe Idee“ geboren, sich als Chirurg vor Ort einen Eindruck über die Aufgaben und auch Leistungsfähigkeit des Sanitätswesens der Bundeswehr im Einsatzland zu bilden. Auch wenn die Sicherheitslage im Land, gerade im Norden von Afghanistan, als immer noch kritisch zu bewerten ist, so sind die Lager der Bundeswehr in Mazar-i Scharif und auch Kunduz gut gesichert, so dass sich für einen Arzt und Familienvater die Sicherheitslage im Lager so gestaltet, dass auch meine Frau dem Einsatz zustimmte. So ging es nach einem ausführlichen Gesundheitscheck und einer abgekürzten Waffen-Ausbildung im März Anfang Mai zusammen mit Oberstarzt PD Dr. Robert Schwab als Chef der Viszeral- und Thoraxchirurgie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz knapp fünf Wochen zum Einsatz in das Feldlazarett in Kunduz, Afghanistan.

### Abgestuftes Versorgungskonzept

Um das Aufgabenspektrum, die Besonderheiten und auch die Probleme vor Ort zu verstehen, sind zwei grundsätzliche Dinge wichtig. Zum einen arbeitet die Bundeswehr im Einsatz genauso mit einem abgestuften Versorgungskonzept, wie wir es zum Teil über unsere Traumanetzwerk-Struktur auch in Deutschland etabliert haben. Die Versorgungsstrukturen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr sind abgestuft von „role 1“ bis „role 4“, wobei „role 1“ die primäre Versorgung im Feld mit notärztlicher Versor-

## Unterwegs



Rettungszentrum Kunduz – Eingangsbereich



Im Schockraum 1 im Rettungszentrum Kunduz

gung und allenfalls einer Rettungsstation darstellt, wo die erste Stabilisierung von Vitalparametern und gegebenenfalls eine Blutungskontrolle stattfindet. Die erste krankenhausähnliche Versorgungsstufe stellt das Rettungszentrum in der sogenannten „role 2“ dar. Hier stehen Chirurgie und Anästhesie zur Verfügung, einfache Labor- und Diagnostikeinrichtungen. Übersetzt auf das zivile System entsprechen der Standard und die Anforderung einer „role 2“ Einrichtung in etwa denen eines „lokalen Traumazentrums“ im zivilen Bereich. Die nächste Versorgungsstufe ist das Feldlazarett („role 3“) und hält weitere Fachdisziplinen wie Neurochirurgie, HNO, Urologie und auch Innere Medizin vor. Darüber hinaus ist die Infrastruktur ergänzt durch Einrichtungen wie eine Computertomografie. Von der „role 3“ erfolgt die Verlegung ins Heimatland luftgebunden mit verschiedenen Flugzeugtypen in die Einrichtung der Maximalversorgung im Heimatland, meist in das Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz, welches der sogenannten „role 4“ entspricht. Übersetzt für das zivile System bei uns in Deutschland würde das Feldlazarett einem regionalen Traumazentrum entsprechen; die „role 4“, das Bundeswehrkrankenhaus Koblenz, ist auch hierzulande als überregionales Traumazentrum zertifiziert.

### Einsatz in einer Einrichtung „role 2“

Der eigene Einsatz in Afghanistan fand in Kunduz in einem Rettungszentrum, also einer Einrichtung „role 2“ statt. Hier liegt der Standard eines lokalen Traumazentrums vor. Trotzdem ergeben sich einige Besonderheiten. Einrichtungen und OP waren sehr ähnlich wie zu Hause vorzufinden. Der Bildwandler hatte sogar einen etwas moderneren Stand. Die Laboreinrichtung war ebenfalls gut ausgebaut. Routinediagnostik war zeitnah verfügbar. Ein CT gibt es nicht. Lediglich normale digitale Röntgenbilder und Sonografie stehen als Diagnostik zur Verfügung. Ebenso wie an einem lokalen Traumazentrum ist keine Blutbank vorhanden, sondern lediglich ein Blutdepot mit einer limitierten Menge an Blutkonserven. Eine Nachbeschaffung lässt sich jedoch nicht durch einen Anruf in der nächsten Blutbank regeln. Stattdessen müssen Spender für eine Warmblutspende rekrutiert werden.

Am stärksten fällt die etwas andere personelle Zusammensetzung in einem Rettungszentrum in Afghanistan im Vergleich zu einem lokalen Traumazentrum in Deutschland auf. Das Ärzteteam setzt sich zusammen aus zwei Chirurgen und zwei Anästhesisten. Alle Einsatzchirurgen der Bundeswehr sind so ausgebildet, dass sie die chirurgische Kompetenz sowohl für die Verletzung des Körperstammes (Thorax, Abdomen) als auch für die Extremitäten und die notfallmäßige Behandlung des Neurotraumas beherrschen. Zu meiner Zeit vor Ort wurde das Team der Bundeswehr verstärkt durch ein holländisches Team mit einem Chirurgen und einem Anästhesisten und kurzzeitig durch ein amerikanisches Team mit einem Chirurgen, einem Anästhesisten und einem Emergency Physician.

Dieses Arbeiten auch im internationalen Umfeld, wo die verschiedenen Systemunterschiede noch mal verdeutlicht werden, war sehr interessant. Weitere entscheidende Aspekte sind, dass man zusammen mit zwei Anästhesisten und einem Truppenarzt ein Team darstellt, welches sich um die medizinischen Belange im Lager und für die Truppe draußen kümmert. Unterschiede in der Ausbildung und die üblichen interdisziplinären Grabenkämpfe in einer Universitätsklinik in Deutschland sind in einem Rettungszentrum in einem Einsatzland sehr weit weg, und der Teamgedanke, den wir in deutschen Traumazentren im Schockraumteam häufig entwickelt bekommen, dehnt sich hier auf das ganze Krankenhaus und die ganze Einsatzzeit aus.

Wichtig für das Verständnis des Einsatzes der Bundeswehr in Afghanistan sind auch einige Ausschnitte aus dem Leitbild des Sanitätsdienstes der Bundeswehr: „... zu unseren Zielgruppen zählen neben den Soldaten der Bundeswehr auch zivile Patienten und Soldaten anderer Nationen“, und „... wir sind ein dienstleistungsorientierter militärischer Organisationsbereich, der eine sanitätsdienstliche Versorgung der Streitkräfte sicherstellt, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht.“ Das heißt übersetzt, dass ein Soldat in Afghanistan oder einem anderen Land genauso medizinisch versorgt werden soll wie ein Verunfallter in Zentraleuropa.

## Hoch gesteckte Ziele werden erfüllt

Dies ist eine erhebliche logistische Herausforderung für die Bundeswehr. Aufgrund meiner persönlichen Erfahrung kann ich sagen, dass sie diesem hoch gesteckten Leitbild auch in Kunduz entspricht. Die erlebten Schockraumversorgungen waren gut strukturiert – in zwei Schockräumen konnten mehr oder weniger zeitgleich internationale Teams arbeiten. Als ATLS-Instruktoren lehren wir immer die ABCDEs als gemeinsame Sprache. Wie wichtig eine solche gemeinsame Sprache ist, kann man erst wirklich schätzen, wenn man zum Beispiel zusammengewürfelt mit einem amerikanischen oder holländischen Team im Schockraum einen Schussverletzten behandelt und anschließend operiert.

Auch wenn man durch seine langjährige klinische Tätigkeit im Traumazentrum in Deutschland fachlich gut vorbereitet ist auf die Tätigkeit in einem Rettungszentrum der Bundeswehr im Einsatzland, so ergeben sich neben den medizinischen Besonderheiten der Schuss- und Explosionsverletzungen einige Besonderheiten von organisatorischer Seite. Wir sind es gewohnt, zügig Abläufe vom Schockraum in die Diagnostik bzw. in den OP und die operative Versorgung zu gewährleisten, um den Patienten im Anschluss daran an die Intensivstation zu übergeben. Fragen der Weiterverlegung, die in einem Krisengebiet zum Teil mit extremen Wetterlagen (Sandsturm) erhebliche logistische Herausforderungen darstellen, sind einem Chirurgen in einem überregionalen Traumazentrum in einem Ballungsgebiet vollkommen fremd. Schon mit Eintreffen im Schockraum denkt der erfahrene Einsatzchirurg daran, wie er den Patienten nach seiner primären Stabilisierung, bei der das Damage Control-Prinzip größten Vorrang hat, in die nächsthöhere Versorgungstufe weiterverlegen kann.

Obgleich die Sicherheitslage in Afghanistan nach wie vor kritisch ist und insbesondere die afghanische Armee sich in der Region um Kunduz regelmäßig Gefechte mit Aufständischen liefert und auch viele Kräfte der Bundeswehr außerhalb des Lagers im Einsatz sind, so war zumindest zur Zeit meines eigenen Einsatzes die Zahl der Soldaten, die in Kampfhandlungen verwundet worden waren, ungefähr auf einen Patienten pro Woche begrenzt.

## Zivile Versorgungsaufgaben

Der Bundeswehreininsatz in Kunduz endet voraussichtlich im Oktober. Das Lazarett befindet sich im schon im Rückbau. Gleichwohl übernimmt die Bundeswehr noch einen gewissen zivilen Versorgungsauftrag in der Region, indem besonders komplexe Fälle behandelt werden, die das zivile System noch nicht übernehmen kann. Dies verleiht dem Einsatz des Sanitätsdienstes auch noch einen humanitären Aspekt. In der sogenannten „Local-Sprechstunde“ sah und behandelte ich das gesamte Spektrum der Chirurgie vom Oberschenkelbruch und Knocheninfektionen über Frakturen, abstruse Deformitäten, einfache Handverletzungen, plastisch rekonstruktive Eingriffe insbesondere nach Verbrennungswunden bis hin zum Leistenbruch oder der großen Struma. Dies war für mich zum einen sehr abwechslungsreich. Auf der anderen Seite war es eine interessante Erfahrung, in der Region der einzige verfügbare Chirurg zu sein – ein Gefühl, das man in einem überregionalen



Der Autor beim Einsatz im OP bei komplexer Ellenbogenfraktur

Traumazentrum in einem Ballungsraum in der Bundesrepublik Deutschland äußerst selten erfahren darf. Unter den „Locals“ gab es sehr dankbare Patienten, die zum Teil auch sehr widerstandsfähig waren. So kam es vor, dass eine Resektion von Pseudoarthrosen und Verkürzungsosteotomien mit Plattenosteosynthese am Femur und an der Tibia schon am ersten Tag nach der Operation in die „häusliche Pflege“ – in einer Lehmhütte – übergeben wurde. Wir hoffen alle, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen hierzulande solche Verläufe nie systematisch analysieren wird und die Verweildauern entsprechend anpasst.

Da es bei dem Einsatz kein Wochenende und keinen Urlaub gibt, bleiben neben Sprechstunden und Operationen noch Freiräume zum Lesen, Schreiben von Publikationen, die liegengeblieben sind, und auch für sportliche Aktivitäten. Der übliche Stress vom Alltag in einer Universitätsklinik schleicht sich aus und wechselt spätestens nach der ersten Woche trotz Dauerbereitschaft in eine gewisse angespannte Ruhe. So konnte ich nach fünf Wochen Auslandseinsatz meine Familie mit vielen neuen Eindrücken, aber auch nicht vollkommen ausgelaugt wiedersehen. Persönlich bleibt für mich folgendes Fazit dieses Reservisteneinsatzes stehen:

Die Bundeswehr schafft es auch in einem Krisen- und Kriegsgebiet, den Ansprüchen ihres Leitbildes gerecht zu werden und Soldaten entsprechend den Standards im Heimatland zu versorgen. Für den Unfallchirurgen ist ein solcher Einsatz sowohl medizinisch als auch aus persönlicher Sicht eine interessante Horizonsweiterung.

*Prof. Dr. Sascha Flohé*



Prof. Dr. Sascha Flohé ist stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Oberfeldarzt der Reserve.



„Where kids come first“: Durch ein große Anzahl privater Spender sind die kinderorthopädischen OP-Säle am Children's Hospital of Chicago hervorragend ausgestattet.



Die ASG Fellows im OP mit Prof. Farres Haddad, Gastgeber am University College of London und Editor-in-Chief des Bone and Joint Journals (vormals JBJS [Br])



Mit der British Rail ging es von London nach Nottingham.

Foto: Privat

ASG-FELLOWSHIP-TOUR 2013

## Zu Gast bei orthopädischen Exzellenzzentren in England, USA und Kanada

Das diesjährige ASG Fellowship wurde erstmals mit dem Meeting der American Orthopaedic Association (AOA) und der kurz darauf folgenden Jahrestagung der kanadischen Orthopädiegesellschaft (COA) verbunden, sodass der Reisezeitraum der ASG Fellowship Tour 2013 zwischen Mai und Juli lag. Die ASG-Fellows 2013 sind PD Dr. Rainer Biedermann, Prof. Dr. Andreas Niemeier, PD Dr. Fabian von Knoch und PD Dr. Tobias Renkawitz.

### Auftakt in London

Am 27. Mai 2013 trafen sich die vier Fellows zum Start ihrer Reise in London. Die britische Hauptstadt begrüßte sie mit strahlendem Sonnenschein und einem

Banking Holiday, und so wurde der erste Tag für eine Sightseeing Tour im Zentrum Londons genutzt. Am darauf folgenden Morgen begrüßte Prof. Fares Haddad, Direktor der orthopädischen Abteilung am University College of London, die Fel-

lows in den OP-Sälen des privatärztlichen Princess Grace Hospital und demonstrierte in schneller Abfolge eine Reihe von VKB Rekonstruktionen und meniskusadressierenden OP-Techniken. Der Nachmittag bot Gelegenheit zu weiterem



Terry Peabody, Chefarzt an der Northwestern University Chicago und zu diesem Zeitpunkt amtierender Präsident der American Orthopaedic Association, war für die ASG-Reisegruppe wichtiger Türöffner zu den orthopädischen Exzellenzzentren der USA.



Ohne Flugzeug fast undenkbar: Die ASG-Fellows besuchten innerhalb von sechs Wochen 13 Universitäten und zwei nationale Kongresse in England, USA und Kanada.

fachlichem Dialog über periazetabuläre Osteotomien und Hüftarthroskopien, diesmal allerdings mit einem zeitlich eher entspannten OP-Ablauf im öffentlichen University College Hospital (UCL). Es folgte im neu eröffneten Londoner „Institute of Sport, Exercise & Health“ ein intensiver, bis in die Abendstunden reichender wissenschaftlicher Austausch mit den englischen Kollegen der orthopädischen Abteilung, wobei die Fellows erstmals Gelegenheit hatten, ihre eigenen Forschungsergebnisse zu präsentieren, was sich im Laufe der nächsten sechs Wochen zu einer Routine entwickeln sollte. Als aktueller Editor-in-Chief des Bone and Joint Journals (BJJ; vormals JBJS [Br]) hatte Fares Haddad am darauffolgenden Tag eine beeindruckende Führung durch das Head Office des BJJ in der Buckingham Street in London Downtown organisiert. Eine besondere Freude war es dabei, in einer exklusiven Besprechungsrunde mit Editor Emeritus James Scott, Redaktionsleiterin Emma Vodden und Fares Haddad über die Geschichte, aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und die zukünftige Ausrichtung des BJJ als eine der global bedeutendsten orthopädischen Fachzeitschriften zu erfahren.

### Weiter nach Nottingham

Die zweite Station der Englandreise war Nottingham, das die Fellows mit der British Railway erreichten. In der Heimat Robin Hoods beeindruckten neben dem seit 1189 bestehenden ältesten Pub Englands (Ye Old Jerusalem) auch die beiden Gastgeber Prof. Angus Wallace und Mr. Peter James durch ihre im OP demonstrierte Expertise im Schulter- bzw. knie-

endoprothetischen Bereich. Das Queens Hospital ist ein hoch spezialisiertes Zentrum, in dem jährlich über 900 Polytraumapatienten und ca. 16.000 unfallchirurgische Eingriffe durchgeführt werden. Damit stellt es ein Beispiel für die im Vereinigten Königreich zunehmend weitgefaste Zentralisierung der Versorgung von traumatologischen Patienten dar. Im Gegensatz dazu werden im baulich etwas veralteten City Hospital nahezu ausschließlich elektive orthopädische Eingriffe durchgeführt. In dem historischen Gebäude reflektiert das Fortbestehen von Nightingale Wards – das sind große Hallen, in denen bis zu 20 Patienten ohne Trennwände untergebracht sind – einen gewissen Investitionsstau im englischen Krankenhaussystem und fungierte für die Fellows durchaus als „eye-opener“, zumal diese Verhältnisse für Patienten der ASG-Länder schichtweg nicht mehr vorstellbar sind. Die offensichtliche hohe Motivation und das durchweg gepflegte Erscheinungsbild des orthopädischen Pflegepersonals erschienen im Gegensatz dazu überdurchschnittlich. Auch erfuhren die Fellows in den historischen Räumen, dass die Anrede „Mr.“, die traditionell Chirurgen vorbehalten ist, sich von den Barbieren ableitet, die damit ihre chirurgische Tätigkeit und Lehre vom herkömmlichen „Dr.“ abgrenzten und auch als hierarchisch übergeordnet galten.

Eine Fahrt im 70 Fuß langen „narrow boat“ mit Angus Wallace in den traditionellen Kanälen der Midlands war ein abschließendes soziales Highlight eines herausragenden Aufenthaltes in England, der den Fellows einen tiefen Einblick in ein System gewährte, das vergleichswei-

se weniger in die Infrastruktur, dafür umso mehr in die Ausbildung junger orthopädisch-traumatologischer Kollegen zu investieren scheint.

### Über den Atlantik nach Chicago

Nach einem ruhigen Transatlantikflug von Birmingham nach Chicago begrüßte Prof. Terrance Peabody, Chairman der Orthopädischen Abteilung an der Northwestern University Chicago und zu der Zeit amtierender Präsident der AOA die Fellows am Flughafen. Terry Peabodys großes zeitliches Engagement, seine charismatische und gleichzeitig sehr nahbare Persönlichkeit, das hohe fachliche und wissenschaftliche Niveau der orthopädischen Abteilung und der beeindruckende, für Chicago typischerweise mehr vertikal als horizontal ausgerichtete Campus der Northwestern University und Feinberg School of Medicine ließ die Fellows sehr schnell zu der Überzeugung kommen, dass es sich hier um eine zukunftsorientierte Abteilung handelt und dieser Besuch eines der Highlights der Reise werden würde.

Für die mitteleuropäischen Gäste ungewöhnlich und für jeden Besucher an Ehrentafeln der Sponsoren erkenntlich war der große Anteil privater Spender am Bau des Krankenhauskomplexes, der im Falle vom Ann und Robert H. Lurie durch einen Beitrag von über 100 Millionen US-Dollar zur Namensgebung des Children's Hospital of Chicago führte, in dem die beeindruckende kinderorthopädische Abteilung in drei parallelen Sälen operiert. Beispielgebend für die noch folgenden Erfahrungen ihrer Reise erfuhren die Fellows, wie groß der Stel-

## Unterwegs

lenwert des akademischen Austausches und auch die Wertschätzung gegenüber den deutschsprachigen Gästen ist, als nahezu die gesamte orthopädische Fakultät einschließlich der Fellows, Residents und Studenten bei der akademischen ASG-Sitzung in Chicago anwesend war. Zumindest ein Teil der Neugierde dürfte bei den Kollegen auch durch den im Vorfeld von Terrance Peabody ausgesandten Flyer entstanden sein, in dem neben den Lebensläufen der Fellows und dem akademischen Programm des Abends auch die Geschichte des ASG-Fellowships (siehe Kasten S. 575) beschrieben wurde.

### Zu Besuch in Lincolns Heimat

Nach einem Abend in der Skybar mit Aussicht aus dem 94. Stockwerk über die Skyline Chicagos änderte sich der Blick auf Amerika aus dem Oberdeck des Amtrak Zuges über die Kornfelder des Mittleren Westens nach Springfield, Illinois, schlagartig. Der Abstecher in die Heimat des Bürgerkriegspräsidenten Lincoln war in erster Linie ein akademischer. Den Fellows wurde die Ehre zuteil, als diesjährige „E. Shannon Stauffer Visiting Professors“ des Departments ausgezeichnet zu werden: ein besonderes Event mit Vorträgen der Fellows sowie im Rahmen des darauf folgenden Galadiners der Überreichung der Abschlussdiplome durch den Gastgeber Prof. Khaled Saleh an die orthopädischen Graduierten des Jahrganges der Southern Illinois University School of Medicine sowie die Visiting Professor Urkunden an die Fellows.



An der kanadischen McMaster University waren die ASG-Fellows zu Gast bei der „Mac Ortho“-Gruppe, die eine weltweite Expertise in der evidenzbasierten orthopädischen Chirurgie besitzt. Im Bild die ASG Fellows mit (v li n. re) Prof. Mohit Bhandari, Dr. Bradley Petrisor und Prof. Michelle Ghert.

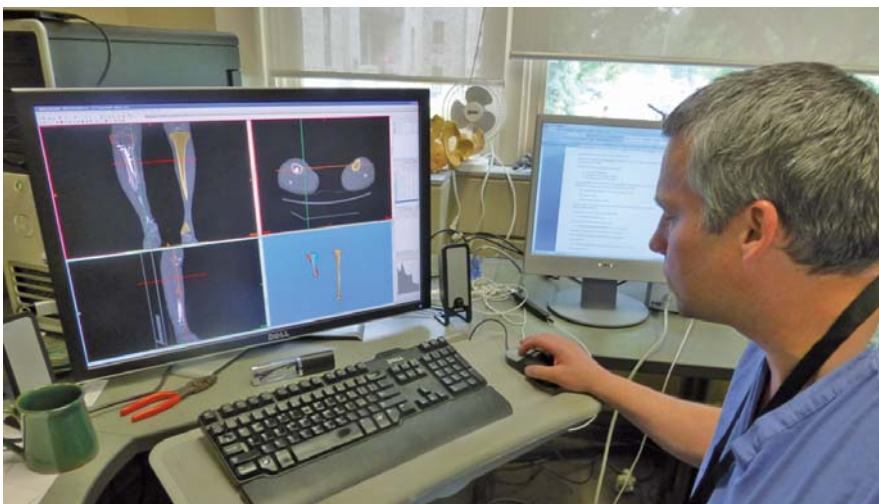
### Little Rock, Arkansas

Erneut über Chicago erreichten die Fellows anschließend die politische Heimat des 42. Präsidenten der Vereinigten Staaten von Amerika, William Jefferson „Bill“ Clinton in Little Rock, Arkansas. Am Abend der Anreise wurde den europäischen Gästen ein herzlicher und sehr persönlicher Empfang im Hause des Chairman Prof. Richard Nicholas gemeinsam mit Fakultätsmitgliedern und Ehepartnern bereitet. Der folgende Samstag war dem akademischen Austausch ge-

widmet. Bei dem eigens organisierten Symposium war in mittlerweile gewohnter Manier nahezu die gesamte orthopädische Abteilung anwesend. Begleitet von den Residents der Abteilung bestiegen die ASG-Fellows am nächsten Tag den 1.000 Fuß hohen „Pinnacle Mountain“, der eine fantastische Aussicht auf den Michigan River und die hügelige bewaldete Region um Little Rock bot, bevor der Sonntagnachmittag auf einer Anlage mit Schießübungen mit großkalibrigen Waffen einen für europäische Verhältnisse eher ungewöhnlichen Ausklang fand. Einer der amerikanischen Kollegen prägte den Ausspruch „If you don't know the Midwest, you don't know the United States“, und es war spätestens hier, als dies gelebte Realität wurde. Auch in Arkansas gab es danach zu Beginn der neuen Woche für die Fellows ausreichend Gelegenheit zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch im OP bei James Aronson/Dale Blasier im Arkansas Children's Hospital sowie bei dem revisionsendoprothetisch geprägten Präsidenten der Orthopaedic Society of Arkansas, Larry Barnes im St. Vincent's Hospital.

### AOA-Jahrestagung

Die diesjährige Jahrestagung der American Orthopaedic Association (AOA) fand am Fuße der Rocky Mountains in Denver, Colorado, statt. Dabei trafen die ASG-



An der Queens University im kanadischen Kingston entwickelt und forscht man an orthopädischen Navigationsverfahren für die Traumatologie und Endoprothetik.

Fellows bereits bei der Ankunft am Flughafen auf die Reisegruppe der Japanese Orthopaedic Association (JOA). Gemeinsam waren beide Fellowship-Gruppen Gäste an der University of Colorado bei Prof. Evelina Burger und Chairman Prof. Robert d'Ambrosia. Ein eintägiges wissenschaftliches Symposium unter Beteiligung von insgesamt sechs Fachgesellschaften (AOA/AAOS/ASG/JOA), intensive Gespräche mit den Kollegen vor Ort und die Vielzahl der gesehenen OP-Verfahren (Wirbelsäulen Navigation, Oberflächenersatz, Hüftrevisionen, Knierevisionen) machten auch den Aufenthalt in Denver zu einem einzigartigen Erlebnis. ([www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoold/departments/Orthopaedics/Pages/pressrelease-AOSSM.aspx](http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoold/departments/Orthopaedics/Pages/pressrelease-AOSSM.aspx)).

Das darauf folgende AOA-Meeting in Downtown Denver stellte für die Fellows eine bisher in dieser Form unbekannt Art eines Kongresses dar. Am besten ist es wohl durch sein Motto „leadership elevated“ charakterisiert und auf Politik, Networking und „leadership development“ ausgerichtet. Sämtliche in der US-amerikanischen Orthopädie politisch aktiven Protagonisten waren anwesend, ebenso wie fast alle „residency program directors“ und die Präsidenten der britischen, der südafrikanischen, der

neuseeländischen und der australischen orthopädischen Fachgesellschaften. Wissenschaftliche Papers und Posters nahmen nur einen kleinen Teil im Programm ein. Der eigentliche Austausch besteht vor allem in Form von „key lectures“ von „stakeholders“ zu den „hot topics“ in der Orthopädie, und ein gewichtiger Teil des Programms ist den Herausforderungen von orthopädischen Chirurgen in Führungspositionen gewidmet. Flankierend werden zukünftige Chefärztinnen und Chefärzte von Top-Referenten aus den gesamten USA im Zeit-, Personal- und „work-life“-Management geschult. Auch an diesen ganz praktischen Unterweisungen abseits der klassischen Fachmedizin nahmen die Fellows mit Begeisterung teil.

Wissenschaftliche Kernthemen des AOA-Kongresses 2013 waren die Integrität in der Wissenschaft, Standardisierungen in der Orthopädie, die Assistentenausbildung und das grundlegende Verhältnis zwischen Arzt und Industrie.

Auch bei dem AOA-Meeting in Denver wurde den ASG-Fellows besondere Wertschätzung entgegengebracht. Neben einer namentlichen und individuellen Begrüßung im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung gab es, organisiert von

dem AOA-ASG-Fellowship-Koordinator aus New York, Prof. Richard Iorio, eine Vielzahl offizieller Fellowship-Empfänge mit der Möglichkeit zum persönlichen Austausch mit dem Vorstand der AOA und Meinungsbildnern aus den gesamten USA.

## Omaha, Nebraska

Gemeinsam mit der Kinderorthopädin und US-amerikanischen ASG-Alumna Prof. Susan Scherl flogen die Fellows dann zu ihrer nächsten Station in Omaha, Nebraska. Mit dem dortigen orthopädischen Chair und Vorstandsmitglied der amerikanischen Hip Society, Prof. Kevin Garvin, besuchten die Fellows am Folgetag eine Baseballspiel der „College World Series“ und bekamen vor großer Kulisse unmittelbar am Spielfeldrand einen einzigartigen Eindruck von dieser amerikanischen Volkssportart. Am folgenden Montag präsentierten die Fellows in mittlerweile schon gewohnter Manier vor der gesamten Faculty im Rahmen der „grand rounds“ ihre Forschungsergebnisse und teilten sich in Folge auf, um ihrer Spezialisierung entsprechend die „attending surgeons“ in die Operationsäle zu begleiten. Eine abschließende Tour durch das Biomechaniklabor in Omaha bot die Gelegenheit, tribologische Testverfahren und Forschungsentwicklungen in orthopädischen Navigationsverfahren im Detail kennenzulernen. Wie an allen Stationen, so bot auch hier ein abendliches Fakultätsdinner die Möglichkeit zu einem persönlichen Kennenlernen und vertiefenden Gesprächen.

Der nächste Tag führte die Fellows in einer fünfständigen Autofahrt nach Iowa City. Die orthopädische Abteilung genießt aufgrund ihres engagierten akademischen Ausbildungsprogramms einen hervorragenden Ruf unter den US-amerikanischen Assistenzärzten. Für die jährliche Neuaufnahme von vier neuen Assistenzärzten liegen zumeist mehr als 400 Bewerbungen vor. Gegründet wurde die orthopädische Abteilung Iowas von dem Wiener Arthur Steindler, der 1915 zum ersten Professor für orthopädische Chirurgie in Iowa bestellt wurde. Er leitete die Abteilung über 34 Jahre und war auch ein Lehrer von Ignacio Ponseti. Mit dem ASG-Alumni und Gastgeber Prof. Larry Marsh sowie Prof. Stuart L. Weinstein, die sich beide bereits in den Anfangsjahren des Fellowships sehr um

## ZUR GESCHICHTE DES ASG-FELLOWSHIPS

Vor fast 35 Jahren, im Jahre 1979, traten die ersten Kollegen der deutschsprachigen orthopädischen Fachgesellschaften (ASG: Austria-Schweiz-Germany) eine Fellowship Tour nach England, Kanada und in die USA an. Alle zwei Jahre werden nunmehr von den ASG Stipendienkommissionen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ÖGO) und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SGOT) vier herausragende orthopädische Chirurgen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ausgewählt, um während eines sechswöchigen Auslandsstipendiums akademische und klinische „Centers of Excellence“ der orthopädischen Chirurgie im angloamerikanischen Raum zu besuchen. Das ASG Fellowship bietet somit die einzigartige Möglichkeit für einen wissenschaftlichen und klinischen Austausch auf höchstem Niveau. Bewertungskriterien um eine der renommierten

Auszeichnungen der deutschsprachigen Orthopädie schließen eine abgeschlossene Habilitation, Oberarztposition sowie eine hervorragende klinische und akademische Reputation ein. Der Kreis der deutschsprachigen ASG Fellows ist mittlerweile auf über 150 Mitglieder angewachsen und wird derzeit von Frau Prof. Dr. Anke Eckardt (Hirslanden Klinik Birshof, Schweiz) geleitet. Seit 1998 hat die amerikanische Fachgesellschaft AOA (American Orthopaedic Association) im Verbund mit der britischen (British Orthopaedic Association, BOA) und kanadischen (Canadian Orthopaedic Association, COA) Fachgesellschaft für Orthopädie das korrespondierende Reisestipendium englischsprachiger orthopädischer Chirurgen im Rahmen des ASG Fellowships etabliert. Seither besucht im zweijährigen Turnus nunmehr auch eine Gruppe orthopädischer Chirurgen aus England, USA und Kanada ausgewählte Zentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

## Unterwegs

den Austausch zwischen deutschsprachigen und nordamerikanischen orthopädischen Chirurgen verdient gemacht haben, stellt die orthopädische Universitätsklinik Iowa in gewisser Weise die Wiege des „amerikanischen ASG Stipendiums“ dar. Die Vorträge im Rahmen der Grand Rounds ab 6.30 Uhr sowie die anschließenden Besuche der Klinik, in dem hervorragend ausgestatteten Biomechaniklabor und dem biochemischen Laborbereich jeweils mit einer Vortrags Sitzung und wissenschaftlichen Diskussion zeigten auf, wie außergewöhnlich erfolgreich die gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Grundlagenwissenschaften und der Klinik in Iowa organisiert wird. Die Faculty ist dabei durchweg mit international bekannten Meinungsbildnern besetzt, und so kooperieren mehrere starke Chefarztpersönlichkeiten an der orthopädischen Abteilung der Universität in Iowa nebeneinander. Der eigentliche Abteilungsleiter übernimmt neben seinem eigenen Fachbereich eher eine übergeordnete Management-Funktion ohne herausgehobene Hierarchie.

### Jahrestagung der kanadischen Orthopädenvereinigung

Gespannt auf die Unterschiede zwischen den amerikanischen und kanadischen Systemen flogen die Fellows nun nach Winnipeg, MB, zur Jahrestagung der kanadischen Orthopädenvereinigung (COA). Auch hier wurden die Fellows im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung offiziell begrüßt, und auch hier war ein Kernbereich des Meetings das „leadership“, wobei die weitere Form der Tagung eher Symposiumscharakter hatte. Die Fellows nutzten dabei eine Vielzahl optionaler Weiterbildungsmöglichkeiten wie beispielsweise einen eintägigen Expertenkurs an Anatomiepräparaten zur MPFL-Rekonstruktion. Vom Zentrum des Kontinents führte die Reise an den Ontariosee nach Hamilton. Dort wurden die Fellows am Sonntag von Prof. Michelle Chert, stellvertretende Leiterin der Evidence-Based Orthopaedics Einheit an der McMaster Universität und selbst gerade von ihrem AOA-ABC Fellowship aus Südafrika zurückgekehrt, in einer beeindruckenden Truck-Stretchlimousine abgeholt. Bei einer Tour zu den Niagarafällen und mehreren Weingütern der Umgebung konnten sich die Fellows von der hervorragenden Qualität des kanadischen Weins überzeugen. Während des anschließenden Abendessens in der Peller Winery lernten die Fellows die Faculty der kanadischen McMaster Universität und Professor Mohit Bhandari, Chair of Orthopaedics und Direktor der „MacOrtho“ Forschungseinheit, kennen, der sich vollkommen von der klinischen Tätigkeit zurückgezogen und ganz der Wissenschaft verschrieben hat. In einem mitreißenden Vortrag im Rahmen der Grand Rounds an der McMaster University begeisterte er tags darauf die Fellows mit seinem Konzept global ausgerichteter, multizentrisch evidenzbasierter Studien und motivierte zur internationalen Zusammenarbeit (siehe auch [http://fhs.mcmaster.ca/macortho/ASG\\_VisitingFellows.html](http://fhs.mcmaster.ca/macortho/ASG_VisitingFellows.html)).

### Queens University in Kingston

Über Toronto führte der Weg mit der kanadischen Eisenbahn zum anderen Ende des Ontariosees zur orthopädischen Abteilung der Queens University in Kingston, der ehemaligen Hauptstadt Kanadas. Nach dem kurzen Krieg zwischen den jungen Vereinigten Staaten und Kanada im Jahr 1812 wurde das zweisprachige Ottawa im Landesinneren zur Hauptstadt ernannt.



Besonders auffällig: In vielen der besuchten US-amerikanischen Institute existieren gut ausgestattete „surgical skills labs“, die den Assistenzärzten hervorragende Trainingsmöglichkeiten vor Ort bieten.

Gastgeber und Chef der Kinderorthopädie in Kingston, Prof. Dan Borschneck, demonstrierte während der Tage in Kingston den großen Stellenwert der wissenschaftlichen Forschung und Ausbildung an der dortigen Fakultät. Neben der Eigenentwicklung orthopädischer Navigationsverfahren für Traumatologie und Endoprothetik forscht man hier auch an innovativen sonografisch kontrollierten Skoliosemessverfahren und ultraschallnavigierten Infiltrationstechniken an der Wirbelsäule. Nachahmenswert erschien den Fellows auch der einmal monatlich stattfindende Journal Club im Rahmen eines gemeinsamen Dinners der Residents und der Faculty, welcher neben dem wissenschaftlichen auch einen persönlichen Austausch unter den Kollegen erlaubt. Ein besonderes Highlight des „social programs“ in Kanada war zweifelsohne die „thousand island tour“ mit Dr. Gavin Wood. Auf seinem Motorboot navigierte der Leiter der Hüft- und Kniechirurgie die Fellows durch eine Vielzahl der insgesamt 1.600 Inseln am nördlichen Ontariosee nahe der US-amerikanischen Grenze.

### Die letzte Station: New Orleans

Über Toronto flogen die Fellows im Anschluss zurück in die USA nach New Orleans, Louisiana, der letzten Station der ASG Fellowship Tour 2013. Im Kontrast zum maritim anmutenden Klima der kanadischen Seenregion schlug den Fellows beim Verlassen des Flughafens die Hitze Louisianas entgegen.



Die kreolische Küche, die Architektur und die Lebensweise in New Orleans' Herzen, dem French Quarter, machten die Stadt zu einem ganz besonderen Erlebnis für die ASG Fellows. An der Tulane University gestalteten die Fellows zusammen mit James Andrews, einem der bekanntesten Sportmediziner der Vereinigten Staaten, die „22nd Ray Haddad Visiting Professor Guest Lecture“. Gastgeber und Chefarzt der orthopädischen Abteilung, Prof. Raul Rodriguez, machte dem Ruf seiner Stadt alle Ehre und veranstaltete an allen drei Abenden für die Besucher aus Europa ein Galadinner. Der letzte Abend endete mit einem für New Orleans typischen Jazzkonzert im „Blue Nile“ in der Frenchmen Street, einem Ort, der üblicherweise nur von „locals“ und nicht von Touristen aufgesucht wird.

Die Fellows waren hoch erfreut über die Tatsache, im schönen New Orleans, das trotz der Abwanderung von über 100.000 seiner Einwohner nach dem Hurricane Katrina im Jahr 2005 nichts von seinem früheren Charme verloren zu haben scheint, von zwei Gastgebern betreut zu werden und wurden so an ihrem letzten Sonntag von Prof. Scott Duncan, Chefarzt der orthopädischen Abteilung und Mitglied der Geschäftsführung des privaten Oschner Health Care Krankenhausverbunds, zu einer gemeinsamen Bootstour in die Sümpfe Louisianas abgeholt. Der Tag endete mit einer interessanten Führung und einem Einblick in das private Krankenhaussystem der USA. Am letzten Tag vor der Abreise bekamen die Fellows nochmals Gelegenheit zu einem persönlichen Austausch in den Operationssälen der New Orleans Oschner Clinic, gefolgt von einem letzten gemeinsamen akademischen Auftritt vor der versammelten orthopädischen Abteilung und einem kulinarisch-kreolisch geprägten Abschlussessen mit der Faculty im Herzen von New Orleans.

Zusammenfassend war das ASG Fellowship 2013 geprägt von einer überwältigenden Gastfreundschaft und Wertschätzung aller besuchten Institutionen gegenüber den deutschsprachigen Fellows und der deutschsprachigen orthopädischen Chirurgie. Alle Gastgeber hatten sich im Vorfeld schriftlich bei der AOA um den Besuch der ASG Reisegruppe beworben und für den jeweils zwei- bis dreitägigen Besuchszeitraum ein abwechslungsreiches und vielschichtiges Programm ausgearbeitet. Im Vordergrund standen der klinische, wissenschaftliche, aber auch der soziale Austausch, und so konnten bereits jetzt Kooperationen zwischen nordamerikanischen Gastgeberinstitutionen und den Heimatuniversitäten der ASG Fellows etabliert werden. In allen drei besuchten Ländern beeindruckte der Stellenwert und die Methodik bei der Ausbildung junger orthopädischer Chirurgen sowie die grundsätzliche Bedeutung wissenschaftlichen Arbeitens im Klinikalltag, die im täglichen Ablauf der besuchten Universitätskliniken eine großzügige und selbstverständliche zeitliche Berücksichtigung findet – ein Konzept, das den ASG Fellows auch für das universitäre Arbeiten in Deutschland, Österreich und der Schweiz vorbildhaft erscheint. Für alle vier Reiseteilnehmer war die ASG Fellowship Tour 2013 damit in jeder Hinsicht eine herausragende persönliche und fachliche Bereicherung und, last but not least, der Beginn einer großen Freundschaft innerhalb der Gruppe.

## Vielen Dank!

Die ASG Fellows 2013 bedanken sich herzlich bei der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ÖGO) und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SGOT) und den damit verbundenen ASG-Stipendienkommissionen für das Vertrauen und die wertvolle finanzielle, aber auch ganz persönliche Unterstützung, die diese einzigartige Reise und Erfahrung ermöglicht hat.

*PD Dr. Rainer Biedermann*  
*Prof. Dr. Andreas Niemeier*  
*PD Dr. Fabian von Knoch*  
*PD Dr. Tobias Renkawitz*



PD Dr. Rainer Biedermann, Universitätsklinik Innsbruck



Prof. Dr. Andreas Niemeier, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



PD Dr. Fabian von Knoch, Schulthessklinik Zürich



PD Dr. Tobias Renkawitz, Universitätsklinik Regensburg

# It could not have been more perfect

Die DGU sponsort im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) jährlich ein Congress Grant, um Nachwuchsärzten aus dem Ausland den Besuch des European Congress for Trauma and Emergency Medicine (ECTES) zu ermöglichen. Wir veröffentlichen hier den Bericht des diesjährigen Stipendiaten Dr. Paa Ekow Hoyte-Williams aus Ghana.

### Introduction

I would like to commence my brief report by extending my sincere gratitude and appreciation to the ESTES, the president, Taviloglu Korhan, the executives and all members for this honour and opportunity offered to me in the form of a Grant to participate in the 2013 congress. I assure you that even though it is an individual grant, the benefits thereof from the knowledge and experience acquired, will traverse multitudes of persons and boundaries both colleagues and clients.

The venue and city of the congress couldn't have been more perfect and I would like to congratulate the congress president, Voiglio Eric, and the entire team for a brilliantly organized event.

### Experiences and activities during the congress

The experience in the 14th European Congress of Trauma and Emergency Surgery to me is a very memorable one. The

congress venue, instructions and directions were clear and precise. The punctuality, modulation and the flow of the sessions were smooth and excellent.

Many of the sessions were of great interest to me however, the forums on road traffic injuries, hand trauma and Disaster and Military Surgery were of particular interest because of the direct bearing on my practice as a resident in surgery in Ghana.

In the various fora I participated in, it was highly impressive and inspiring to see the attempts made at providing the ultimate standard in trauma and emergency care. This insight made me assess the level of care we are able to provide back in my country and it motivates me to think about ways in which we can get to the desired standard as well as the role I can play to that effect.

I found the oral presentations particularly interesting, seeing what others are doing in Europe and around the world, and how they overcome some of the chal-

lenges I most frequently encounter, was a great eye opener. The vast experience shared from all over the world was really stimulating in the Experts forum on „How I do it“-Tips and Tricks. Indeed it is one session I would highly recommend.

There were opportunities to ask questions and interact with the experts in the various fields of Trauma and emergency surgery who were always happy to share their knowledge.

I remember participating in the 12 to 12 seminar on „How to organize a Mortality and Morbidity meeting“. The presenter admitted she was overwhelmed at the turn out. I believe many young surgeons like me are enthusiastic on running effective scientific meeting hence such fora provide the platform for answers we seek. I am vigorously discussing the imports of that meeting locally for implementation as the ideas and methodology provide more efficient ways of organising Mortality and Morbidity meetings.

I mounted a poster presentation on a case series of severe acute Fourniers Gangrene which I realised caught some attention. This was good as it provided another platform to interact with other participants where I was able to share my experience from a developing country and the efforts made to provide optimum care regardless of the limitation of resources.

The industry exhibition was a good opportunity to see some of the state of art teaching /simulating apparatus for students and residents as well as the technological advancement in surgical apparatus. I had great interactions and hope to follow up for future collaborations.

### DOCUMENTED SCIENTIFIC WORKS

Case report: Fourniers gangrene in a setting of limited diagnostic resources and literature review. **P.E Hoyte-Williams**, E.Ntifu-Siaw, F. Hoyte-Williams. Online archive of the European Journal of Trauma and Emergency Surgery. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00068-013-0282-6>

A Short term review of operated cases in the plastic surgery unit at the Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. Agbenorku P, **Hoyte-Williams P.E** and Omari K. Accepted on 24 April 2012 for Publication by Journal of Modern Plastic Surgery.

Management of severe burn injuries with topical Heparin: the first evidence-based study in Ghana. Pius Agbenorku, Setri Fugar, Joseph Akpaloo, **Paa E Hoyte-Williams**, Zainab Alhasan, Fareeda Agyei. Int J Burn Trauma 2013;3(1):30-36

Assessment Of Mortality Prediction Models in a Ghanaian Burn Population. N. Brussaers, P. Agbenorku, **P.E. Hoyte-Williams** Burns (2012). <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2012.10.023>

### Experiences and activities in my professional career

I am currently a senior resident in reconstructive plastic and burns surgery. I have already had three years of training in Surgery in general which includes rotations in all branches of surgery such as urology, plastic surgery, general surgery, trauma and orthopaedics, anesthesia, neurosurgery, paediatric surgery and cardiothoracic surgery.

In the center where I am training, our unit is responsible for all emergency hand trauma cases as well as burn patients. Being the only tertiary facility in the most populated region, all major hand injuries are referred to the center. Trauma to the hand accounts for about six up to ten percent of all traumas presenting to the emergency unit. The other emergency we see is acute burn injuries; however the rate of emergency surgeries in these patients is low. There are twice weekly seminar presentations by residents, one day for outpatient clinic where I see on the average 30 patients, organize daily ward rounds and one grand teaching ward round once a week. Emergency duties are run bi-weekly. A day in a week is scheduled for major elective surgery and another for minor elective cases.

With my experience and exposure I am able to handle a significant percentage of

trauma emergencies, however, with the more severe ones I assist my consultant or pursue it under his supervision.

Regular CMEs are part of my schedule. As an academic surgeon in training, I participate and sometimes lead various research projects within my unit and scope of training.

### Conclusion

As it is the aim of the ESTES to promote emergency surgery and trauma surgery in general and to disseminate interest, knowledge and quality in these fields, this grant has come to facilitate and fulfill this mission in me and it is my intention and ambition to be a leader in providing the best standard of trauma and emergency surgical care in my community and country. I am sincerely grateful to the ESTES for its contribution to the pursuance of this noble ambition.

*Dr. Paa Ekow Hoyte-Williams*



Dr. Paa Ekow Hoyte-Williams aus Ghana erhielt das diesjährige ECTES Stipendium der DGU.

1/3 Anzeige

## Namen

### Personalia



**Dr. Tilman Eßlinger**, bisher Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie an der Kreisklinik Ottobeuren, hat am 1. September 2013 auch die Leitung der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Kreisklinik Mindelheim übernommen. Seine Spezialgebiete sind die generelle Allgemeine- und Sporttraumatologie, die Primär- und Sekundärendoprothetik sowie arthroskopische und offene Gelenkchirurgie aller Gelenke.



**Ass.-Prof. PD Dr. Mathias Glehr**, Sektionsleiter für Revisions-, Infektions-, Rheuma- und Handchirurgie an der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in Graz, wurde am 10. Juli 2013 im Fach Orthopädie mit der Arbeit „Einfluss von Resveratrol und rheumatoide Synoviozyten – Analyse im Gene-Array“ habilitiert.



**PD Dr. Mohssen Hakimi** ist neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie im Berliner Vivantes Klinikum Am Urban. Neben unfallbedingten Verletzungen und Knochenbrüchen hat er sich auf die Behandlung fehlerheilender Brüche sowie Problemfrakturen spezialisiert. Daneben leitet er das handchirurgische Zentrum am Klinikum Am Urban.



**PD Dr. Thomas J. Heyse**, Oberarzt am Universitätsklinikum Marburg, hat sich im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie habilitiert. Das Thema seiner Habilitationsschrift lautet: „MRT nach Endoprothetik des Kniegelenks“.



**PD Dr. Stefan Piltz** ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Coburg. Zu seinen Schwerpunkten zählt neben der Wirbelsäulenchirurgie und der Hüftendoprothetik auch die Behandlung von Komplexverletzungen. Zuletzt leitete er die Sektion Unfallchirurgie in der Klinik für Allgemein-, Unfall-, Hand- und Plastische Chirurgie am Klinikum Großhadern der LMU München.



**Dr. Volkhart Rolf** steht seit 1. Juli dieses Jahres der neu gegründeten Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie an der Helios Klinik Wipperfürth vor. Der 43-jährige Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie kommt aus Remscheid, wo er als leitender Oberarzt und Chefarztvertreter in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig war.



**PD Dr. Dr. Patrick Sadoghi**, Assistenzarzt und Leiter der Forschungseinheit für Qualitätssicherung und Kosteneffizienz in der Endoprothetik, Arthroskopie und Gelenkchirurgie an der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in Graz, habilitierte im Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie zum Thema „Prävention und operative Rekonstruktion einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes“.

### Wir gratulieren...

#### Zum 80. Geburtstag

... Obermedizinalrat Dr. Klaus-Peter Adler, Langendorf  
... Prof. Dr. Hans-Joachim Fichtner, Heidelberg  
... Dr. Achilles Lang, Rio de Janeiro  
... Dr. Ahmed Radjeb, Springe  
... Dr. Natko Radocaj, NOVA VAS  
... Prof. Dr. Rudolf Richter, Albstadt

#### Zum 85. Geburtstag

... Dr. Hannelore Coßmann-Viebrock, Lingen  
... Dr. Bernt Feser, Höckel/Handeloh  
... PD Dr. Hans Rainer Mittelbach, Lemberg  
... Dr. Dieter Schürhoff, Helmstedt

#### Zum 90. Geburtstag

... Prof. Dr. Reinhold Frowein, Köln  
... Dr. Dietrich Kogge, Potsdam

#### Zum 95. Geburtstag

... Dr. Hans Kruijjer, Oberstdorf

## Urs Heim †

4. April 1924 – 25. Juli 2013

Nach kurzer, schwerer Krankheit ist unser Korrespondierendes Mitglied der DGU und Preisträger der Stromeyer-Medaille 2002, PD Dr. med. Dr. h.c. Urs F. A Heim, gestorben.

Urs Heim absolvierte sein Medizinstudium in Zürich, das er 1949 mit dem Staatsexamen und 1951 mit dem Doktorat abschloss. Danach war er Assistenzarzt in Basel, St. Gallen und Zürich. Ab Oktober 1958 war er erster Assistent bei Martin Allgöwer in Chur, ab Frühjahr 1959 dann Oberarzt und Chefarztstellvertreter. Von 1961 bis 1981 arbeitete er als Chefarzt am Kreuzspital Chur. 1973 habilitierte er in Basel. 1992 wurde er mit dem Doktor honoris causa der Universität Jena geehrt.

Urs Heim war einer der Pioniere unserer Disziplin. Er war Ehrenmitglied der AO, der er 1962 beitrug. Ab 1964 entwickelte er führend an dem ersten Kleinfragmentinstrumentarium der AO mit. Er leistete zahlreiche Beiträge zur Entwicklung neuer OP Techniken und dem dazugehörigen Instrumentarium, unter anderem auch in der Handchirurgie. Von 1972 bis 1990 war er Mitglied der AO Technischen Kommission. Auch in der Schulung erwarb er sich große Verdienste, weshalb er von 1988 bis 1993 als Präsident von AO International und Missionar der AO Prinzipien weltweit unterwegs war, unter anderem auch mehrfach in der DDR, wo er 1972 nach einem Besuch feststellte, dass er selten irgendwo auf der Welt eine so präzise Umsetzung der AO Prinzipien und Techniken gesehen habe.

Urs Heim schrieb mehrere Bücher, unter anderem Periphere Osteosynthesen unter Verwendung des Kleinfragment-Instrumentariums (1972), Die Pilon-tibial-Fraktur (1991), Small Fragment Set Manual (1982), Internal Fixation of Small Fractures (1988) oder Das Phänomen AO (2001). Seine Arbeit und Fallsammlungen für das AO Dokumentationszentrum lieferten die Basis für die AO Klassifikationen.

Zahlreiche Ehrenmitgliedschaften, wie von der European Society for Traumatology and Emergency Surgery (ESTES), der Schweizer Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin (SGTV), deren Präsident er von 1982 bis 1984 war, würdigten seine herausragenden Leistungen weltweit.

Wir trauern um einen der Väter unserer Disziplin und sind mit den Gedanken bei seiner Familie.

*Univ.-Prof. Dr. Dr. Norbert P. Haas  
Past President der AO Foundation*

*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann  
Präsident der DGU/DGOU*



# 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](mailto:bvou@bvou.net)  
der DGOOC: [info@dgooc.de](mailto:info@dgooc.de)  
der DGOU: [office@dgou.de](mailto:office@dgou.de)  
der DGU: [office@dgu-online.de](mailto:office@dgu-online.de)



Von links nach rechts: Dr. Andreas Gassen (BVOU-Vizepräsident), Helmut Mälzer (BVOU-Präsident), Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (BVOU-Vizepräsident)



Reinhard Deinfelder, LOB Württemberg

## Kurzbericht von der Gesamtvorstandssitzung des BVOU am 20./21. September 2013 in Berlin

Helmut Mälzer, Berlin

Am Freitag und Samstag (vor der Bundestagswahl) trafen sich die Mitglieder des Gesamtvorstandes in Berlin-Tiergarten turnusgemäß zur Sitzung mit einem straffen Programm. Bei sehr guter Arbeitsatmosphäre wurden alle Tagesordnungspunkte geschafft.

Referent Herr Lars Lindemann, Hauptgeschäftsführer der SpiFa und Mitglied des Bundestages, berichtete zur „Positionierung von Facharztthemen im Bundestag“. Für die nächste Legislaturperiode steht unter anderem auf der Agenda: Bürgerversicherung (abgelehnt auf dem Deutschen Ärztetag); Prävention (auch für unser Fachgebiet O und U); Delegation versus Substitution (ärztlicher Leistungen), wobei für die Qualitätssicherung zeitnah die Berufs- und Fachverbände die Qualitätsnormen festlegen sollten; Reform der GOÄ, welche seit vier Jahren im Gespräch ist und eine Einigung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Sicht erscheint. Der Präsident wies auf unsere Forderungen zur Finanzierung der Weiterbildung von Assistenten in der Praxis, der Implementierung „des Facharztes“ im Sozialgesetzbuch V, der Erweiterung des §73 c als „verpflichtend für die Kassen“ mit fairer „Bereini-

gung“ und Änderung der „Gegenfinanzierung“ hin.

Kollege Deinfelder, Landesvorsitzender Württemberg, berichtete über den Selektiververtrag in Baden-Württemberg (Ba-Wü), welchen der BVOU-Bundesvorstand (GfV) voll und ganz (auch finanziell) unterstützt. Es wurde deutlich, dass zur Zeit (nur) regional Chancen auf Besserung der Honorarmisere (im EBM) durch Zusatzverträge mit einzelnen Kassen möglich sind: Am Beispiel von Ba-Wü ist dies vorbildlich gelungen.

### Trübe Aussichten: Honorarentwicklung 2014

Die trüben Aussichten über die Honorarentwicklung 2014 zeigte uns Kollege Gassen, BVOU-Vizepräsident und stellvertretender Vorsitzender der Vollversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), auf. – Laut Statistischem Bundesamt geht es uns allen „gut“! – Unser aller grundlegende Kritik am EBM ist vorgegeben durch die „Mitwirkung“ des Spitzenverbandes Bund, in dem die Kassen sogar eine Absenkung der Honorare (für O und U) forderten. Diese Haltung der Kassen lässt sich auch durch keine noch so teuren Statistiken

und betriebswirtschaftliche eigene Analysen beeinflussen, wenn es sich für die Kassen an anderer Stelle nicht durch eine „Gegenfinanzierung“ rechnet. Zur Erinnerung: Das seinerzeit in Auftrag gegebene „Henker“-Gutachten zur Kostenstellenrechnung war sehr gut, extrem aufwändig und sehr teuer für den BVOU: Eine Auswirkung für die betriebswirtschaftliche Berechnung des EBM im Bewertungsausschuss (BA) ergab sich nicht. Es ist schade um das Geld (!), wenn es keine Konsequenzen nach sich zieht.

Eine EBM-Reform gestaltet sich eher als eine Art „Kuhhandel“, wie die aktuelle Kontroverse im Hausarzt-EBM offenbart. Das fachärztliche Kapitel wird überarbeitet werden, der Zeitplan 1. Juli 2014 ist heute wohl schon „Makulatur“. 2015 oder später?

Aktuell sind unsere Niedergelassenen ab 1. Oktober 2013 direkt vom „Hausarzt“-EBM betroffen, welche in fachübergreifenden BAG (medizinischen Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen) tätig sind. Die Grund- und Chronikerpauschalen im allgemeinärztlichen Bereich fallen weg, wenn der Facharzt zum Beispiel bei demselben Patienten eine Akupunktur macht. Gegen diesen Unsinn wenden sich der

## Aus den Verbänden

BVOU und inzwischen auch die KBV. Die Verhandlungen mit den Kassen gestalten sich zäh, es bleibt zunächst der BA-Termin am 25. September 2013 abzuwarten.

### Interessante Diskussion zur Ausbudgetierung von Grundleistungen

Interessant ist die Diskussion zur sogenannten Ausbudgetierung von Grundleistungen. Aus einer BVOU-Umfrage an die Mitglieder wurde deutlich, dass der BVOU die Grundleistungen des Faches O und U definieren soll. Unter Leitung des Kollegen Graf, Leiter der BVOU-Vorstandskommission EBM und Landesvorsitzender Bayern, wurde ein Vorschlag erarbeitet und im Gesamtvorstand am Samstag nach ausführlicher Diskussion abgestimmt: Anamnese, Untersuchung und Bewertung sollten pauschaliert extrabudgetär bezahlt werden. Die übrigen Leistungen der jetzigen Ordinationsgebühr müssen dann gesondert betrachtet werden.

Am Samstag wurden die Berichte der einzelnen Vorstandsmitglieder und Landesvorsitzenden beraten.

Der Vorschlag des Präsidenten, den Mitgliedern in der Mitgliederversammlung am 25. Oktober 2013 zu empfehlen, neun Kandidaten für die Wahl des geschäftsführenden Vorstandes aufzustellen, fand eine deutliche Mehrheit. Nach der letzten Satzungsänderung vor vier Jahren wird im Vorstand ein ordentliches Mitglied „mit überwiegend unfallchirurgischer Tätigkeit“ vertreten sein. O und U wachsen auch organisatorisch weiter zusammen. Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen für die Bereitschaft zu kandidieren bzw. im „Projekt“ kooperiert mitzuarbeiten. Nach Beschluss wird Reinhard Deinfelder, Landesvorsitzender von Württemberg, künftig für die „konservative“ Orthopädie für den GfV zuständig sein.

### Herzlichen Dank!

Zum Schluss bedanke ich mich bei allen anwesenden Vorstandskollegen wie Stellvertretern für ihr Kommen und für ihre geleistete Arbeit. Unserer Geschäftsstelle möchte ich für die sehr gute Vorbereitung und Organisation der Gesamtvorstandssitzung, insbesondere der Büroleitung, meinen herzlichen Dank aussprechen.

Auf Wiedersehen beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 in Berlin.



Helmut Mälzer,  
Präsident des BVOU





# Honorardesaster 2009 bis 2012 aus Sicht der KBV-Statistik

Dr. Christian Hauschild, Dr. Joachim Splieth

Das 13. Quartal in Folge bietet den Fachärzten für Orthopädie in Schleswig-Holstein im Resultat tiefrote Zahlen. Vorwiegend konservativ ausgerichtete Praxen decken danach kaum die Fixkosten ihres Betriebes. Rentabilitätsberechnungen des Bundesverbandes niedergelassener Fachärzte (Baertl et. al., 2013) für die vertragsärztliche Tätigkeit des konservativ tätigen Orthopäden machen deutlich, dass die Behandlung eines GKV-Patienten 2013 zum Nulltarif erfolgen wird. Die fachärztliche Grundversorgerpauschale von 2,40 Euro je konservativen Fall ab 1. Oktober 2013 kommt zu spät und kann die erlittenen Verluste der letzten fünf Jahre in Schleswig-Holstein nicht im Ansatz ausgleichen.

Die Fehlgeburt „EBM-Reform“ wird nicht korrigiert: Die KBV erscheint hilflos (es soll an den Honorarverteilungsmaßstäben – HVM – der Länder liegen), und die Landes-KVen sind resignativ bis frech („Da hat der Berufsverband beim EBM nicht aufgepasst“). Die wirklichen Leistungserbringer der ambulanten Orthopädie sind teilweise fassungslos über so viel Unfähigkeit, fehlende Einsicht oder politische Inkompetenz.

So war der Weg der KBV, über eine Veröffentlichung der Abrechnungsdaten ab 2009 die wirtschaftliche Situation auf der Einkommenseite transparent darzustellen, sicherlich richtig. Die KBV hat von den Landes-KVen gelieferte Daten verarbeitet und stellt sie öffentlich und umfassend aufbereitet dar. Zu lesen unter: [www.kbv.de/41532.html](http://www.kbv.de/41532.html)

Zahllose und umfangreiche Tabellen werden angeboten, die anfangs eher verwirren, aber bei entsprechender Aufarbeitung zunehmend aufschlussreich werden. Die Zahlen der KBV geben das her, was insbesondere Inhaber konservativ geführter orthopädischer Praxen seit langem wahrnehmen: Nach streng betriebswirtschaftlichen Daten kommt es selbst bei zunehmender Leistungsmenge zu einem konstanten Honorarabzug bei orthopädischen Kernleistungen. Es braucht nicht extra erwähnt zu werden, dass besonders aufwändige Leistungen wie Punktionen, intraartikuläre Injektionen usw. als Folge fehlender Gebührenordnungsziiffern das Spektrum des Fachgebietes völlig unzureichend abbilden und möglicherweise ursächlich für die Honorarverluste anzusehen sind.

## 1. Fragestellung an die Datensammlung der KBV

Sind die Honorarverluste orthopädischer Praxen den regionalen HVM geschuldet – und sind nur einzelne Länder besonders betroffen?

**Resultat:** In einer einfachen rot/grün-Darstellung (rot: Verlust/grün: Gewinn) kommt eine eindeutige Antwort. Bis auf zwei Bundesländer werden im Gesamtverlauf der Quartalsauszahlungen (Basis 1/2009) nur Verluste dargestellt (► Tab. 1). Bei fünf Bundesländern kommt es nur passager zu einer „beruhigenden“ Honorarerhöhung, die jedoch nicht nachhaltig ist. Damit scheint eine regional bedingte HVM-Beeinflussung keine besondere Relevanz zu haben.

## 2. Fragestellung

Es wird berichtet, dass es in den letzten vier Jahren doch immer wieder zu Honorargewinnen in verschiedenen Bundesländern gekommen sein soll und damit auch in orthopädischen Facharztpraxen. Regionale Honorarverteilungsmaßnahmen greifen je nach Bundesland korrigierend ein. Ist zumindest damit ein teilwei-

Auswertung Zahlenmaterial KBV <a href="http://www.kbv.de/41532.html">http://www.kbv.de/41532.html</a> - Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 2. Quartal 2012																				
Monat	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal				
2009 1	7.980.947	8.786.700	4.327.247	23.822.299	34.036.850	38.811.857	18.146.177	12.170.565	37.224.887	41.551.241	18.146.531	4.285.392	5.329.495	5.270.821	8.808.634	5.454.802	11.679.518	245.088.527	34.831.360	279.719.887
2009 2	7.506.524	9.073.805	4.280.904	22.019.987	33.163.828	33.731.278	15.815.308	11.524.888	35.191.482	41.549.172	14.888.581	3.885.569	5.882.214	5.364.614	8.786.700	11.459.878	231.190.318	34.193.482	285.370.879	
2009 3	8.770.678	9.377.495	4.195.255	21.814.634	33.267.824	33.846.988	15.845.794	11.930.912	32.434.680	40.123.847	13.981.731	3.759.428	4.817.737	4.929.865	8.580.888	6.200.257	11.295.575	236.868.554	33.657.423	280.485.978
2009 4	8.821.456	9.786.789	4.180.176	21.894.510	32.787.851	32.721.583	15.898.116	11.833.791	34.871.324	41.081.172	13.934.567	3.779.884	5.207.289	5.014.028	8.410.994	5.390.391	11.451.382	238.080.252	33.822.738	281.892.989
2010 1	8.900.829	9.108.411	4.127.425	21.212.331	33.985.361	31.828.389	17.893.338	11.857.888	34.545.575	40.879.858	12.991.587	3.559.918	5.353.915	5.192.398	8.871.323	5.245.418	12.070.854	228.977.535	33.844.651	262.822.186
2010 2	8.838.384	8.696.782	4.190.858	19.888.982	32.228.718	34.877.888	17.284.831	11.280.798	33.388.282	41.867.022	12.847.947	4.013.015	5.466.250	5.154.370	8.848.882	5.272.848	12.193.284	228.087.071	34.036.380	262.123.451
2010 3	8.451.684	7.781.131	4.224.463	17.824.576	31.325.898	33.235.988	16.327.785	11.280.082	31.884.140	38.024.798	11.900.583	3.882.521	4.870.680	4.884.608	5.337.932	5.149.392	11.230.228	211.331.538	31.687.818	243.019.356
2010 4	8.862.385	7.574.217	4.220.319	17.768.172	31.482.908	33.214.823	15.554.238	8.516.047	33.489.756	38.875.387	13.505.581	3.689.413	5.180.652	5.089.721	5.500.458	5.056.341	11.530.185	213.588.448	32.549.387	246.137.835
2011 1	8.985.121	7.857.347	4.234.345	19.814.814	33.820.157	34.288.268	16.002.872	11.482.022	38.218.454	38.227.485	12.575.577	4.049.860	5.305.122	5.082.420	8.822.919	5.218.450	12.422.343	225.225.208	32.782.254	258.007.462
2011 2	8.875.858	7.207.344	4.381.948	20.418.672	32.934.342	34.440.172	15.877.844	11.881.818	35.551.852	37.830.887	12.881.059	3.567.958	5.782.189	5.082.212	5.771.188	5.339.782	12.482.307	221.888.451	33.774.823	255.663.274
2011 3	8.597.829	6.917.142	4.164.521	19.998.389	32.484.215	28.827.389	16.382.954	11.220.885	34.753.491	35.815.988	12.889.888	3.984.557	4.936.688	4.908.016	5.787.708	5.498.845	12.835.329	213.745.894	33.139.782	246.885.676
2011 4	8.745.812	7.888.864	3.980.988	19.217.243	32.118.993	30.990.989	16.037.489	9.820.088	35.772.876	37.235.833	12.775.628	3.882.833	5.858.580	4.943.594	4.478.725	5.818.828	12.285.715	215.585.478	33.811.489	249.396.967
2012 1	7.221.688	6.927.564	4.185.281	31.482.898	31.780.488	31.265.151	16.874.821	11.280.322	38.370.738	38.881.501	12.701.721	4.037.584	5.185.748	5.057.810	5.708.084	5.688.586	12.140.885	223.598.995	33.785.388	267.384.383
2012 2	8.838.884	7.182.281	4.275.731	20.288.308	31.888.828	31.384.542	15.929.888	11.245.328	34.818.488	38.150.128	12.817.273	3.589.512	4.834.588	4.888.888	5.853.888	5.567.612	11.734.781	215.181.788	32.787.888	247.969.676
Veränderung gegenüber 2009 1	-1.151.089	-1.603.493	-111.516 €	-1.571.893 €	-2.059.237 €	-5.247.275 €	-2.215.377 €	-1.933.259 €	-2.698.487 €	-5.401.108 €	-3.725.058 €	-344.859 €	-364.835 €	-403.822 €	-1.233.010 €	-112.820 €	55.243 €	-29.966.741 €	-1.833.704 €	-31.800.445 €
	-14%	-18%	-3%	-15%	-6%	-14%	-12%	-16%	-7%	-13%	-23%	-8%	-7%	-8%	2%	0,5%	-12%	-9%	-11%	

Tab. 1 Orthopädisches Gesamthonorar in den Bundesländern von 2009 bis 2012 (Quelle: KBV)



fektiv auf unter 1,90 Euro – zusammengeschrumpft: zum Überleben für neue Kollegen, die eine Praxis übernommen haben, zu wenig.

Honorarpolitisch sind damit die letzten vier Jahre für die ambulante orthopädische Versorgung in Schleswig-Holstein und auch bundesweit ein absolutes Desaster. Grundbedürfnisse der Patienten wie differentialdiagnostische (neurologische) Untersuchungen, hochspezialisierte konservative Therapien und ausführliche Beratungen bei lebensverändernden Erkrankungen können bei inadäquater Vergütung nicht mehr geleistet werden. Stellt sich nur die Frage, wie sich die perpetuierten Honorarverluste der letzten Jahre erklären lassen. Konkret: Wo ist das Honorar geblieben? Wer sind die Vorteilsnehmer? Wer sind die Verlierer? Erfolgt ein Honorarabfluss sinnvoll und juristisch sauber in freie Leistungen? Welchen Einfluss haben die Honoraränderungen auf das Leistungsspektrum der Grundversorgerpraxen? Sind die Betrachtungen der Fixkosten einer GKV-Praxis korrekt interpretiert und seriös im EBM umgesetzt?

### Forderungen

Die KBV wird diese Analysen nicht erstellen. Ein Berufsverband soll die wirtschaftlichen Bedingungen für seine Mitglieder sicherstellen, damit diese ihren Beruf ausüben können und in der Zukunft auch noch Nachfolger finden. Dazu ist eine professionelle Analyse der KBV-Daten vom BVOU in Auftrag zu geben. Externe Gutachter oder Institute zur Datenanalyse sollten eine Differenzierung und Bewertung der Honorarentwicklung vornehmen, um besonders gefährdete Leistungsspektren einer fachärztlichen Grundversorgung zu identifizieren. Die Honorarproblematik muss aufbauend auf diesem Analyseergebnis zum strategischen Schwerpunktthema gemacht werden. Konzepte zur abgestimmten Vorgehensweise auf Bundesebene für die

Landesvertretungen müssen entwickelt werden. Ein Umdenken über stringente Strategien – auch mit juristischen Mitteln – scheint dringend notwendig. Ein Urteil des Sozialgerichtes Kiel weist auf mögliche Erfolgsaussichten.

### Schlussbemerkung

Die Datengrundlage und Datendarstellung durch die KBV muss als verbindlich angesehen werden. Die Autoren sind keine Statistiker, können aber die Zahlen und Auswirkungen des EBM-Systems in der eigenen Praxisrealität wiederfinden und absolut bestätigen. Unschärfen bei der Interpretation der teilweise sehr komplexen Daten sind dennoch möglich.



Dr. Christan Hauschild,  
Landesvorsitzender  
des BVOU Schleswig-  
Holstein



Dr. Joachim Splieth,  
stellvertretender  
Landesvorsitzender  
des BVOU Schleswig-  
Holstein

### Quellen

- Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Praxen mit zugelassenen Ärzten  
Drabinski, Thomas (2009), IfMDA: Auswirkungen der Honorarreform auf die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein. Teilstudie 1: Veränderung der Honorarsituation des ersten Quartals 2009 im Vergleich zu den Vorjahren. September 2009

1/3 Anzeige



Eine rechtzeitige Ruhestandsplanung wird immer wichtiger.

## Die Pflegeversicherung: Der Erhalt des Vermögens im Alter

Marco Mancarella, Funk Gruppe

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt – und damit auch das Risiko für den Einzelnen, eines Tages auf Pflege angewiesen zu sein. Die gesetzliche Pflegeversicherung reicht lediglich für die Grundversorgung, daher ist eine Eigenvorsorge dringend notwendig.

### Die Pflegepflichtversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde die gesetzliche Pflegepflichtversicherung eingeführt. Sie unterstützt Betroffene und Angehörige über Sach- und Geldleistungen und ermöglicht es, ambulante Pflegedienste oder eine stationäre Unterbringung in Anspruch zu nehmen. Die gesetzliche Pflegeversicherung mildert zwar einerseits die finanzielle Situation der Betroffenen und der Angehörigen. Andererseits sind die Leistungen aber bei weitem nicht ausreichend, um entstehende Kosten vollständig zu decken.

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung haben sich die Leistungen

### 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](http://www.funk-gruppe.de)

kaum erhöht. Die Kosten für die Pflege haben sich jedoch mehr als verdoppelt.

So betragen die monatlichen Pflegeplatzkosten durchschnittlich 3.525 Euro. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede. Bei einer maximalen gesetzlichen Leistung in Höhe von 1.510 Euro verbleibt Monat für Monat eine Differenz in Höhe von 2.015 Euro – und das bei einer durchschnittlichen Pflegedauer von 8,2 Jahren.

In Deutschland erhalten aktuell mehr als zwei Millionen Menschen eine Leistung aus der Pflegepflichtversicherung. In den nächsten zehn Jahren wird die Anzahl der Leistungsempfänger aufgrund demografischer Entwicklungen mindestens um 50 Prozent steigen. Auffallend ist, dass sich bereits jetzt schon in rückblickender Betrachtung der letzten zehn Jahre die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe 1 mehr als verdoppelt hat, während die Anzahl der Leistungsempfänger in den Pflegestufen 2 und 3 nahezu konstant geblieben ist.

## Private Absicherung durch Pflegezusatzversicherungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung sichert also lediglich eine Grundversorgung ab. Eigenvorsorge ist nicht nur sinnvoll, sondern notwendig, wenn

- die eigenen Einkünfte zur Kostendeckung einer Pflege nicht ausreichen,
- die Familie finanziell nicht belastet werden soll (Stichwort Elternunterhalt),
- das Erbe nicht zur Disposition stehen soll.

Die individuelle Notwendigkeit für eine zusätzliche Pflegevorsorge wird oft verdrängt. Zu bedenken ist aber, dass

- die eigenen Kinder als Erwachsene oft nicht mehr in der Nähe der Eltern wohnen,
- die eigenen Kinder oft aus beruflichen oder wirtschaftlichen Gründen keine Möglichkeiten zum Pflegen haben,
- der Partner meist dann selbst schon in hohem Alter ist,
- vorhandene Werte inflationsbedingt verlieren.

Private Absicherung ist auf verschiedene Arten möglich, die sich allerdings deutlich unterscheiden. Man sollte sich genau informieren, um keine persönliche Fehlentscheidung zu treffen. Vor dem Hintergrund des oben erwähnten Anstieges der Leistungsempfänger nach Pflegestufe 1 erscheint es sinnvoll, dass ein Tarif der Pflegezusatz-Versicherung bereits Leistungen in dieser Pflegestufe vorsieht.

Zur Sicherung des Vermögens bei einem Pflegefall kommen folgende Produkte in Betracht: Die Pflegekostenversicherung, die Pflegetagegeldversicherung und die Pflegerentenversicherung.

## Die Pflegekostenversicherung

Die Pflegekostenversicherung orientiert sich stark an der gesetzlichen Pflegeversicherung und übernimmt die Kosten, die nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung verbleiben. Die angebotenen Tarife ermöglichen die Erstattung tatsächlich angefallener Kosten bis zu einem festgelegten Höchstbetrag oder zu einem vorgesehenen Prozentsatz. Der Vorteil der Pflegekostenversicherung liegt darin, dass in diesem Verfahren der Zusammenhang zwischen Kostensteigerungen und Eigenbeteiligungen deutlich wird. Die Erstattungen passen sich der Kostenentwicklung an. Der Versicherte kann also bei gestiegenen Kosten weiterhin einen erheblichen Teil der Aufwendungen decken.

## Die Pflegetagegeldversicherung

Die Leistungen der Pflegetagegeldversicherung werden unabhängig von den tatsächlich entstehenden Pflegekosten gezahlt. Der vertraglich zu leistende maximale Geldbetrag wird bei Vertragsabschluss festgelegt. Die anteilige Auszahlungshöhe ist auch abhängig von der Einstufung nach der jeweiligen Pflegestufe in der Pflegepflichtversicherung. Der volle Leistungsbetrag ist meist erst in der Pflegestufe 3 fällig. Einige Versicherer zahlen ausschließlich in der Pflegestufe 3.

Anders als bei der Pflegekostenversicherung besteht kein Zusammenhang zwischen dem gewählten Absicherungsbetrag und der tatsächlichen Kostenbelastung. Es sollte darauf geachtet werden, dass der Versicherungsvertrag die regelmäßige Möglichkeit einer bedarfsgerechten Dynamisierung beinhaltet – auch dann, wenn bereits der Pflegefall eingetreten ist. Der Vorteil der Pflegetagegeld-

versicherung liegt darin, dass der Kunde frei über die Auszahlung verfügen kann, diese also auch zweckentfremdet einsetzen darf.

## Die Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung besteht aus einem Versicherungsschutz gegen Pflegebedürftigkeit und Tod. Außerdem ist ein Sparvertrag enthalten, der nach der jeweiligen Lebenserwartung kalkuliert ist. Im Pflegefall wird je nach Hilfebedürftigkeit eine monatliche Rente gezahlt. Innerhalb dieses Grundkonzeptes existieren mittlerweile Angebote, die Leistungen kombinieren, zum Beispiel zwischen Altersrente und eintretender Pflegebedürftigkeit. Eine Leistung wird oft auch bei Demenz bezahlt. Es wird ein Rückkaufswert gebildet. Der Vertrag wird vielfach bei einem Eintritt der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beiträge zur Pflegerentenversicherung sind meistens höher als bei einer Pflegekosten- oder einer Pflegetagegeldversicherung, jedoch weisen diese Beiträge eine hohe Stabilität aus.

## Private Vorsorge wird derzeit noch unterschätzt

Im Pflegebereich ist die faktische Notwendigkeit einer ergänzenden privaten Pflegeversicherung allgemein anerkannt. Dennoch liegt die Marktpräsenz von privater Vorsorge in diesem Segment innerhalb der bundesdeutschen Bevölkerung bei weniger als zwei Prozent. Die Probleme, die aus dieser Unterversorgung entstehen – das zeigen die derzeitigen Diskussionen – sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung damit höher als die der gesetzlichen Rentenversicherung.

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Alle Angebot finden Sie unter [www.bvou.net](http://www.bvou.net) | Login über SSL | Service | Angebote



## > Care Vision

>> Augenlaserkorrekturen

Mit einer Augenlaserbehandlung können Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen korrigiert werden. Profitieren Sie von unseren Sonderkonditionen für alle Mitarbeiter sowie für deren direkte Familienangehörige.

Nachlass: bis zu 20%



## > XXXL

>> Die mit dem roten Stuhl

Die XXXL Möbelhäuser bieten neben allen Arten und Stilrichtungen an Möbeln auch umfangreiche Fachsortimente rund ums Wohnen. So findet sich in den XXXL Einrichtungshäusern eine große Auswahl.

Nachlass: ab 15%



## > Congstar

>> Beste D-Netz-Qualität

Günstig telefonieren, surfen und SMS schreiben mit den flexiblen Handytarifen von congstar. Entscheide selbst! Stell dir deinen individuellen Wunschartif zusammen oder entscheide dich für eines unserer günstigen Tarifpakete.

Nachlass: bis zu 10%



## > Dyson

>> Der Staubsauger ohne Saugkraftverlust

Dysons patentiertes Reinigungssystem verlässt sich nicht auf Beutel oder Filter. Deshalb verfügen alle Dyson Staubsauger über konstante Saugkraft!

Nachlass: bis zu 50%



## Neue Mitglieder

Ashraf **Abu Taimeh** · Lippstadt

Ahmos **El Dsoki** · Berlin

Dr. med. Michael **Gasper** · Biberach

Dr. med. Ludger **Kempf** · Weinheim

Dr. med. Leo-Christian **Olberz** · München

Carsten **Petersen** · Potsdam

Dipl.-Med. Siavasch **Ramin** · Berlin

Daniel **Travniczek** · Frankfurt am Main

Dr. med. Stefan **Wilimowski** · Wiesbaden

Anzeige

Breite: 110 mm

Höhe: 180 mm

# Jahresbericht der GOTS Sektion

## Sportorthopädie – Sporttraumatologie

Dr. Martin Engelhardt

Mit über 1.100 Mitgliedern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ist die Gesellschaft für orthopädisch-traumatologische Sportmedizin (GOTS) nach der amerikanischen Society (AOSSM – American Orthopaedic Society for Sports Medicine) die größte und bedeutendste sportorthopädisch-traumatologische Gesellschaft der Welt.

### Jahreskongress in Mannheim

Der Jahreskongress der GOTS fand am 14. und 15. Juni 2013 unter der Präsidentschaft von Prof. Holger Schmitt und Prof. Matthias Buchner in Mannheim statt. Einen ausführlichen Kongressbericht finden Sie in der OUMN Ausgabe 4/2013, Seite 445ff.

### Zeitschrift „Sports Orthopaedics and Traumatology – SOT“

Viermal jährlich gibt die GOTS die „SOT“ heraus. Alle darin veröffentlichten wissenschaftlichen Beiträge werden einem Review-Prozess unterworfen. 2014 wird ein neuer Antrag auf Aufnahme in das MEDLINE-System gestellt.

### Forschungsförderung

2013 wurde der mit 15.000 Euro dotierte Michael-Jäger-Preis an Ulrike Müller und PD Dr. Thore Zantop für ihre Arbeiten zur Nachbehandlung nach operativer Versorgung von Kreuzbandrupturen verliehen. 2014 werden erneut 20.000 Euro zur Förderung eines Forschungsprojektes vergeben. Zusätzlich stellt die Deutsche Arthrose-Hilfe über die GOTS jährlich 10.000 Euro für das Heinrich-Hess-Arthrose-Stipendium zur Verfügung.

### GOTS-JAHRESKONGRESSE

Die nächsten Jahreskongresse der GOTS finden statt:

- 2014 in München (Präsident Prof. Dr. Gerhard Bauer)
- 2015 in Basel (Präsident Prof. Dr. Beat Hintermann)
- 2016 in München (Präsident Prof. Dr. Romain Seil)

### Austauschprogramme

In diesem Jahr organisiert die GOTS für zwei japanische und zwei koreanische Kollegen ein vierwöchiges Fellowship-Programm in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Daneben wurde für die DGOOC das vierwöchige Südafrika-Fellowship-Programm in Deutschland organisiert. Zwei deutsche Kollegen bereisen noch in diesem Jahr italienische Kliniken im Rahmen des Europa-Fellowship-Programmes der GOTS.

### Wettkampfmedizin

Zusammen mit dem Verein der Verbandsärzte Deutschlands bietet die GOTS ein fortwährendes Fellowship „Sportärztlicher Einsatz in Training und Wettkampf“ an.

### Sportmedizinische Symposien

2012 wurden in Deutschland 26 Veranstaltungen mit über 2.500 Teilnehmern unter GOTS-Patronat durchgeführt.

### Mitarbeit in Gremien und Kooperationen

Teilweise intensive Kontakte bestehen national zum Verein der Verbandsärzte

Deutschlands, zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), zur Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), zur AGA – Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie, zum Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), zur Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) und zum Bundesverband für Arthroskopie (BVASK). International besteht eine gute Kooperation zur European Society for Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA), zur Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO) und zur Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM) sowie zur American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM).

### Projekte

Die GOTS arbeitet an zahlreichen Projekten für die Zukunft:

- GOTS Video Education
- Zertifizierung in der Sportorthopädie
- Klausurtagung zur Weiterentwicklung der Gesellschaft



PD Dr. Martin Engelhardt ist Schriftführer der GOTS.





Die AE-Manuale gelten in der endoprothetischen Versorgung von Schulter-, Knie-, Hüft- und Sprunggelenk als Standard im deutschsprachigen Raum. Restexemplare sind über die AE-Geschäftsstelle noch erhältlich: [sekretariat@ae-germany.com](mailto:sekretariat@ae-germany.com)

# Jahresbericht der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Prof. Dr. Bernd Fink, Prof. Dr. Heiko Reichel

Seit ihrer Gründung im Jahr 1996 hat die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) einen Schwerpunkt auf die Gestaltung einer umfassenden Fort- und Weiterbildung für Ärzte und OP-Personal gelegt. Daneben wurden weitere Tätigkeitsfelder wie Forschungsunterstützung, Öffentlichkeitsarbeit und zuletzt vor allem eine Initiative im Bereich der Qualitätssicherung endoprothetischer Versorgung initiiert. Die AE hat heute über 450 Mitglieder, in der ComGen – einer Organisation für jüngere Kollegen in nicht-selbstständiger Position – sind 70 Orthopäden und Unfallchirurgen aktiv. Seit die AE Sektion der DGOU ist, hat sie sich für alle Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, die ein besonderes Interesse an der Endoprothetik haben, geöffnet. Danach steht künftig die AE grundsätzlich für Fachärzte aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. für Wissenschaftler mit nachgewiesenem Tätigkeitsschwerpunkt in der Endoprothetik offen. Damit können jetzt auch nicht-selbstständige Kollegen (zum Beispiel angestellte Fachärzte, Oberärzte, etc.) Mitglied werden, sofern ein besonderes Engagement und die entsprechende Qualifikation im endoprothetischen Bereich nachgewiesen

sind. Innerhalb der AE ist dann unter definierten Voraussetzungen eine Aufnahme in die ComGen sowie in eine neu gegründete AE-Akademie möglich. Diese beiden Gruppierungen werden ein Forum für besonders interessierte und engagierte Kollegen mit unterschiedlichen Zielsetzungen darstellen. Derzeit wird im Präsidium ein Konzept erarbeitet, wie die unterschiedlichen Gruppierungen am besten die Umsetzung der Vereinsziele unterstützen.

## Fort- und Weiterbildung

Ein zentrales Element sind die AE-Kurse mit Schwerpunkt im Bereich der Hüft- und Kniegelenkchirurgie, die deutschlandweit an meist wechselnden Standorten entweder im Basis- oder Master-Format angeboten werden. Für das Schultergelenk wird jährlich ein Spezialkurs und für das Handgelenk zweijährlich ein Spezialkurs angeboten.

Jährlich einmal werden sie ergänzt durch einen Drei-Länder-Kurs in gemeinsamer Ausrichtung durch AE-Mitglieder aus Österreich, Schweiz und Deutschland (2011 in Kitzbühel, 2012 in Zürich, 2013 in Wien).

Neben Plenumsvorträgen und ausführlichen Falldiskussionen bilden Workshops zur Planung und Durchführung operativer Eingriffe sowie zur sicheren Handhabung von Implantaten ein zentrales Element aller Kurse. Die Mitglieder des AE-Teaching-Komitees haben gemeinsam mit Vertretern der Industriepartner eine Workshop-Struktur entwickelt, die praktisches Training sicherstellt. Neu in das Programm aufgenommen wurden Kurse für evidenzbasierte Medizin sowie ein sogenanntes AE-Tutorial, das erstmalig im November 2011 mit enormem Erfolg eine vollständig neue Form der Wissensvermittlung nutzte. Daneben gibt es regelmäßig sogenannte Kompaktkurse zu streng umschriebener Thematik wie „Zementiertechnik“ oder „Perioperatives Management“.

Insgesamt waren 2012 bei 21 AE-Veranstaltungen knapp 1.100 Teilnehmer registriert, die detaillierten Evaluationen spiegeln eine durchgängig hohe Zufriedenheit.

Ein zunehmend wichtiges Fundament für die Qualifikation von Kursleitern, aber auch Referenten im Rahmen von AE-Veranstaltungen bilden die als Teach-the-

## Aus den Verbänden

Teacher bezeichneten Didaktik-Kurse. Unter der Leitung von Wolf Mutschler werden innovative Lehrformen vermittelt, die unser tradiertes Verständnis der Vortragsgestaltung hinterfragen sollen. Eine Projektgruppe unter Leitung von Florian Gebhard und Carsten Perka entwickelt derzeit ein Konzept, wie diese neuen Lehrmethoden in das bislang gültige Kursangebot so integriert werden können, dass eine organische Weiterentwicklung in sowohl qualitativer als auch organisatorisch-logistischer Hinsicht zukünftig erreichbar ist.

Der AE-Jahreskongress fand im Dezember 2012 in Dresden unter der wissenschaftlichen Leitung von Klaus-Peter Günther, Michael M. Morlock, Edmund Neugebauer und Hans Zwipp statt. Hier wurden erstmalig neben medizinisch-wissenschaftlichen auch versorgungspolitische Themen intensiv besprochen, und Patientenvertreter konnten ihre Anliegen und Ansichten mit den Fachexperten austauschen. Im Rahmen des Kongresses wurde die AE-Ehrenmitgliedschaft an Prof. Ian D. Learmonth verliehen, der zur Entwicklung internationaler Standards in der Endoprothetik beigetragen hat.

Nicht nur für ihre Mitglieder, sondern auch für viele weitere Teilnehmer bot der ComGen-Kongress 2013 ein spannendes wissenschaftliches Programm. ComGen-Präsident Stephan Kirschner und die wissenschaftlichen Leiter Alexander Beier, Bernhard Egen und Iris Schleicher konnten zahlreiche Teilnehmer in Hamburg begrüßen. Die Tagung bietet traditionell eine Mischung aus medizinischen Themen sowie Beiträgen aus Klinikorganisation und Personalentwicklung.

### Publikationen

Neben der Wissensvermittlung im Rahmen von Veranstaltungen sieht die AE ihre Aufgabe auch darin, Standards in gedruckter Form zu verbreiten. In einem zentralen Projekt der vergangenen Jahre konnte mittlerweile das aktuelle Wissen um den Gelenkersatz in vier Bänden gebündelt werden: Unter der Koordination von Ulrich Holz haben AE-Mitglieder mit besonderer Expertise das AE-Manual erstellt, das in der endoprothetischen Versorgung von Schulter-, Knie-, Hüft- und Sprunggelenk als Standard im deutschsprachigen Raum gelten kann. Restexem-

plare der AE-Manuale sind über die AE-Geschäftsstelle noch erhältlich.

Ganz aktuelle Informationen werden jeweils in sogenannten AE-Bulletins zusammengefasst. Bernd Fink, Carsten Perka und Wolf Mutschler veröffentlichen darin die Manuskripte der Referenten vom AE-Sektionstag beim jährlichen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie – aktuell zu den Themen periprothetische Infekte (2010) und periprothetische Frakturen (2011) sowie Weichteilprobleme Hüft- und Kniegelenk (2012). Aber auch die Ergebnisse von Arbeitsgruppen aus dem Bereich der Schadensanalyse (siehe unten) werden damit allen Mitgliedern und sonstigen Interessierten zur Verfügung gestellt.

### AE-Preis und Reisestipendium

Jährlich wird der mit 10.000 Euro dotierte AE-Preis als Auszeichnung für eine innovative wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik ausgeschrieben. 2012 wurden insgesamt 13 höchstrangige Publikationen aus den besten Journalen des Faches dafür eingereicht. Die mehrköpfige Jury wählte unter den anonymisierten Veröffentlichungen die von Hans Gollwitzer aus, so dass Volker Ewerbeck als Leiter der Preis-Kommission im Rahmen des AE-Kongresses die Auszeichnung überreichen konnte.

Eine weitere Initiative zur Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses war die Vergabe von zwei AE-Reisestipendien zur Teilnahme am internationalen Kongress „Current Concepts in Joint Replacement“ in den USA. Teilnahmeberechtigt waren Orthopäden und Unfallchirurgen und alle AE- sowie ComGen-Mitglieder. Im vergangenen Jahr konnten Iris Schleicher und Jens Dargel als Auszeichnung für ihr wissenschaftliches Engagement an dieser Veranstaltung teilnehmen und schilderten in einem beeindruckenden Reisebericht ihre Erfahrungen.

### AE-Qualitätsinitiative

Als Sektion der DGOU ist die AE in besonderer Weise dazu prädestiniert, qualitätsrelevante Themen im Bereich der Endoprothetik zu bearbeiten. Von besonderer Bedeutung ist für die AE eine enge Verzahnung mit den Aktivitäten der wis-

### INTERESSE GEWECKT?

Bei Interesse an einer Mitgliedschaft in der AE können sich Kollegen gerne via E-Mail mit der Geschäftsstelle bezüglich der aktuellen Aufnahmekriterien in Verbindung setzen: [sekretariat@ae-germany.com](mailto:sekretariat@ae-germany.com)

senschaftlichen Gesellschaften (DGOU, DGOOC und DGU) sowie des BVOU zur Weiterentwicklung unterschiedlicher und oft auch gemeinsam getragener Projekte im Bereich der Endoprothetik.

So unterstützt die AE die Entwicklung des Konzeptes zertifizierter Endoprothetikzentren, das aus der DGOOC heraus entstanden ist und für eine flächendeckende Einführung ansteht. Zahlreiche AE-Mitglieder haben bereits die Fachexperten-Schulung durchlaufen und viele davon waren in Audits im Rahmen der Pilotphase tätig. AE-Mitglieder sind in zentralen Positionen des Endocert-Projektes zur Zertifizierung von Kliniken zum Zentrum für Endoprothetik und zum Zentrum für Endoprothetik der Maximalversorgung engagiert. Mit ihrer Unterstützung wurden bereits die ersten Kliniken erfolgreich zertifiziert.

Unter Führung von Dieter Wirtz, Dominik Franz und Frank Schemmann arbeitet eine Expertengruppe an der verbesserten Abbildung der Revisionsendoprothetik im DRG-System. Mit finanzieller Unterstützung von AE, DGOU und BVOU erfolgt zunächst eine datenbasierte fallbezogene Analyse der Leistungs- und Kostenheterogenität in der Revisionsendoprothetik an verschiedenen Gelenken. Daran werden sich notwendige Leistungsdefinitionen für Schlüsseleinriffe (modulare Endoprothesen, Mega- prothese, Pfannenrekonstruktion etc.) anschließen, die eine möglichst eindeutige und interpretationsfreie Anwendung der DRG-Verschlüsselung im Alltag erlauben.

AE-Präsidiumsmitglieder arbeiten in verschiedenen Positionen an der Etablierung des Deutschen Endoprothesenregisters (EPRD) mit, da diese Initiative einen ganz zentralen Baustein der Qualitätssicherung in der endoprothetischen Versorgung darstellt.

Schließlich sind in den letzten Jahren einige ganz zentrale Projekte entwickelt bzw. begleitet worden, die für Patien-

ten, Ärzte und Implantathersteller größte Bedeutung haben. Dominik Parsch hat mit Unterstützung von Kollegen aus Klinik, Biomechanik und Industrie ein AE-Arbeitspapier zur Verbesserung der Abläufe bei der Analyse drohender und tatsächlicher implantatbezogener Vorkommnisse erarbeitet. Zusammen mit dem im März 2011 von DGOU, MDS und BVMed publizierten Positionspapier „Sicherheit von Medizinprodukten – Hinweise zum Meldeverfahren“ sind damit die wesentlichen Handreichungen zum Umgang mit entsprechenden Problemen zusammengestellt. Mit Unterstützung von Rudi Ascherl ist aktuell ein Internetbasiertes CIRS-System am Entstehen, das zunächst für AE-Mitglieder – und nach einem Probelauf gegebenenfalls auch in erweiterter Form – eine Plattform zum Austausch von Informationen zur Implantatsicherheit gewährleisten soll. Schließlich haben Michael Morlock und Dominik Parsch mit Unterstützung von Wilhelm Blömer eine Kurzanleitung zur Implantatasservierung im Schadensfallverdacht herausgegeben, die ebenfalls als AE-Bulletin über die Geschäftsstelle bezogen werden kann.

Diese Initiativen haben ihren Ausgang vom traditionellen AE-Forum „Experts meet Experts“ genommen, das in den vergangenen Jahren zu einem zentralen Pfeiler der Qualitätsinitiative geworden ist. AE-Mitglieder aus Klinik und Wissenschaft diskutieren im Rahmen dieser internen Veranstaltung gemeinsam mit

Repräsentanten der Industriepartner ganz unterschiedliche Aspekte der Implantat- und Prozessqualität. Dazu gehört die strategische Ausrichtung von Aktivitäten in diesem Bereich ebenso wie eine ganz konkrete Aufarbeitung von ausgewählten Schadensfällen.

Den Erfordernissen der Zeit, das heißt den öffentlichen Diskussionen über die Qualität auch jener Medizinbereiche, die Implantate in den Körper des Patienten einbringen, entsprechend, wird 2013 das Forum genutzt, um gemeinsam mit der Industrie und mit Grundlagenforschern diese Thematik und gemeinsame kontinuierliche Qualitätsanstrengungen – auch unter Einbezug der Presse – zu diskutieren.

Die notwendige Qualität der täglichen Arbeit zu stützen und wenn möglich den Entwicklungen der Wissenschaft, Medizintechnik und Pharmazie, aber auch des Gesundheitssystems permanent anzupassen, bestimmt und prägt nun die weitere Entwicklung der AE. Eine Begrenzung von Zeit und Ressourcen gerade im Bereich der klinisch tätigen AE-Mitglieder erfordert jedoch das Beschreiten neuer Wege, wenn die Aktivitäten im bisherigen Umfang beibehalten und weiter ausgebaut werden sollen. Dazu hat sich die AE selbst mit professioneller Hilfe auf eine tiefreichende Strategiediskussion eingelassen, um die effektivsten zukünftigen Strukturen und Arbeitsweisen identifizieren zu können.

Die Mitglieder des Präsidiums arbeiten gemeinsam an dieser Aufgabe und stellen sich der Herausforderung, dabei auch gewohnte Pfade zu verlassen. Eine großartige Unterstützung gibt dabei das Team unserer Geschäftsstelle mit Andrea Trautwein, Bettina Protzer, Lilli Geng und Jelena Bindemann. Ihnen gilt unser besonderer Dank, denn sie bringen in ihren Kontakten mit Veranstaltungsteilnehmern, Mitgliedern und vielen anderen Ansprechpartnern täglich das zum Ausdruck, was die AE seit Anbeginn geprägt hat und wofür unsere Arbeitsgemeinschaft auch in der Zukunft stehen wird: Engagement in Themen, Kompetenz in der Sache und Respekt im Umgang.



Prof. Dr. Bernd Fink, Markgröningen, ist Präsident der AE.



Prof. Dr. Heiko Reichel, Ulm, ist AE-Vizepräsident.

# Registernetzwerk zum DGOU-Gemeinschaftsprojekt ausgeweitet

Dr. Tanja Kostuj

Nachdem die DGOOC Anfang 2012 das Registernetzwerk mit sieben Teilprojekten gegründet hat, wurde in einem ersten gemeinsamen Treffen am 22. Mai 2013 in Frankfurt am Main die Grundlage für ein gemeinsames Registernetzwerk der DGOU geschaffen. Zu den bereits im Registernetzwerk der DGOOC zusammengefassten Registern – das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), die Register für Endoprothesen des Schulter- und Ellenbogengelenkes der Deutschen Vereinigung für Schulter und Ellenbogen e.V. (DVSE), das Sprunggelenkendoprothesenregister der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F.),

das Rheumakomplikationsregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V. (DGORh), das BVASK-Qualis®-Register des Berufsverbandes für Arthroskopie e.V. und eine Multicenterstudie zur konservativen Behandlung der Spinalkanalstenose – kommen sieben weitere, zum Teil bereits langjährig etablierte, zum Teil im Aufbau begriffene Projekte hinzu.

Zu den etablierten Projekten mit bis zu mehr als 20-jähriger Erfahrung, wie dem Traumaregister, dem Beckenfrakturregister und dem DIVI Notaufnahmeprotokoll, gehören das Alterstraumatologieprojekt,

die Multicenterstudie zu den A 3.1 Frakturen der Wirbelsäule, das outcomeorientierte Knorpeltherapieregister der AG Gewebsregeneration und das derzeit im Aufbau begriffene interdisziplinäre Register für pathologische Frakturen im Kindesalter zum Netzwerk.

Ziel des Netzwerkes ist nicht nur die finanzielle Unterstützung durch die Fachgesellschaften im Sinne einer Anschubfinanzierung, sondern auch die Nutzung von Synergieeffekten. Expertise soll gebündelt werden, um den Aufbau neuer Register zu unterstützen. Hierzu gehören Hilfestellung bei Ethikanträgen, Fragen des Datenschutzes und der Entwicklung von Pseudonymen ebenso wie bei den erforderlichen vertraglichen Regelungen zu Datenhoheit und Publikationsrechten.

Darüber hinaus sollen weitere Erfahrungen – wie zum Beispiel die Nutzung von Routinedaten zur Minimierung des zusätzlichen Dokumentationsbedarfes – ausgetauscht werden. Auch die Erweiterung der eigens für das EPRD entwickelten Produktdatenbank auf Endoprothesen anderer Gelenke und weitere Implantate wird angestrebt.

Register	Fachgesellschaft / Sektion / Arbeitsgruppe	verantwortliche Ansprechpartner
EPRD	DGOOC	Prof. Hassenpflug/Dr. Liebs
OSG-TEP-Register der D.A.F.	D.A.F.	Fr. Dr. Kostuj / Dr. Dohle
Schulter-TEP-Register	DVSE	Prof. Brunner/Fr. Dr. Magosch
Ellenbogen-TEP-Register	DVSE	Prof. Müller/PD Dr. Burkhart
Rheumakomplikationsregister	DGORh	Prof. Rehart/PD Dr. Schmidt
BVASK-Qualis®-Register	BVASK / AGA	PD Dr. Müller-Rath
Kons. Spinalkanalstenose	DGOOC	Prof. Griffka/Dr. Benditz
Traumaregister	DGU	Prof. Lefering/PD Dr. Paffrath
Alterstraumatologieprojekt	AG Alterstraumatologie	Prof. Hartwig/Fr. Dr. Riem
Beckenfrakturregister	AG Becken	PD Dr. Holstein
Knorpelregister	AG Gewebsregeneration	Prof. Niemeyer/Dr. Albrecht
Pathologische Frakturen im Kindesalter	VKO / DGU	Prof. Wirtz/PD Dr. Sommerfelt
Wirbelsäulenprojekt	Sektion Wirbelsäule	Dr. Scholz
DIVI Notaufnahmeprotokoll	DGCH, DGU, DGAI, DGNN, DGIM	Prof. Walcher

Tab. 1 Übersicht über die Registerprojekte und Ansprechpartner



Dr. Tanja Kostuj, Frankfurt/Main, leitet das Netzwerk Registerforschung der DGOOC.

## Antrag auf Ergänzung der Tagesordnung der DGOU-Mitgliederversammlung

Der Vorstand wird gemäß § 10 Absatz 3 der Satzung folgenden Antrag in die Mitgliederversammlung einbringen und die Mitgliederversammlung um Annahme bitten:

„Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie beschließt die Ergänzung der Tagesordnung um den Tagesordnungspunkt 7.4 Wahl des Generalsekretärs und 7.5 Wahl des Stellvertretenden Generalsekretärs.“



*Prof. Dr. Hartmut Siebert*  
Generalsekretär DGOU



*Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard*  
Stellv. Generalsekretär DGOU

1/2 Anzeige

## Aus den Verbänden

### Neue Mitarbeiterin



**Sabrina Weigl** ist seit dem 17. Juni 2013 als Assistentin für die Online-Redaktion in der DGOU-Geschäftsstelle tätig. Sie arbeitet beim Relaunch der DGOU-Website mit, unterstützt bei der Pflege der Websites der Fachgesellschaften und bereitet Informationen und Daten für aktuelle News in Zusammenarbeit mit der Redaktion auf. Nach dem Studium der Germanistik und Geschichte an der Technischen Universität

Berlin arbeitete sie in der Online-Redaktion einer Agentur und betreute dort unterschiedliche Websites.

### Neue Mitglieder

**Bahr, Jacqueline** · Magstadt

**Bartel, Dirk Dr. med.** · Nisdorf

**Bartsch, Martin**

**Benditz, Achim Dr. med.** · Bad Abbach

**Besig, Jutta** · Soest

**Beyer, Georg** · Münster

**Bitzenberger, Alexander Dr. med.** · Kaufbeuren

**Börsch, Tillmann Dr. med.** · Grenzach-Wyhlen

**Boxriker, Sonja** · Heidelberg

**Brömme, Jan** · Berlin

**Canciu, Silviu Claudiu Dr. med.** · Landau

**Dalheimer, Philipp Dr. med.** · Tübingen

**Fahner, Henrik Dr. med.** · Fuldabrück

**Fahrenhorst, Klaus Dr. med.** · Berlin

**Fischer, Immo Dr. med.** · Bremen

**Grzybeck, Jonathan Dr. med.** · Bremen

**Hauschild, Anja** · Hamburg

**Hausmann, Dominikus Dr. med.** · München

**Heinrichs, Gerhard Dr. med.** · Lübeck

**Hesselbach, Steffi Dr. med.**

**Janke, Markus Dr. med.** · Thun

**Kaup, Eva** · Bonn

**Kindhäuser, Felix Dr. med.** · Essen

**Klemp, Martin Dr. med.** · Hamburg

**Knabke, Diana Dr. med.** · Oldenburg

**Köhler, Christopher** · Ettlingen

**Landschoof, Sönke** · Hamburg

**Lange, Anja** · Fulda

**Leiner, Alexander** · Hamburg

**Leitz, Franziska** · Stuttgart

**Lindenberg, Ulrich Dr. med.** · Hohenstein-Ernstthal

**Matz, Torsten Dr. med.** · Berlin

**Meister, Stefanie** · Bamberg

**Menger, Björn Dr. med.** · Göttingen

**Mund, Nils** · Mönchengladbach

**Naef, Issam Dr. med.** · Schwarzenbruck

**Nikiforov, Olexandr** · Kaufbeuren

**Oberthür, Swantje** · Göttingen

**Pennig, Henry Dietmar** · Köln

**Radke, Daniel** · Düsseldorf

**Ratnyk, Dmytro** · Duisburg

**Reiner, Christian** · Heidelberg

**Rodmanis Blumer, Claudia Dr. med.** · Leverkusen

**Sanli, Beyhan** · Würselen

**Saur, Christiane Dr. med.** · Düsseldorf

**Schäferhoff, Theresa** · Köln

**Schiffke, Berit** · Braunschweig

**Schroeter, Lisa** · Gießen

**Schumann, Katrin Dr. med.** · München

**Sprau, Julian-H. Dr. med.** · München

**Springer, Helmut E. P. Dr. med.**

**Stärk, Alina Mareike** · Gießen

**Steimann, Iris Dr. med.** · Fulda

**Tezval, Mohammad Priv. Doz. Dr. med.**

**Theil, Jan-Christoph** · Münster

**Ullmann, Ralf Dr. med.** · München

**Weissenfels, Patricia** · Bonn

**Wenk, Birte** · Köln

**Westhauser, Fabian** · Heidelberg

**Widmann, Stefanie** · Gießen

**Wildermann, Katrin** · Düsseldorf

**Winter, Alexandra** · Schieritz

**Zelle, Sandra Dr. med.** · Münster

**Zietzschmann, Severin** · Heidelberg

1/1 Anzeige

# Jahresbericht der Sektion 7 Hand-, Mikro- und Replantationschirurgie

Prof. Dr. Andreas Eisenschenk

Die Sektion Hand- und Mikrochirurgie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) arbeitet seit 2009/2010 uneingeschränkt mit der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zusammen. Der Stellvertreter in der DGOOC ist Herr Prof. Dr. Joachim Windolf. In der Sektion der DGU ist Herr Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner der Leiter und meine Person der Stellvertreter. Die Mitgliederzahl dieser Gruppe liegt aktuell bei 117. Beide Sektionen sind im erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie vertreten (Herr PD Dr. M. Jung für die DGOOC und Herr Dr. B. Bickert für die DGU). Jährlich treffen sich die Sektionen zu vier Arbeitssitzungen in Berlin, Düsseldorf, München und Frankfurt.

Seit nunmehr zweieinhalb Jahren ist die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie mit ihren 778 Mitgliedern (DGH) mit einer Stimme im Fachbeirat der DGOU vertreten.

Hochgradig erfreulich ist das Wahlergebnis in Delhi (Indien) gewesen. Hier konnte die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie den alle drei Jahre stattfindenden Weltkongress für Handchirurgie (IFSSH) gegen England (London) nach Deutschland (Berlin) holen (ca. 2.500 Teilnehmer). Eine Wiederkehr dieses Kongresses nach Europa ist dann erst wieder 12 Jahre später möglich.

Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 konnten in den Sitzungen der Sektionen volle Sitzungsräume mit angeregten Diskussionen verzeichnet werden. Für 2013 wurde das Thema „Karpuschirurgie“ gewählt.

Das traditionelle „Handchirurgische Frühjahrsymposium“ in Wengen/Schweiz der DGOOC nähert sich dem 30. Jahr (2015).

Am 6./7. September 2013 wird in Berlin das „16. Handchirurgische Fortbildungs-

seminar“ in Zusammenarbeit mit den Arbeitsgemeinschaften für Handchirurgie der DGOOC, der DGU sowie der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) mit durchschnittlich 160 Teilnehmern durchgeführt. Die 17. Veranstaltung wird traditionell im Wechsel am 7./8. Februar 2013 in Bonn durchgeführt.

Die S3-Leitlinie für periphere Nerven Chirurgie (Vertreter der DGOOC: Dr. Lautenbach) wurde eingereicht.

Die S3-Leitlinie Karpaltunnel wurde aktualisiert und die S1 zu S3-Leitlinie Skaphoidfraktur befindet sich in der Konsensuskonferenz mit der AWMF (15. Sitzung).

Wie im Vorjahr angekündigt, hat der Einschluss der Patienten für die randomisierte Multizenterstudie über die Metakarpal-5-Kopffrakturen Mitte 2013 begonnen. Insgesamt sind 13 Kliniken beteiligt, die die antegrade intramedulläre Osteosynthese mit einem oder zwei Drähten vergleichen.

## PROF. DR. DIETER BUCK-GRAMCKO †



Der Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), Herr Prof. Dr. Dieter Buck-Gramcko, ist am 3. Oktober 2012 kurz vor Vollendung seines 85. Lebensjahres verstorben. Wir trauern um eine verdiente und hoch geachtete Persönlichkeit. Das Bild zeigt ihn bei seinem letzten öffentlichen Auftritt am 10. August 2012 in Berlin bei der Feier zur Einrichtung der Dieter Buck-Gramcko Stiftungsprofessur an der Universitätsmedizin Greifswald.



Prof. Dr. Andreas Eisenschenk, Unfallkrankenhaus Berlin, leitet die Sektion 7 der DGOOC.



# Die DGORh: Experten für interdisziplinäre Kooperation

Prof. Dr. Stefan Rehart, Dr. Ingo Arnold

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) steht an einem entscheidenden Knotenpunkt zwischen Orthopäden, internistischen Rheumatologen, konservativen und hoch spezialisierten operativen Orthopäden, Rheuma-Liga, BVOU, Politik, internationalen Gesellschaften, ärztlichen Standesorganisationen und anderen.

## Komplikationsregister

Das Risiko für Infektionen und Störungen der Wundheilung ist bei Operationen von Patienten des rheumatischen Formenkreises erhöht, weil diese bereits krankheitsbedingt eine Minderung der Abwehrlage aufweisen. Hinzu kommt die Beeinträchtigung des Immunsystems durch die hochwirksamen, aber potenziell die Heilung negativ beeinflussenden modernen Rheumamedikamente, wie den DMARDs und den Biologika. Patienten mit Rheumaerkrankungen müssen und wollen (Teilhabe an den sozialen Errungenschaften und gesellschaftlichen Ereignissen) sich auch heute noch im Krankheitsverlauf relativ häufig orthopädischen Eingriffen unterziehen: Ein Viertel der chronisch erkrankten Patienten benötigt innerhalb von 20 Jahren nach Krankheitsbeginn eine Endoprothese. Das Risiko für eine ernsthafte Komplikation ist jedoch gerade bei diesen endoprothetischen Versorgungen unter speziellen Medikamenten von hoher Bedeutung. Infizierte TEPs bedeuten großes Leid für die Betroffenen, ihre Therapie zieht enorme Kosten nach sich. Somit ist es von fulminanter Bedeutung, ob die speziellen Medikamente bzw. Biologika vor chirurgischen Eingriffen abgesetzt werden, auch ist der perioperative Umgang mit Cortison festzulegen.

In dem Zusammenhang ist zu betonen, dass permanent – nach entsprechender Forschung – neue, profund in den molekularen Prozess der Entzündungskaskade eingreifende Medikamente auf den Markt kommen. Mit diesen besteht zu-

nächst keine Erfahrung in Bezug auf eine durchgehende oder auszusetzende Einnahme um Operationen herum. Zudem bleibt die Gefahr einer Schubentwicklung mit allen negativen Folgen für den Patienten beim Aussetzen ungeklärt. Die Überprüfung der Datenlage in der Literatur in der Pharmakotherapiekommission der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) hat ergeben, dass die evidenzbasierte Grundlage keine Aussage zu dem perioperativen Medikamentenumgang im Sinne von Leitlinien zulässt. So sind, besonders für die neuen Medikamente, kaum Studien vorhanden, und es konnten lediglich Empfehlungen erstellt werden.

In dieser Situation hat sich die DGORh nach einer Vorab-Studie dazu entschlossen, eine multizentrische epidemiologische Studie über Komplikationen nach Operationen über mindestens fünf Jahre durchzuführen. Die Anbindung an das Registernetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) ist erfolgt, um die Datenerhebung anonymisierbar und rechtskonform zu gewährleisten. Ziel des DGORh-Registers ist es, als Langzeitstudie flächendeckend die Rate von Wundheilungsstörungen, Infektionen, Thrombosen und Embolien bei rheumaorthopädischen Eingriffen unabhängig vom Ort der operativen Behandlung sowohl in speziellen Zentren als auch in nicht spezialisierten orthopädischen Fachabteilungen zu erfassen und einen Bezug zu den zuvor applizierten basistherapeutischen Medikamenten herzustellen. Die Patientendaten werden über einen Hashcode, der aus unveränderlichen Patientendaten (Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort (Stadt und Bundesland bzw. Staat bei ausländischen Mitbürgern und Mitbürgern mit Migrationshintergrund), gegebenenfalls Sozialversicherungsnummer – später personenbezogene Krankenversicherungsnummer – gebildet wird und zusätzlich durch einen Salt, bestehend aus einer 62-stelligen Zufalls-

zahl, die in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie mittels Spielwürfeln gebildet wird, pseudonymisiert und somit datenschutzrechtlich gesichert. So wird die Basistherapie, deren Einnahmedauer, der gegebenenfalls bestehende präoperative Absetzungszeitraum als auch der Zeitraum bis zum postoperativen Ansetzen des Medikamentes erfasst.

Darüber hinaus werden relevante Nebendiagnosen wie chronische Kortisoneinnahmen, Karzinome, Diabetes mellitus, periphere Verschlusskrankheit, vorbestehende Infekte und Infektionserkrankungen ebenfalls erhoben. Diese pseudonymisierten Daten werden zentral auf dem Server des Institutes für evaluative Forschung in der Medizin (IFEM) der Universität Bern in der Schweiz gesammelt und ausgewertet. Die sensiblen Patientendaten, die zur Bildung des Hashcodes erhoben werden, verbleiben auf dem Modulserver der DGORh in Düsseldorf. Die regelmäßige Auswertung dieser Daten wird in kurz-, mittel- und langfristiger Form erfolgen, um den Patienten eine optimierte Versorgung mit geringstmöglichem Risiko anbieten zu können.

Die Inbetriebnahme des orthopädisch-rheumatologischen Komplikationsregisters der DGORh erfolgt im Auftrag des Vorstandes unter der Leitung von PD Dr. Klaus Schmidt und Dr. Tanja Kostuj, beide Dortmund. Nach der Klärung der hochsensiblen Fragen des Datenschutzes und der Ethik-Kommissionsvoten ist die aktive Einspeisung von Daten der high-volume-rheumatologischen OP-Zentren in Deutschland für November 2013 vorgesehen.

## Regionale Qualitätszirkel „Orthopädische Rheumatologie“

In Zusammenarbeit mit der DGORh bestehen nunmehr in allen Bundesländern die Qualitätszirkel „Orthopädische Rheumatologie“ des BVOU (Sektion „Ortho-

## Aus den Verbänden

pädische Rheumatologie, Leiter Dr. Uwe Schwokowski). Das Ziel der verstärkten Implementierung orthopädisch-rheumatologischer Inhalte auf regionaler Ebene bei den Kollegen in niedergelassener Position ist unter aktiver Beteiligung namhafter Vertreter der DGORh deutlich fortgeschritten, da die über die ADO-zertifizierten Kurse eine rege Nachfrage erfahren.

### Konservative Therapie in der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie

Die deutschen orthopädischen Rheumatologen koordinieren die Anwendung konservativer Therapieverfahren bei ihren entzündlich-systemerkrankten Patienten, sind jedoch selbst keine „Anbieter“ entsprechender Behandlungsmethoden. Dieses gewährleistet eine gewisse Neutralität und prädestiniert zur Übernahme einer Mittlerrolle bei der Vertretung der Interessen der Gesamtheit aller nicht-operativer Angebote der jeweiligen Fachgesellschaften in der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie. Auch 2013 haben Treffen zur weiteren zielgerichteten Festigung verschiedener konservativ ausgerichteter Fachgesellschaften über die „IG Orthopädische Rheumatologie/Rehabilitation“ stattgefunden. Sprecher dieser IG ist Prof. Dr. Stefan Rehart aus Frankfurt, Stellvertreter ist Dr. Mathias Psczolla aus St. Goar. Aufgaben der IG in naher Zukunft sind:

- Gemeinsames Schaffen weiterer Evidenz für bestimmte konservative Methoden
- Prüfen adäquater Abrechnungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Bereich für konservative Therapie
- Sensibilisierung für die Belange und die Situation sowie Aufwertung der Wahrnehmung der konservativen Inhalte in der deutschen O/U
- Schaffen einer koordinierenden Stelle als Ansprechpartner für konservative Therapiebelange in Deutschland (Politik, Kassen, Kassenärztliche Vereinigung, Öffentlichkeit, etc.)
- Publikationen in Journalen der O/U (zum Beispiel Präsentation eines konservativen Themenheftes des Orthopäden zum DKOU im Oktober 2013)
- Schaffen einer offiziellen Sekretariatsstelle für die Belange der Partner der IG
- Koordination der Aktivitäten der bisher unverbindlich miteinander

kooperierenden konservativen Fachgesellschaften mit denjenigen der DGOOC/DGU/DGOU

### Curriculum Orthopädische Rheumatologie

Das Curriculum „Orthopädische Rheumatologie“ mit dem Ziel der Erteilung eines Zertifikates der DGORh für diese Disziplin nach Absolvierung der Inhalte ist ausgearbeitet und implementiert worden. Neben typischen orthopädisch-rheumatologischen operativen Verfahren wird auch auf die konservativen und internistisch-rheumatologischen Therapieinhalte fokussiert. Das Curriculum besteht aus vier einzelnen Tagen (jeweils freitags von 9.00 bis 17.00 Uhr), die einmal im Quartal angeboten werden, das heißt nach vier Curriculum-Tagen bzw. einem Jahr kann das Zertifikat durch die DGORh erteilt werden. Inhaltlich (Kenntnisgrad) ist es zwischen der Facharztbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und der speziellen dreijährigen Zusatzbezeichnung (ZB) „Orthopädische Rheumatologie“ angesiedelt. KollegInnen, die in ihrer FA-Weiterbildung nicht mit dieser Disziplin in Kontakt treten konnten oder die ZB nicht erwerben konnten, sollen Gelegenheit erhalten, sich mit rheumatologischen Inhalten vertraut zu machen. Bei einer Beteiligungspauschale der Teilnehmer von 100 Euro pro Kurstag an dem hochwertigen Ausbildungsgang ist ein allein kostendeckender Ansatz der DGORh vorhanden. Über die Homepage der DGORh können Informationen eingeholt werden ([www.orthopaedische-rheumatologie.de](http://www.orthopaedische-rheumatologie.de)). Ziel des Zertifikatkurses ist es, einen orthopädisch-rheumatologisch versierten (und DGORh-zertifizierten) Orthopäden-Unfallchirurgen zu kreieren. Es besteht die spätere Option, diesen Kompetenznachweis auch bei abrechnungstechnischen Belangen nutzen zu können. In 2013 ist die erste vollständige Kursrunde durchgeführt worden. Zur Zeit werden die Ergebnisse evaluiert, mit den ersten Aushändigungen der Zertifikate ist zu rechnen.

### Deutscher Rheumatologenkongress 2013 in Mannheim/Heidelberg

Das Programm des deutschen Rheumatologenkongresses vom 18. bis 21. September 2013 (gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für internisti-

sche Rheumatologie und der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie) ist erstellt und im Internet einsehbar ([www.orthopaedische-rheumatologie.de](http://www.orthopaedische-rheumatologie.de)). Die Beteiligung und interdisziplinäre Verzahnung der Orthopäden mit den anderen Fächern erfolgt. Die traditionelle Ausrichtung eines gemeinsamen Abends der DGORh erfolgt am Donnerstag der Kongresswoche. Kongresspräsident der DGORh ist Dr. Harald Dinges aus Kusel. Auf der Homepage finden Sie den Flyer über die sechs rheumaorthopädischen Symposien bei dem Kongress. Weitere Informationen sind auch auf der Homepage der DGRh ([www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)) zu erhalten.

### Verschiedenes

- Aktuelle Vorstandsbesetzung: Präsident – Prof. Dr. Stefan Rehart, Frankfurt/Main; Vizepräsident – Dr. Harald Dinges, Kusel; Schriftführer – Dr. Ingo Arnold, Bremen; Kassenwart – Dr. Stephan Schill, Bad Aibling. Neuwahlen des Präsidenten und des Vizepräsidenten stehen bei der Mitgliederversammlung am 20. September 2013 in Mannheim an
- Die DGORh ist an der Erstellung von Leitlinien beteiligt: „Der entzündliche Rückenschmerz“ (Prof. Dr. Bernd Swoboda) und „Synovialitis“ (N.N.).
- Zum Ehrenmitglied der DGORh 2013 wird Prof. Dr. Rolf Miehke aus Sendenhorst ernannt.
- Die DGORh ist aktiv bei der Kampagne der Rheuma-Liga „Aktiv gegen den Rheumaschmerz“ tätig.
- Die eingereichten Arbeiten zu dem von der DGORh jährlich ausgelobten wissenschaftlichen „Arthur-Vick-Preis 2013“ mit einer Dotation von 4.000 Euro haben nach dem Begutachtungsprozess folgenden Prämierungsergebnisse: „Die Rückfußarthrodese bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“, Autoren: M. Fröhlich, M. Henniger, S. Rehart aus Frankfurt/Main.
- Beim DKOU 2013 in Berlin richtet die DGORh mehrere wissenschaftliche Sitzungen, auch in Kooperation, aus.
- 2013 findet das alle vier Jahre in Japan ausgerichtete „combined meeting“ der DGORh mit der japanischen Schwestergesellschaft JSRAS statt. Organisation der Reise und des Programmes der deutschen Delegation:

Dr. Stephan Schill, Bad Aibling, und PD Dr. Thomas Pauly, Meerbusch. Zweijährig versetzt reist eine japanische Delegation für diese Tagung nach Deutschland. Somit kommt es turnusgemäß alle zwei Jahre zu einem entsprechenden wissenschaftlichen Austausch zwischen orthopädischen Rheumatologen aus Japan und Deutschland.

- Regelmäßig formuliert der Vorstand der DGORh schriftliche Stellungnahmen zu rheumatologischen Themen bei Bedarf (zum Beispiel Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG).
- Unterjährig beteiligen sich zahlreiche Mitglieder der DGORh aus Vorstand, Beirat und Mitgliedschaft an Fortbil-

dungen orthopädisch-rheumatologischer Inhalte auf allen Ebenen.

- Mehrere Themenhefte mit orthopädisch-rheumatologischen Inhalten sind von unterschiedlichen Mitgliedern der DGORh herausgegeben worden, zum Beispiel „Orthopäde“/„Aktuelle Rheumatologie“/„arthritis & rheuma“.
- Die Mitarbeit an Projekten der „Rheuma-Akademie“ erfolgt durch die DGORh (kleine Anteile werden gehalten).
- Das kommende Intensivmeeting der DGORh findet im Februar 2014 in Oberammergau statt. Ausrichter im Auftrag des Vorstandes: Dr. M. Arbo-



Prof. Dr. Stefan Rehart,  
Frankfurt/Main,  
Präsident der DGORh



Dr. Ingo Arnold,  
Bremen, Schriftführer  
der DGORh

## Neue Mitglieder

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

**Abu Taimeh**, Dr. med. Ashraf · Lippstadt

**Bartsch**, Martin · Berlin

**Berger**, Dr. med. Josephine · Hamburg

**Colditz**, Dr. med. Michael · Ilsede

**Dumont**, PD Dr. med. Clemens · Göttingen

**Gritzbach**, Dr. med. Bernd · Frankfurt am Main

**Hesselbach**, Dr. med. Steffi · Berlin

**Isaak**, Lilli · Freiburg im Breisgau

**Konieczny**, Dr. med. Markus · Düsseldorf

**Labler**, Dr. med. Ludwig, · Zürich/Schweiz

**Springer**, Dr. med. Helmut E. P. · Duisburg

**Tezval**, PD Dr. med. Mohammad · Göttingen

**Werhahn**, PD Dr. med. Cornel · Berlin

Ordnung zur Wiedereinführung der Berufsvereinstellung. Vom 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 1 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 2 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 3 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 4 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 5 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 6 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

§ 7 (1) Die Wiedereinführung eines aus dem Berufsvereinstellungsgesetz nach dem 7. April 1933. Die Wiedereinführung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

bei jüdischen Staatsbürgern der von ihnen selbst betriebenen Betriebe (insoweit diese Betriebe nicht durch die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung wieder hergestellt werden können).

(2) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(3) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(4) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(5) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(6) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(7) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:

(8) Die Wiedereinführung der Berufsvereinstellung hat das folgende Gesetz beinhalten, das lautet wie folgt:



# Gedenken der jüdischen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau am Staffelsee

Die damalige Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin e.V. (DGU) hat durch Kriegs- und Nachkriegseinwirkungen alle ihre dokumentarischen und vereinsrechtlichen Unterlagen verloren. Insbesondere verfügte sie nicht einmal mehr über Mitgliederverzeichnisse und andere Geschäftspapiere. Ihre Vereinstätigkeit war schon mit Kriegsbeginn 1939 eingestellt worden, der letzte „Unfallkongress“ hatte 1939 stattgefunden. Das Organ der Gesellschaft, die „Monatsschrift für Unfallheilkunde“, erschien auch in den Kriegsjahren, über das Leben der Gesellschaft sowie über Aktivitäten ihrer Mitglieder finden sich darin jedoch keine Mitteilungen.

Der Urzweck der 1922 gegründeten Gesellschaft bestand in der Organisation ihrer Jahrestagungen, die satzungsgemäß dem Austausch der Erfahrungen unter den Kollegen, auch mit ausländischen Fachgenossen, dienen sollten. Mit der

späteren Entwicklung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, ab 1990 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, lassen sich die Veranstaltungen der Zwischenkriegszeit kaum vergleichen, indem außer den Jahrestagungen und Internationalen Kongressen keine weiteren Veranstaltungen abgehalten wurden. Auch kannte die Gesellschaft keine breitere aktive Beteiligung ihrer Mitglieder an innergesellschaftlichen Aufgaben und Außerdarstellungen, wie sie seit den 1970er Jahren in Gestalt der Ausschüsse, Kommissionen, Arbeitsgemeinschaften etc. zu wesentlichen Merkmalen der Gesellschaft entwickelt wurden. Es gab außer der Ehren- und der Korrespondierenden Mitgliedschaft keine weiteren Auszeichnungen, keine wissenschaftlichen Preise, keine Stipendien. Dementsprechend spielte auch der persönliche Umgang unter den Kollegen eine andere Rolle, als sie heute für selbstverständlich gehalten wird. Gerade dieser letztgenannte Umstand – wohl

auch befördert durch die damalige Multidisziplinarität der Mitglieder und die damit gegebenen fachlich unterschiedlichen Interessenlagen – bedingte ein loseres Gemeinschaftsbewusstsein, das die Wiederausammenführung nach dem Zweiten Weltkrieg nicht erleichterte.

Es kommt hinzu, dass die Alliierten mit Übernahme der staatlichen Gewalt sämtliche Vereine verboten. Der Zerfall der Kriegskoalition und der rasch heraufziehende Ost-West-Konflikt schnitten das Land auseinander. Die Wiedergründung der Gesellschaft konnte erst 1950 vollzogen werden – basierend auf der mühsam aus dem Personengedächtnis und „von Mann zu Mann“ rekonstruierten Mitgliedschaft der Überlebenden. Da aber lagen die sogenannte Machtergreifung und der Beginn der von Anfang an imperativen Verfolgung der jüdischen Mitglieder der Gesellschaft schon eineinhalb Jahrzehnte zurück, das Spektrum der Mitglieder hatte sich natürlicherweise ver-

ändert. Die persönliche Erinnerung an die emigrierten, die verfolgten und die ermordeten Kollegen war nicht mehr allgegenwärtig. Es waren, neben den den Alltag beherrschenden Existenznöten, wohl auch die noch fehlende Aufklärung über das ganze Ausmaß des (erst später offenlegten und so benannten) Holocausts sowie eine mehr oder minder bewusste Verdrängung des Geschehenen, die die Geschändeten dem Vergessen überließen.

Mit – nachträglicher – Betroffenheit muss man feststellen, dass in dem langen Zeitraum seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts fast bis gegen dessen Ende eine spezielle, auf die einzelnen Personen bezogene Aufarbeitung des Verfolgungskomplexes in der gesamten Breite der gesellschaftlichen Einrichtungen, Institutionen wie auch der staatlichen Behörden, Ämter und Ministerien nur fragmentarisch stattgefunden hat, obwohl das Ausmaß des Verbrechens längst bekannt war. Unter den wissenschaftlichen Gesellschaften hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2011, „ein Zeichen gegen das Verschweigen und Vergessen“ setzend, in eindrucksvoller Buchdokumentation ihrer Mitglieder gedacht. Die Einzelschicksale sind dort nicht erkennbar, dagegen erfährt man vieles – auch interpretierend – über die Umstände, geschichtlichen Vorgänge und eben insbesondere über das Verhalten der Zeitgenossen, dargestellt im Kontext der „Reden der Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945“ [1]. Unter den 216 namentlich genannten verfolgten Kollegen finden sich auch einige, die gleichzeitig der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde angehörten. Ein weiteres Beispiel des Gedenkens liefert die 2001 veröffentlichte Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, die sich vorwiegend mit den Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses auseinandersetzt, aber auch beklemmende Zeugnisse des vergeblichen Ringens um jüdische Kollegen wiedergibt [2].

Warum greift die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie dieses Thema erst jetzt auf? Hier sei der bereits eingangs erwähnte Hinweis wiederholt, dass die Dokumentationslage der DGU ungleich ungünstiger war. Im Unterschied zu anderen Gesellschaften konnte auch nicht auf Rückkehrer – kein einziger solcher

konnte festgestellt werden – und deren Gedächtnisschatz zurückgegriffen werden. Gleichwohl hat sich die DGU seit vielen Jahren bemüht, Licht in das Dunkel zu bringen, und dies umso mehr, als bekannt war, dass ihr Präsident von 1930, Paul Jotchkowitz, zu den Verfeimten gehörte, obwohl er bereits viele Jahre vor Beginn der NS-Gewaltherrschaft seine Religionsgemeinschaft verlassen hatte. Erst mit der Einrichtung staatlicher, kommunaler bzw. wissenschaftlicher Kommissionen und Gremien, die „amtlichen“ Zugriff auf zum Teil verschüttete Quellen hatten, gelang es, durch Abgleich bruchstückhafter, manchmal vager Überlieferungen nach und nach den größten Teil der verfolgten Mitglieder hinreichend dokumentarisch gesichert aufzufinden. Das ermittelte Schriftmaterial, auch einige wieder aufgefundene Mitgliederverzeichnisse, ist meistens erst in den letzten zehn Jahren verfügbar geworden. Da es sich bei dem Schicksal unserer verfolgten Mitglieder um ein historisch besonders sensibles, auch in die Zukunft wirkendes Thema handelt, ist es der geschichtlichen Wahrheit verpflichtet, keine unbelegten Behauptungen nur um der Eintagesaktualität willen – oder um sich einer unbequemen Aufgabe zu entledigen – aufzustellen. Dass auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt Fragen unbeantwortet geblieben sind und der eine oder andere Zweifel hat noch nicht beseitigt werden können, darf mit gebotener Zurückhaltung hingenommen werden.

Wer sich mit dem Schicksal jener Mitglieder unserer Gesellschaft befasst, wird sich wieder und wieder die Frage stellen, wie es „dazu“ kommen konnte. Diese Frage provoziert sogleich die weitere nach denen, die „es“ geschehen ließen und damit, wenn auch ungewollt, dem mörderischen System zur Durchsetzung seiner Ziele mitgeholfen, wenn auch nicht direkt dazu verholfen haben. Da ist angesichts der Ungeheuerlichkeiten ein Schuldvorwurf rasch in die Welt gesetzt. Einen solchen im Schnellverfahren zu erheben, würde der von Leopold von Ranke, dem berühmtesten Historiker des 19. Jahrhunderts, aufgestellten Maxime „wie es eigentlich gewesen ist“, nicht gerecht – um Gerechtigkeit aber handelt es sich auch in diesem Fall. Die Voraussetzungen und Entwicklungen, die zur Berufung der NS-dominierten Regierung am 30. Januar 1933 führten, sind zuerst unter staatspolitischen Gesichtspunkten zu

betrachten. Die von Anfang an absichtsvoll missbräuchlich, kriminell ausgeübte Macht im Schein korrumpierter Legalität mit sofortiger praktischer Aussetzung von Verfassung und Recht – alsbald „legalisiert“ durch das „Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich“ vom 24. März 1933, das sogenannte Ermächtigungsgesetz (eine gesetzliche Einrichtung der Weimarer Verfassung) – ist die andere Seite derselben Medaille. Dieser geschichtliche Komplex von Ursachen, Handlungen und Wirkungen umfasst einen weitaus größeren Zeitraum als nur die Jahre der braunen Gewaltherrschaft und deren unmittelbares Vorspiel. Seine Wertung und geschichtliche Einordnung ist Gegenstand der historisch-politischen Forschung und Literatur (und Publizistik).

„Ein absolutes Novum war dann die Tatsache, dass der NS-Rassenantisemitismus seit 1933 zum ersten Mal zur Praxis eines modernen Staates gemacht wurde“ [3]. Aber: Antijudaismus, Nationalismus und Rassismus waren bereits seit dem vorangegangenen Jahrhundert eine endlich nicht nur unheilvolle Fusion, sondern auch eine chaotische und totalitäre Legierung miteinander eingegangen. Diese Zitate beschreiben nüchtern die eigentlichen Gründe der weitreichenden – nicht nur in ärztlichen, sondern in allen akademischen, sogar den theologischen Berufsbereichen – und weitgehend widerspruchslosen Hinnahme der primär beruflichen Verfolgung der jüdischen Kollegen: Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts hatten sich, verfälschend fußend auf Darwins Evolutionstheorie, Rassenlehre und Sozialdarwinismus zu einem intensiv diskutierten Thema in der bildungsbürgerlichen Schicht verbreitet [4]. So war es den neuen Machthabern ein Leichtes, ihre Ideologie der Ausmerzung als wissenschaftlich fundiert und völkisch-moralisch gerechtfertigt darzustellen. Die ab Machtergreifung unverzüglich einsetzende Unterlaufung der staatlichen Organe oder überhaupt deren Umgehung lieferten das Instrumentarium zur Durchsetzung ihrer totalitären Herrschaftsziele. Im Fall der im öffentlichen Dienst tätigen Ärzte schuf das Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1934 die scheinlegale Handhabe, welche sich leicht auf andere Institutionen (Regelung für Arbeiter und Angestellte im öffentlichen Dienst vom 4. Mai 1933)

übertragen ließ [5]. Die „Eliten“ ließen es geschehen – teils in Verkennung dessen, dass sich eine Diktatur etablierte, teils infolge durchaus rücksichtsloser Einschüchterung. Dabei waren die geltenden gesetzlichen Straftatbestände der Rechtsbeugung, Freiheitsberaubung, Körperverletzung und – bereits im Anfang der systematischen Verfolgung – der Tötung offensichtlich erfüllt!

Hinzu kommt, dass viele in der „nationalen Erhebung“ [5] irrigerweise eine neu ordnende Aufarbeitung der Nachkriegsprobleme und der Schwächen der Weimarer Republik wahrzunehmen glaubten bzw. erhofften. Die weitere Entwicklung sah man nicht voraus, man hielt sie im deutschen Ordnungsstaat gar nicht für möglich. Die Zusicherung, jüdische Teilnehmer des 1. Weltkrieges seien von den Maßnahmen nicht betroffen, täuschte Juden und „Arier“. Selbst viele jüdische Bürger hielten die Ereignisse für Übergangserscheinungen [6]. Nicht zuletzt bestätigt dies die Haltung der „Reichsvereinigung der Juden in Deutschland“, die sogar noch über die Pogrome 1938 hinaus mangels Einsicht in die NS-Entscheidungsstrukturen hoffte, ein Überleben der jüdischen Gemeinschaft sichern zu können [7]. Ähnlich die Äußerung: „eine funktionierende Finanz- und Bankwirtschaft ohne die traditionelle Position des Hauses Mendelssohn in Berlin“ erscheine deren Geschäftsführung nicht denkbar [8].

Wesensmerkmal jeder Diktatur ist das absolute Herrschaftsmonopol, das nicht nur den Staat und seine Einrichtungen, das öffentliche Leben im Übrigen ein-

schließlich der politischen Rechte für sich allein beansprucht, sondern auch in das gesellschaftliche Leben eindringt und nicht zuletzt auf den Einzelnen zugreift. Davon waren unversehens alle Arten von privatrechtlichen Vereinigungen, zum Beispiel von Kultur, Wirtschaft, Industrie, aber auch alle gesellschaftlichen Zusammenschlüsse, die Vereine betroffen. So wurden auch die wissenschaftlichen Gesellschaften im Sinne des „Führerprinzips“ umgebaut, vor allem aber nachdrücklich aufgefordert, ihre jüdischen Mitglieder aus den Vorständen zu entlassen, ihnen den Verzicht auf aktive Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen nahelegen und sie schließlich aus den Vereinigungen auszuschließen. Dennoch kam es vor, dass verstorbene jüdische Mitglieder auch noch später in Totenehrungen gewürdigt wurden [9, 10]. Der 1933 vom Amt des Schatzmeisters zurückgetretene Hans Isidor Bettmann, der später emigrieren konnte (siehe unten), blieb noch im Mitgliederverzeichnis 1936/37 erwähnt. Die Mehrzahl der betroffenen Mitglieder indessen verschwand kommentarlos, ihr weiteres Schicksal vollzog sich unbemerkt oder wurde nicht zur Kenntnis genommen. Dieses Versäumnis muss die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie tragen.

*Die deutschen Juden lebten nicht als Fremde, nicht als bloße Schutzverwandte in Deutschland; sie lebten hier als Mitglieder und Glieder des durch die gemeinsame Staatsangehörigkeit bestimmten deutschen Volkes. Staatsangehörigkeit meint aber nicht ein beliebig kündbares Vertragsverhältnis, sie meint eine statusmäßige Zugehörigkeit, eine die Person als sol-*

*che betreffende Rechtsbeziehung, die nicht zuletzt durch das Verhältnis von Schutz und Gehorsam gekennzeichnet ist. Dazu gehört auf der einen Seite der Anspruch des Staates auf Loyalität, Gesetzesgehorsam und – in schwierigen Zeiten – Treue seiner Bürger, auf der anderen Seite die Aufgabe und Pflicht des Staates, jeden Bürger, wie schon das Preußische Allgemeine Landrecht wusste, „bei dem Seinigen gegen Gewalt und Störungen zu schützen.“ Ein einseitiges Hinausweisen aus diesem Schutz- und Treueverhältnis kommt, außer vielleicht bei schwerwiegenden Verbrechen gegen die Gemeinschaft, nicht in Betracht. [11]*

Es obliegt den Lebenden, das aus dem Versäumnis drohende Vergessen zu beenden, stattdessen zum Opfer der verlorenen Kollegen sich zu bekennen. Nicht nur das geschehene Unrecht, sondern bereits die Tatsache, dass die Verfolgten wie alle anderen deutschen Staatsbürger diese mit uneingeschränkten Rechten und gleichermaßen unsere Mitglieder waren, nötigt uns, ihnen die Anerkennung unserer Gesellschaft wiederzugeben, sie aber auch sichtbar zu machen. Wie könnte dies besser und aufrichtiger bewirkt werden als – soweit zu rekonstruieren – durch die Wiedergabe ihrer Lebens- und Berufsdaten, der Darstellung ihrer fachlichen Leistungen, aber auch ihrer Schicksalswege, wenngleich die Lückenhaftigkeit unserer Informationen zu bedauern ist. Sie alle haben ihren Beruf pflichtgetreu ausgeübt, bemerkenswert ist die Zahl derer, die in unserer Gesellschaft ehrenamtlich Aufgaben wahrnahmen. Dies verdient Anerkennung und Dank über ihre Zeit hinaus.

## Die Mitglieder

### Dr. Georg Willy Alexander-Katz

\* 23. Mai 1867 Liegnitz,  
† 8. April 1945 Funchal/Madeira/Portugal.  
Studium in Leipzig und Berlin. Promotion 1893 in Leipzig „Ein Fall von Ulnaris-Lähmung“. 40 Jahre Facharzt für Magen, Darm, Stoffwechsel in Hamburg. 1939 emigriert.

### Prof. Dr. Hans Ritter von Baeyer

\* 28. Februar 1875 Straßburg,  
† 21. Januar 1941 Düsseldorf.

Sohn des Nobelpreisträgers für Chemie Johann Friedrich Wilhelm Adolf von Baeyer (1835–1917). Studium in Jena und München. Promotion 1901 in München „Über Chromsäure-Vergiftung“. Habilitation 1908 in München (F. Lange). 1914 bis 1918 Kriegsteilnehmer (Arzt). 1917 a.o. Professor in Würzburg, Direktor des König-Ludwig-Hauses. 1919 Direktor der Orthopädischen Klinik Heidelberg, 1929 o. ö. Professor. 1. März 1934 Zwangspensionierung „aus rassistischen Gründen“.

### Prof. Dr. Kurt Berliner

\* 24. Mai 1879 Breslau,  
† 25. April 1937 Obernigk bei Breslau.  
Promotion 1904 in Breslau „Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte des Kleinhirns“. Habilitation 1908 in Breslau „Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung“. A.o. Professor 4. November 1914. Leitender Arzt der Lewaldschen Kuranstalt Bad Obernigk. Seine Ehefrau Thekla (\*1887) wurde am 3. Mai 1942 in das Vernichtungslager Majdanek deportiert. Dort ermordet.

Hans Ritter  
von BaeyerHans Isidor  
Bettmann  
(Nr. 13)Ludwig  
Guttman

### San.-Rat Dr. Hans Isidor Bettmann

\* 1. September 1866 Geisa bei Weimar,  
† 1942 New York.

Studium in Würzburg. Promotion 1891 „Anatomischer Befund im Falle von Hornhauterkrankung im Gefolge der Blennorrhoea neonatorum“. 1900 Facharzt für Orthopädie in Leipzig. Auch Facharzt für Chirurgie. Gründung einer „chirurgisch-orthopädischen Heilanstalt“. Gründungsmitglied, 1922 Schatzmeister und 2. Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Rücktritt 1933. Depromotion durch die Universität Würzburg. 1938 Entzug der Approbation, dann „Krankenbehandler“ nur für jüdische Patienten. 1939 Verlust der Klinik. Erkrankung an Röntgenkarzinom der Hände. 1940 Emigration USA.

### Dr. Ernst Bettmann

\* 19. März 1899 Leipzig,  
† 22. September 1988 White Plains/USA.  
Sohn des San.-Rats Dr. Hans Isidor Bettmann. 1917/18 Sanitätssoldat. 1919 Studium der Rechtswissenschaft, Wechsel zur Medizin in Leipzig und Freiburg. Staatsexamen 1921 in Leipzig. Promotion 1923 in Leipzig „Über einen Fall von habitueller Schulterluxation, operiert mit Fascienplastik nach Kirschner und Zusammenstellung der neuen Operationsmethoden“. Assistenzarzt bei Payr, Chirurgische Univ.-Klinik Leipzig, dann Wechsel zur Orthopädie (F. Schede). 1933 Habilitation „Die klinischen Behandlungsmethoden der Fußsenkung“. In seinen Erinnerungen hielt er fest: „Mein Chef, Prof. Schede, musste eine ganze Menge an Widerstand bei der Medizinischen Fakultät überwinden, damit die einen Juden als Privatdozenten bewilligten ...“. 1933 Entlassung, 1935 Entzug der Lehrbefugnis. Arbeit in der väterlichen Klinik. 1937

Emigration USA. Neue Wirkungsstätte am Yonkers Hospital, White Plains (NY).

### Geh. San.-Rat. Dr. Eugen Cohn

\* 23. September 1860 Berlin,  
† 28. Februar 1933 Berlin.  
Studium in Berlin und Würzburg. Promotion 1881 „Diabetes und Psychose“. 1882 Approbation. Chefarzt des Ambulatoriums der Buchdrucker-Berufsgenossenschaft und Vertrauensarzt von deren Sektion VIII. 1932 Mitglied des Beirates im Vorstand der DGU. Sechs Jahre Vorsitzender des Berliner Vereins für Unfallheilkunde. Mitglied des Vorstands des Reichsverbandes der für BGen tätigen Ärzte. Im Mitgliederverzeichnis 1932 als „Facharzt für Unfallheilkunde“ ausgewiesen. Aus dem Nachruf der Holz-Berufsgenossenschaft: „Ausgestattet mit reichem Wissen, geleitet von dem Willen, den bei der Ausübung ihres Berufes Unglückten die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit zu geben, stets beseelt von menschlichem Mitgefühl und dem Wunsch zu helfen, ist er den Verletzten ein echter Vertrauensarzt gewesen. Seine Mitarbeiter im Vorstand der Sektion haben sein reifes Können und seine wertvolle Erfahrung hoch gewertet, seine gütige Menschlichkeit stets empfunden“ [12]. Beigesetzt auf dem Friedhof Schönhäuser Allee.

### Oberregierungsmedizinalrat Dr. Curt Ehrlich

\* 24. Februar 1871 Neisse,  
† unbekannt.  
1889/90 Militärdienst. 1890 Studium Berlin. Promotion 1894 Berlin „Über die Fälle von sogenannter intentio nervorum“. Evangelisch. Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle Köln. Verfasser einer Schrift über die Bechterewsche

Krankheit. Bis 1939 in Köln gemeldet. Danach verliert sich die Spur.

### Dr. Hermann Engel

\* 4. September 1886 Hamburg,  
† Mai 1971 New York.  
Studium in Berlin und Heidelberg. Promotion 1912 „Chemotherapeutische Versuche mit Adrenalin und ähnlich constituirten Stoffen bei tumorkranken Tieren“. Orthopäde. Mitbesitzer Orthopädische Privat Klinik in Berlin, Praxis. 1937 Entzug der Kassenzulassung. Emigration Ägypten-USA.

### Dr. Julius Fuchs

\* 30. Mai 1888 Odenheim,  
† 1953 New York.  
Studium in Heidelberg, Würzburg, München. Promotion 1914 Heidelberg. „Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Preßsäften und Extrakten aus Schilddrüse, Eierstock und Placenta auf den überlebenden Kaninchenuterus“, 1920 Facharzt für Orthopädie, niedergelassen in Baden-Baden, Kassenzulassung bis 25. April 1933, 30. September 1938 Entzug der Approbation. Emigration USA.

### PD Dr. Kurt Max Grassheim

\* 12. Februar 1897,  
† 15. November 1948 New York.  
1917 Kriegsverwundung. Approbation 1921 Frankfurt/M. Habilitation 1929 Berlin (Endokrinologie, Biochemie). 1922 Gründungsmitglied DGU, Vortrag beim Gründungskongress „Die indirekten Muskel- und Sehnenrisse in der Unfallmedizin“. 1929–1933 I. Innere Univ.-Klinik Charité Berlin. 1933 Entzug der Lehrbefugnis, 1938 der Kassenzulassung. 1938 Emigration USA.



Paul Jottkowitz

Hermann  
Kaufmann

Max Mainzer

### Prof. Dr. Ludwig Guttman

\* 3. Juli 1899 Tost/Oberschlesien,  
† 18. März 1980 Aylesbury/Großbritannien.  
1917 Abitur humanistisches Gymnasium Königshütte, Einberufung Militärdienst. 1918 Studium Breslau und Halle/Saale. 1924 Approbation. 1930 Habilitation Breslau (Neurologie). 1933 Facharzt Neurologie, Entlassung Wenzel-Hancke-Krankenhaus Breslau. Oberarzt der Abteilung Neurologie am Jüdischen Krankenhaus Breslau, 1937 Direktor des Krankenhauses. 1939 Emigration England. 1939–1943 Abteilung Neurochirurgie Nuffield. 1943–1967 Leiter Spezialklinik für Wirbelsäulenverletzungen in Stoke Mandeville. Diese Tätigkeit stand zuerst im Zusammenhang mit der Behandlung und Rehabilitation von wirbelsäulenverletzten Piloten der Royal Airforce, die häufig beim Landeanflug mit ihren durch Beschuss beschädigten Bombern abstürzten. 1948 erste Stoke Mandeville Games, Keimzelle der Paralympics (seit 1960). 1966 geadelt „Sir Ludwig“. – Mitte 1960er Jahre Berater des Bundesarbeitsministeriums und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zum Bau eines Querschnittgelähmtenzentrums. Berater bei der Planung der Errichtung der Abteilung Rückenmarkverletzungen BG-Unfallklinik Murnau, eröffnet 1969 (Festvortrag). – Korrespondierendes Mitglied der DGU. Großes Verdienstkreuz mit Stern des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Das Foto (Seite 209) zeigt Guttman auf der Terrasse der BG-Unfallklinik Murnau (Mitte 1960er Jahre).

### Dr. Kurt Eduard Hirschfeld

\* 9. Januar 1889 Braunsberg/Ostpreußen,  
† 1971 New York.

1922 Approbation in Königsberg. 1928 Facharzt für Orthopädie. Ab 1936 Berlin. 1938 Entzug der Kassenzulassung, bis 1941 als „Krankenbehandler“ nur für Juden zugelassen. 1941 „untergetaucht“, versorgt von seiner nichtjüdischen Frau Edith Berlow. Nach dem Krieg Emigration USA mit seiner Frau. Letztere erhielt den Ehrentitel „Gerechte der Völker“.

### San.-Rat Dr. Ernst Joseph

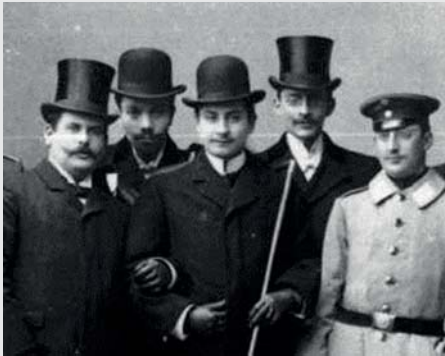
\* 7. April 1872 Breslau,  
† 1950 Berlin.  
Evangelisch. 1890 Abitur königliches Wilhelms-Gymnasium Berlin. 1890 Studium Berlin, Freiburg, Breslau. 1893 Militärdienst. Promotion 1894 Berlin. „Beitrag zur Kenntnis der Hemiatrophia faciei“. Seit 1900 für die Holz-BG tätig. 1901–1920 Leitender Arzt Heilanstalt für Unfallverletzte vom Roten Kreuz Berlin Mariannenufer. 1903–1913 Ärztlicher Direktor des Verbandes für Erste Hilfe Berlin. 1913 Auszeichnung mit dem Maria-Feodorowna-Preis auf der Internationalen Ausstellung vom Roten Kreuz in Washington für die Konstruktion eines motorisierten dreirädrigen Krankentransportfahrzeugs. Kriegsteilnehmer 1914–1918. 1920–1933 Sekretär des Berliner Vereins für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. 1923–1933 Leitender Arzt der Unfallstation der Norddeutschen Holz-BG Berlin, 1933 entlassen. 1926–1933 Sekretär bzw. Vorsitzender des Reichsverbandes der für BGen tätigen Ärzte. 1929 zeitweilig Mitherausgeber „Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin“. 1929–1933 Erster Schriftführer DGU. Staatlicher Druck, sich von seiner nichtjüdischen Frau scheiden zu lassen. 1936 nicht mehr im Mitgliederverzeichnis der DGU, 1938 nicht mehr im Berliner Adressbuch.

Während des 2. Weltkrieges Zwangsarbeit (Arbeitslager).

### Oberregierungsmedizinalrat Dr. Paul Jottkowitz

\* 24. Juli 1868 Samotschin,  
† 26. Mai 1936 Berlin.  
1886 Abitur Fürstenschule zu Pless/Oberschlesien. Beginn des Studiums in Breslau. Promotion 1891 „Wärme-Regulation des normalen, fiebernden und künstlich entfieberten Organismus“ (Pharmakologisches Institut Breslau). 1892–1896 Knappschaftskrankenhaus Königshütte/Oberschlesien (Prof. Dr. W. Wagner, bekannt durch erste Buchveröffentlichung mit Stolper über Wirbelsäulenverletzungen und Röntgendiagnostik). Eigene Praxis in Oppeln. Vor 1911 Umzug nach Berlin, „Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie, Leiter einer chirurgisch-orthopädischen Privatanstalt“. 1912 Teilnahme am III. Internationalen Medizinischen Unfallkongress in Düsseldorf. 1914–1918 Kriegsteilnehmer (Arzt). 1919 Austritt aus der jüdischen Gemeinde Berlin. Anfang 1920er Jahre Leiter der Orthopädischen Versorgungsstelle Berlin. 1922 Teilnehmer der 1. Jahrestagung der DGU, danach Mitglied. 1930 Erster Vorsitzender der DGU, VI. Jahrestagung in Breslau. Datum und Umstände seines Ausscheidens nach 1933 unbekannt. 1937 gedenkt Prof. Stich als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in der Kongresseröffnung des verstorbenen Jottkowitz: „... wir verdanken Jottkowitz zahlreiche fleißige Arbeiten aus dem Gebiet der Gliedmaßenchirurgie und des Gliedersatzes“. – Seine Frau Toni begeht 1942 Suizid wegen bevorstehender Deportation.





Oskar Salomon Meyer (Mitte)



Bernhard Mosberg (Mitte)

### Veröffentlichungen (Auswahl)

- 1895 Über Heilungsergebnisse von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz. Langenbecks Archiv 42: 610–618
- 1899 Zur Totalresection der Diaphyse langer Röhrenknochen bei acuter, infektiöser Osteomyelitis. Langenbecks Archiv 52
- 1905 Zur Heilung von Pseudarthrosen. Münch. Med. Wochenschr. 21
- 1908 Über einen Fall von habitueller (lateraler) Luxation des Ellenbogengelenkes. Monatsschr. Unfallheilkd. 8
- 1922 Wie hat sich das Sauerbruchverfahren für Armamputierte bewährt? Münch. Med. Wochenschr. 69:1212–1214
- 1923 Die Verkürzungen der unteren Extremität. Arch. Orth. Unfallchir. 8
- 1924 Orthopädische Ziele der Amputation. Münch. Med. Wochenschr. 71
- 1927 Orthopädische Stützapparate. Schriftenr. Arbeit und Gesundheit. H. 4: 5–24
- 1928 Lehrbuch der Unfallheilkunde. Lehmanns Verlag, München
- 1931 Ergebnisse der orthopädischen Versorgung der kriegsbeschädigten Armamputierten Deutschlands. Schriftenr. Arbeit u. Gesundheit. H. 19:7–28

#### Dr. Eugen Jungmann

\* 27. Februar 1871 Breslau,  
† 24. Februar 1943 Ghetto Theresienstadt.  
Promotion 1895 Würzburg. 1908 Orthopäde, später praktischer Arzt in Berlin. 1922 Gründungsmitglied DGU. 1938 Entzug Kassenzulassung, dann „Kranken-

behandler“. 3. Oktober 1942 Deportation. Suizid.

#### Dr. Hermann Kaufmann

\* 26. August 1887 Köln,  
† 14. April 1967 New York.  
1906 Studium Freiburg, Gießen, Bonn, Straßburg. 1907 Militärdienst. Promotion 1911 Straßburg „Zur Kasuistik und Genese von Sirenenmißbildungen“. Praktischer Arzt in Köln. 1938 Entzug der Kassenzulassung, „Krankenbehandler“. 1941 Emigration USA.

#### San.-Rat Dr. Karl Lissauer

\* 4. Mai 1869 Oberaula/Hessen,  
† 25. Oktober 1940 Düsseldorf.  
1888 Studium Heidelberg, Freiburg, Berlin. 1891 Militärdienst. Promotion in Berlin 1893 „Über Diplopia monocularis hysterica“. 1900 Eröffnung der Orthopädischen Heilanstalt Dr. Lissauer und Dr. Ebermaier in Düsseldorf. Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie. 1912 Teilnahme am Internationalen Unfallkongress.

#### Dr. Max Mainzer

\* 30. Januar 1872 Heppenheim/Bergstraße,  
† 22. August 1952 New York.  
Studium Heidelberg und Würzburg. Promotion 1894 „Histologische Beiträge zur Entstehung und Struktur von Haemorrhoidalknoten“. 1899 Facharzt für Orthopädie, Niederlassung mit Orthopädischer Anstalt in Frankfurt/M. 1914–18. Leitender Arzt Chirurg. Abteilung Reservelazarett Frankfurt/Main Chirurg und Orthopäde. 1933/34 „Schutzhaft“. 1939 Emigration USA.

#### Dr. Oskar Salomon Meyer

\* 12. September 1880 Lübeck,  
† 9. November 1959 London.

1899 Studium Heidelberg, Kiel, Berlin. 1901 Militärdienst (3. Garde-Regiment zu Fuß Berlin). Promotion 1904 Kiel „Beitrag zur Casuistik der acuten Beckenosteomyelitis“. 1910 Orthopädische Heilanstalt in Lübeck. Chirurg und Orthopäde. 1937 Emigration London. 1939 Aberkennung der Promotion.

#### Dr. Bernhard Mosberg

\* 20. Februar 1874 Horn,  
† 1944 KZ Auschwitz.  
Promotion 1898 in Würzburg „Die Ausscheidung des Phlorhizins und des Zuckers in der Niere“. 1903 Facharzt für Chirurgie und Orthopädie in Bielefeld. Kriegsteilnehmer 1914–18, Stabsarzt. 1919–1932 nebenamtlich in Bethel tätig. Konstruierte die „Mosberg-Arme“. 1938 Entzug der Approbation. 22. November 1938 Emigration Niederlande. 1944 Deportation Theresienstadt, KZ Auschwitz. Ermordet, 1. Juni 1944 für tot erklärt. Ebenso seine Ehefrau und Tochter Dr. Gertrud Mosberg.

#### Dr. Gustav Muskat

\* 19. März 1874 Breslau,  
† 12. April 1938 Berlin.  
1893 Studium Berlin, Zürich, Freiburg. 1895 Militärdienst. Promotion 1897 in Berlin „Die congenitalen Luxationen im Kniegelenk“. Chirurgischer Orthopäde und Medico-Mechaniker in Berlin.

#### Dr. Gustav Rosenberg

\* 7. Juli 1891,  
† unbekannt.  
Studium Freiburg, Würzburg, München. Approbation 1915, Promotion 1920 in Frankfurt/Main. Kriegsteilnehmer als Truppenarzt im 1. Weltkrieg. Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitäts-



Otto Rothschild (rechts)



Foto: DGU-Archiv

Ernst Adolf (Dan)  
Ruhemann

klinik Frankfurt/Main (Schmieden). 1924 Niederlassung als Facharzt für Chirurgie in Frankfurt/Main. 1922 Gründungsmitglied DGU; schon vor 1933 nicht mehr Mitglied der DGU. 1935 ins Ausland verzogen.

#### **San.-Rat Dr. Moritz (Mordscha) Rothenberg**

\* 25. Dezember 1862 Ratzebuhr/Pommern, † 5. Oktober 1942 Ghetto Theresienstadt. Studium in Königsberg. Promotion 1887 „Mißbildungen des weiblichen Genitalschlauchs“. 1891–1933 Vertrauensarzt der Nordöstlichen Baugewerks-BG Berlin. 1912 Deputierter der NÖ Baugewerks-BG beim Internat. Unfallkongress in Düsseldorf. 1922 Gründungsmitglied DGU. – Rothenberg rief zusammen mit Hoffa, Thiem und Kaufmann auf der Naturforscher-Versammlung 1894 in Wien eine „Sektion für Unfallheilkunde“ ins Leben. Ausgezeichnet mit der Boedecker-Medaille des Reichsversicherungsamtes. 1942 Verhaftung, Deportation Theresienstadt.

#### **Dr. Robert Otto Rothschild**

\* 21. Oktober 1872 Frankfurt/Main, † 9. Dezember 1940 Frankfurt/Main. 1891 Studium Bonn, München, Berlin. Promotion 1895 in Bonn „Elephantiasis scroti et penis“. 1903 Facharzt für Chirurgie, Niederlassung in Frankfurt/M. 1914–18 Kriegsdienst (Arzt). 1938 Entzug der Approbation. Suizid.

#### **Dr. Ernst Adolf (Dan) Ruhemann**

\* 13. Oktober 1897 Berlin, † 23. Dezember 1952 Bristol/Großbritannien. 1914 Kriegsfreiwilliger, nach Verwundung Studium in Berlin. Promotion 1921 in Berlin „Über einen Fall von Thorax-

deformität“. Internist und Neurologe in Berlin. 1922 Gründungsmitglied der DGU. 1938 Emigration England.

#### **Prof. Dr. Franz Schück**

\* 24. Oktober 1888 Breslau, † 1958 New York. Studium Würzburg, Freiburg, Breslau, Berlin. Promotion 1912 in Breslau „Experimentelle Untersuchungen über die rückläufige Durchströmung parenchymatöser Organe“ (Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie der Menschen und der Tiere 147:117–134). 1913–1923 Chirurgische Universitätsklinik der Charité (Hildebrand). 1914–18 Kriegsteilnehmer. 1918 Habilitation Berlin. 1921 a.o. Professor. 1923–33 Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses Am Urban, Berlin, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung. Bevorzugtes Arbeitsgebiet Neurochirurgie. Zahlreiche Publikationen (Liste mit 34 Nennungen vorliegend). 1933 mehrmals von der SA verhaftet. 1934 Emigration USA. 1935 Privatpraxis in New York. Gedenktafel im Krankenhaus Am Urban.

Eigene Schilderung der Verfolgungen am 14. November 1957 (Berliner Entschädigungsbehörde, Reg. Nr. 309272): „Da ich Träger verschiedener hoher Auszeichnungen, unter anderem des Eisernen Kreuzes I, des Verwundetenabzeichens und anderer Medaillen war und außerdem die Rechte eines Stabsarztes in Reserve hatte, konnte man mich auf gesetzlichem Weg 1933 nicht unmittelbar aus meinen Ämtern entfernen. Die Folge waren fast sechs Monate dauernde systematische Erpressungen, falsche Anklagen und Gewalttätigkeiten. Ich wurde sechs Monate lang fast jede Woche von SA-Leuten „verhaftet“, meine Wohnung wurde fortgesetzt von SA-Truppen

durchsucht [...]. Auch im Urban-Krankenhaus erfolgten Angriffe und Tötlichkeiten gegenüber mir und anderen jüdischen Kollegen, ausgeführt durch bewaffnete SA-Leute. Hätte ich resigniert, als Zondek resignierte und als die anderen Nicht-arianer entfernt wurden, wären natürlich derartige Angriffe gegen meine persönliche Ehre nicht erforderlich geworden. Da ich Stabsarzt der Reserve mit den oben erwähnten Auszeichnungen war, konnte man mich auf gesetzlichem Wege nicht entfernen, und ich dachte nicht daran, meine Universitätslaufbahn und meine Beamtenstelle am Urban freiwillig aufzugeben.“

#### **Prof. Dr. Walther Veit Simon**

\* 28. Dezember 1882 Berlin, † 21. April 1958 Santiago de Chile. Studium Berlin, Würzburg, Freiburg. Promotion 1909 „Pigmentierungen im Darm, mit besonderer Berücksichtigung des Wurmfortsatzes“ (Pathologie Freiburg). 1910–14 Chirurgische Universitätsklinik Breslau (Küttner). 1914–18 Kriegsteilnehmer, Truppenarzt, zweimalige Verwundung. Eisernes Kreuz I. und II. Klasse. 1916 Habilitation Breslau. 1922 Orthopädische Universitätsklinik Frankfurt/Main (Ludloff). A.o. Professor bis 1934. Seit 1922 Niederlassung als Facharzt für orthopädische Chirurgie in Frankfurt/Main – Veröffentlichungen über Appendixchirurgie, Kropf in Schlesien, Knochensarkome, Hungererkrankungen des Knochensystems, Krüppelfürsorge, Unfallbegutachtung etc. – November 1938 Verhaftung, KZ Buchenwald. 1939 Emigration USA, New York.

#### **Regierungsmedizinalrat Dr. Paul Weil**

\* 10. September 1894, † 8. Juni 1963 Nottingham/Großbritannien.



Paul Weil

Abitur 1913, Militärdienst. 1914 Beginn des Studiums. 1914–18 Kriegsteilnehmer, Verwundung, Eisernes Kreuz II. Klasse. 1919 Studium München, Heidelberg, Tübingen. Promotion 1921 in Tübingen „Über den Einfluss der Kriegsverhältnisse auf das Körpergewicht der gynäkologisch kranken Frauen“. 1923 Niederlassung als praktischer Arzt und Chirurg in Stuttgart. 1926 Gerichtsarzt (OVA und Versorgungsgericht). Gutachtertätigkeit. 1926 Austritt aus der israelitischen Kultusgemeinde. 1929 Regierungsmedizinalrat beim Hauptversorgungsamt Stuttgart. 1933 Entlassung (Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums). Ge-

such zur Kassenarntzulassung abgelehnt. 1933–1935 Übersiedlung in die Schweiz, Rückkehr nach Stuttgart 1935 in der Annahme, als Frontkämpfer und Ehemann einer nichtjüdischen Frau vor Maßnahmen geschützt zu sein. Stattdessen keine Kassenarntzulassung. Ausschluss der als Mischling I. Grades geltenden Tochter vom Besuch einer höheren Schule. 1937 wegen „Devisenvergehens“ 14 Monate Untersuchungshaft, verurteilt zu zwei Jahren Zuchthaus. 1938 Entzug der Approbation, 1939 Aberkennung des Doktorgrades durch die Universität Tübingen. 1939 Emigration ohne Familie nach England. Ab 1942 Krankenhausarzt (Psychiatrie). Nach Kriegsende Wiedervereinigung der Familie in England. 1947 britische Staatsbürgerschaft. Niederlassung in Nottingham. 1948 als Facharzt für Psychiatrie Anstellung bei Krankenhausbehörde.

#### DER AUTOR

Prof. Dr. Jürgen Probst leitet die Arbeitsgemeinschaft Geschichte der Unfallchirurgie der DGU.

#### Literatur

- 1 Steinau H U, Bauer H, Sachs M, Schmiedebach H P (2011) Deutsche Gesellschaft für

Chirurgie 1933–1945 Die Präsidenten. Kaden Verlag, Heidelberg

- 2 Thomann K D, Rauschmann M (2001) Orthopäden und Patienten unter der nationalsozialistischen Diktatur. Orthopäde 30: 696–711
- 3 Wehler H U (2009) Der Nationalsozialismus Bewegung Führerherrschaft Verbrechen. C. H. Beck, München.- Ders. (2011) Götz Alys neuer Irrweg. Frankf. Allg. Z. 13.12.2011
- 4 Bauer J (2005) Prinzip Menschlichkeit. 6. Aufl. Heyne Verlag, München
- 5 Hildebrand K (2003) Das Dritte Reich. 6. Aufl. R. Oldenbourg Verlag, München
- 6 Schwach R (2006) Jüdische Ärzte in der NS-Zeit: „Wir waren Ausgestoßene“. Dt. Ärztebl. 103: C559
- 7 Meyer B (2011) Tödliche Gratwanderung. Wallstein Verlag, Göttingen
- 8 Lackmann T (2005) Das Glück der Mendelssohns. Aufbau Verlag, Berlin
- 9 König F (1934) Eröffnungsansprache des Vorsitzenden. Verhandlungen auf der IX. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin am 12. und 13. Oktober 1934 in Würzburg. Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie, 35. Band, 1. Heft, S. 3–6, Julius Springer, Berlin
- 10 Stich R (1937) Eröffnungsansprache des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 61. Tagung 1937. Arch. klin. Chir. 189: 3–13, Julius Springer, Berlin
- 11 Böckenförde E W (1997) Die Verfolgung der deutschen Juden als Bürgerverrat. MERKUR 2/1997, 165–170
- 12 Berechnungsamts-Nachrichten. Sonderbeilage der Zeitschrift für Deutschlands Buchdrucker Nr. 3 (März 1933), S. 13

#### DANKSAGUNG

Die Ermittlung der Personendaten wäre ohne die bereitwillige und intensive Unterstützung aus einer Reihe von Institutionen nicht möglich gewesen. Für diese großzügige Hilfe, die entscheidend dazu beigetragen hat, den verfolgten damaligen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versicherungsmedizin ein sichtbares Denkmal zu errichten, danken wir:

- Frau Dr. Eilen Harnisch, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, für den Abgleich unserer Mitgliederlisten mit dem Reichsarztregister, sowie
- Herrn Lutz Becht M. A., Institut für Stadtgeschichte Frankfurt/Main
- Frau Dr. Barbara Becker-Jakli, NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln
- Herrn Herbert Birett, Bibliotheksoberrat a. D., München
- Frau Kerstin Böttcher, Landesarchiv Berlin
- Frau Dr. Susanne Doetz, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
- Herrn Franz Elser, Berufsgenossenschaft Holz und Metall, München
- Frau Dr. Eva Maria Felschow, Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Herrn Dr. Dennis Göbel, Geschäftsführer, AGAPLESION Frankfurter Diakonie Klinikum gGmbH, Frankfurt/Main
- Frau Petra Hesse, Universitätsarchiv Leipzig
- Herrn Dr. Georg Holfelder, Frankfurt/Main
- Herrn Jochen Striewisch, Hauptarchiv v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld
- Frau Barbara Welker, Centrum judaicum Berlin
- Frau Katharina Wülk, Universitätsarchiv, Universität Würzburg

Die Wiederherstellung der Mitgliederdaten besorgte in mühevoller wie hartnäckiger, jahrelang zielstrebig verfolgter Arbeit der Geschäftsstellenleiter der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Herr Dipl.-Pol. Joachim Arndt, Berlin, dem dafür an dieser Stelle großer Dank ausgesprochen sei.

#### Weitere Quellen

- Liste „Die Verfolgten“. Monatsschr. für Kinderheilkunde. Suppl. 1/99
- Sachs M (1997 ff.) Historisches Ärztelexikon für Schlesien. Biographisch-Bibliographisches Lexikon schlesischer Ärzte und Wundärzte (Chirurgen), Bde. 1–4. Wunstorf
- Schwach R (2009) Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch. Im Auftrag von Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Deutscher Ärzteverlag/Deutsches Ärzteblatt, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer. Berlin
- Recherche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin im Reichsarztregister von 7.9.2012
- Mitgliederverzeichnisse der DGU 1922, 1933, 1936/37
- Susanne Rueß: Stuttgarter jüdische Ärzte während des Nationalsozialismus, Würzburg 2009

# Vorschlag des Präsidiums und Vorstands zur Änderung der DGU-Satzung

anlässlich der Mitgliederversammlung am 24. Oktober 2013 in Berlin

Es werden folgende Satzungsergänzungen vorgeschlagen. Gründe dafür sind:

- dringend vom Steuerberater der DGU empfohlene Anpassungen an steuerrechtliche Bestimmungen (§§ 2 und 19),
- die Harmonisierung der Satzungen von DGOU, DGOOC und DGU (§§ 4 und 6) betreffend: Beitragsregelung Mitglieder im Ruhestand (Pensionäre) sowie Bewerbung um die Mitgliedschaft, hier Fortfall der Einreichung eines Lebenslaufes,
- Institutionalisierung der Information/Beratung des Vorstandes durch den Geschäftsführer (GF) der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH durch eine Mitgliedschaft des GF im Vorstand (§ 10),
- Weiterentwicklung der Struktur zur Umsetzung des Projektes TraumaNetzwerk DGU®: Ergänzung der Ausschüsse durch einen neuen Ausschuss „Traumanetzwerk“. Damit soll die Erhaltung und Weiterentwicklung des Projektes TraumaNetzwerk DGU® durch einen den Gremien der DGU verantwortlichen Ausschuss sichergestellt werden.

## § 2 Zweck, Aufgaben, Gemeinnützigkeit

Unter Absatz (1) Einfügung als erster Satz: „Zweck der Gesellschaft ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung.“

Nach Absatz (3) Einfügung von Absatz (4) „Die Gesellschaft wird sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben einer Hilfsperson i.S. des § 57 Abs. 1 S. 2 AO bedienen, soweit sie die Aufgaben nicht selbst wahrnimmt.“

Der bisherige Absatz (4) wird zum Absatz (5).

Dem neuen Absatz (5) wird der Satz: „Über die Höhe der Vergütung entscheidet das Präsidium.“ angefügt.

Der bisherige Absatz (5) wird zum Absatz (6).

Der neue Absatz (6) wird wie folgt gefasst:

„Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Die Körperschaft ist selbstlos tätig; sie verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Mittel der Gesellschaft dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden. Vermögen wird nicht gebildet.“

## § 4 Begründung der Mitgliedschaft

Streichung des letzten Satzes des Absatzes 1: „Dem Antrag ist ein kurzgefasster Lebenslauf beizufügen.“

## § 6 Beitrag

Streichung des ersten Satzes des Absatzes 3 ersatzlos: „Mitglieder können nach Übertritt in den Ruhestand auf Antrag von der Beitragspflicht befreit werden.“  
Sowie Streichung „auch andere“ ersatzlos im nachfolgenden Satz. „Bei Vorliegen besonderer Umstände...“

Die geänderte Fassung des § 6 Absatz 3 lautet somit: „Bei Vorliegen besonderer Umstände können Mitglieder auf Antrag vom Geschäftsführenden Vorstand von der Beitragspflicht auf Zeit befreit werden.“

## § 10 Geschäftsführender Vorstand

Ergänzung des Absatzes 1: „Der Geschäftsführende Vorstand besteht aus ... h) dem Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH ohne Stimmrecht“.

## § 19 – Auflösung der Gesellschaft

Der Absatz (2) wird wie folgt neu gefasst: „Bei Auflösung oder Aufhebung der Gesellschaft oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Vermögen der Gesellschaft – nach Abdeckung der Verbindlichkeiten – an eine – vom Geschäftsführenden Vorstand zu bestimmende – juristische Person des öffentlichen Rechts oder eine andere steuerbegünstigte Körperschaft zwecks Verwendung für die Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der medizinischen Behandlung Schwerverletzter. Ein Beschluss über die Verwendung dieser Mittel darf erst nach Einwilligung des zuständigen Finanzamts ausgeführt werden (§ 61 Absatz 2 AO).“

## § 15 Ausschüsse, Kommissionen und Beauftragte

Der Absatz (2) wird wie folgt neu gefasst: „Es bestehen sechs Ausschüsse“

1. streiche ersatzlos „sechs“
2. ergänze : g) der Ausschuss TraumaNetzwerk DGU®.

# Frakturen, Fehlstellungen und Weichteilverletzungen der oberen Extremität im Kindesalter

## 32. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie

Prof. Dr. Dr. Peter Schmittenebecher

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Ingo Marzi (Frankfurt/Main) kamen am 21./22. Juni ca. 300 Kinderchirurgen und Unfallchirurgen zur 32. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in den Räumen der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität zusammen, um Verletzungen der oberen Extremität zu diskutieren. Die Themenblöcke wurden jeweils durch einen Übersichtsvortrag eingeleitet, bevor freie Vorträge einzelne Aspekte vertieften und zu einer umfassenden Diskussion führten.

H.-G. Dietz (München) leitete den ersten Tag mit den Behandlungskonzepten zu den Oberarmfrakturen im Kindesalter ein und führte dann zusammen mit J. Lieber (Tübingen) durch die Sitzung, die ESIN und Bohrdraht am proximalen Humerus gegenüberstellte, aber auch den wichtigen Aspekt der geburtstraumatischen Brüche aufgriff. Nachdem J. Heberer (München) als Jurist und R. Kraus (Lich) als Mediziner wichtige Fragen der Aufklärungspflicht im Kindesalter sehr anschaulich an konkreten Fällen diskutiert hatten, legte I. Marzi (Frankfurt/M.) selbst Grundsätzliches zu den Frakturen am Ellenbogengelenk dar und moderierte die Vorträge zu Luxationsfrakturen und zur suprakondylären Humerusfraktur. T. Slongo (Bern) gab nach der Mittagspause die Übersicht zu den Monteggia-Frakturen und wurde ergänzt von Fernandez (Stuttgart), der den Hexapoden zur Korrektur veralteter Läsionen

favorisierte. Slongo und Schlickewei (Freiburg) saßen danach Forschungsvorträgen zum Zytokinmilieu bei der Arthrose, zur Berechnung der Belastungen im distalen Radius bei Snowboardstürzen und zur ESIN-Modifikation am Femur-Kunstknochenmodell vor. Der Tag endete wissenschaftlich mit freien Vorträgen aus dem gesamten Gebiet der Kindertraumatologie unter dem Vorsitz von L. Wessel (Mannheim) und G. Fitze (Dresden). Wachstumslenkung, Fehleranalysen sowie seltene Verletzungen an Fuß, Becken und HWS kamen zur Sprache und wurden ergänzt durch 20 Poster, die ebenfalls die ganze Breite des Fachs reflektierten. Nachdem L. Wessel (Mannheim) abschließend die unter seiner Leitung beantragte und genehmigte DFG-BMBF-geförderte Studie zur Behandlung distaler Unterarmfrakturen im Kindesalter vorgestellt und um Beteiligung an diesem Millionen-Projekt geworben hatte, klang der Tag bei Apfelwein und Frankfurter Küche im Ortsteil Alt-Praunheim aus.

Der zweite Tag begann mit den Weichteilverletzungen und Frakturen an der Hand. J. Frank (Frankfurt) gab eine hervorragende Übersicht und leitete mit Annelie Weinberg (Rheine) die Sitzung, die sich mit der Diagnostik, dem Kompartiment-Risiko, den Langzeitergebnissen und Folgeschäden sowie der Problemlösung mit Lappenplastik widmete. Die letzte Sitzung fokussierte auf den Unter-

arm. Die Übersicht gab P. Schmittenebecher (Karlsruhe), der anschließend mit W. Linhart (Graz) Vorträge zu den Ergebnissen nach ESIN, zu Komplikationen, zu 3D-gestützten Korrekturen, zur seltenen Pseudarthrose und zur Ultraschall-Diagnostik und konservativen Behandlung der distalen Unterarmbrüche diskutieren konnte.

Die kurze Geschäftssitzung der Sektion hat die zukünftigen Tagungen nach Koblenz/Andernach (2015; Gercek/Seif-el Nasr) und Köln (2016; Boemers) vergeben. Zudem war über das erste Wissenschaftstreffen der Sektion Kindertraumatologie im Februar 2013 im Odenwald berichtet worden. Die drei dort auf den Weg gebrachten Studien wurden skizziert und für das Folgetreffen am 31. Januar und 1. Februar 2014 eingeladen.

Mit den Schlussworten von I. Marzi und der Einladung für 2014 nach Lübeck endete eine inhaltlich dichte und atmosphärisch positive Tagung.



Prof. Dr. Dr. Peter Schmittenebecher, Karlsruhe, ist stellvertretender Leiter der Sektion Kindertraumatologie.

# Bericht der AG Alterstraumatologie

Prof. Dr. Erich Hartwig, Dr. Sarwiga Riem, Prof. Dr. Ulrich C. Liener

In den vergangenen Monaten stand die Vertiefung der Kooperation mit den Geriatern im Vordergrund.

### Wissenschaftliche Ausrichtung und Aktivitäten der AG

Die AG Alterstraumatologie gestaltete im Jahre 2013 zahlreiche wissenschaftliche Sitzungen gemeinsam mit Vertretern der Geriatrie, unter anderem beim Geriatrie-Kongress in Wien (März), bei der Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV) in Hamburg (Juni), beim Fragility Fracture Network (FFN)-Kongress in Berlin (August), beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Hof (September), beim Versorgungsforschungskongress (zusammen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK) und beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin (Oktober). Schwerpunktmäßig wurden folgende Themen behandelt: periprothetische Frakturen, Beckenringfraktur, Augmentierung am proximalen Femur, Pro/Contra Zementierung von Endoprothesen, minimal-invasive/primäre/sekundäre Endoprothetik, Mehrfachverletzung im Alter, OSG-Verletzungen mit Weichteilschaden, perioperatives Management, Osteoporose, Patienten mit Parkinson oder Demenz in der Traumatologie, Zentrenbildung.

Als jährliche wissenschaftliche Veranstaltung wird in Kooperation mit der AG ein Symposium zum Thema Alterstraumatologie von Prof. Ruchholtz in Marburg am 14. September veranstaltet, siehe [www.dgu-online.de](http://www.dgu-online.de). Der Kongress der AG Alterstraumatologie wird 2014 durch Prof. Liener und Prof. Becker gemeinsam mit den deutschen, österreichischen und schweizerischen geriatrischen Fachgesellschaften (DGGG, ÖGGG, SFGG-SPSG) sowie dem Deutschen Verband für Physiotherapie am 27. und 28. März 2014 in Stuttgart ausgerichtet, Deadline

für Abstracts/Poster ist der 31.10.2013: [www.alterstraumatologie2014.de](http://www.alterstraumatologie2014.de). Als interprofessionelle Veranstaltung wird es je einen Schwerpunkttag Pflege und Physiotherapie geben.

An Behandlungsleitlinien wurde die Behandlungsleitlinie Delir in Kooperation mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie fertiggestellt. Die Behandlungsleitlinie wurde im Rahmen des Deutschen Kongress für Psychiatrie in Essen vorgestellt.

Leider wurde der Antrag einer multizentrischen klinischen Studie zur Versorgung proximaler Femurfrakturen im Rahmen der Versorgungsforschung abgelehnt. Im Juni reichten wir eine fokussiertere Variante als Antragsskizze in Zusammenarbeit mit Prof. Neugebauer, Chirurgische Forschung Köln, Prof. Muche, Biometrie Ulm, und Prof. von Steinbüchel, Medizinische Psychologie und Soziologie Göttingen, beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein.

### Stand des Zertifizierungsverfahrens für Zentren für Alterstraumatologie

Das Präsidium der DGU hat nach Abschluss der Auditierung von zehn Pilotkliniken dem Zertifizierungsverfahren zur Steigerung von Qualität und Sicherheit in der Alterstraumatologie auf Grundlage eines „Letter of Intent“ zugestimmt. Aktuell wird ein Kooperationsvertrag zwischen DGU und den geriatrischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften – der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) – sowie dem Bundesverband Geriatrie ausgearbeitet.

Im konsentierten Anforderungskatalog sind unter anderem mindestens zweimal wöchentlich persönliche Visiten der jeweils anderen Fachrichtung neben der vollen Weiterbildung im jeweiligen Fach für die Kooperation gefordert. Ne-

ben prozessorientierten SOPs sollten die wichtigsten Entitäten in SOPs abgedeckt sein: Schmerz, Delir, Sturzprävention, Osteoporose, Dekubitus und Ernährung bei Patienten mit Frakturen des coxalen Femur, des proximalen Humerus, mit Wirbelkörper-, periprothetischen- und Beckenfrakturen. Analog zum Trauma Register wird die Teilnahme an einem Alterstrauma-Register verpflichtend sein. Geplant ist, überwiegend Kennzahlen aus Routinedaten (überwiegend §301 Datensatz) zu erheben.



Prof. Dr. Erich Hartwig, Karlsruhe, leitet die AG Alterstraumatologie.



Dr. Sarwiga Riem, Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr



Prof. Dr. Ulrich C. Liener, Stuttgart, ist stellvertretender Leiter der AG Alterstraumatologie.

### FÜR DEN TERMINKALENDER

Wir dürfen alle Mitglieder zur nächsten AG-Sitzung im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie am Dienstag, 22. Oktober 2013 um 14.30 Uhr, einladen.

# Jahresbericht der Sektion Handchirurgie

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner

## Mitglieder und Kooperationen

Die Sektion Handchirurgie der DGU erfreut sich einer weiterhin zunehmenden Mitgliederzahl. Aktuell gehören ihr 118 Kolleginnen und Kollegen an. Die Kooperation mit der Sektion Hand-, Mikrochirurgie- und Replantationschirurgie der DGOOC wurde durch gemeinsame Sitzungen und Veranstaltungen fortgesetzt. Prof. Dr. Andreas Eisenschenk, Leiter der handchirurgischen Sektion der DGOOC, ist unverändert stellvertretender Sektionsleiter der unfallchirurgischen Sektion. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), welche als DGOU-Sektion eine zusätzliche Vertretung auf Ebene der DGOU gewährleistet.

## Sektionssitzungen und Fortbildungen

Die regelmäßigen Arbeitstreffen und Sektionssitzungen finden dreimal pro Jahr in Frankfurt, Düsseldorf und Berlin statt. Das erste Jahrestreffen im Februar in Frankfurt dient jeweils der inhaltlichen Vorbereitung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie. Das zweite Treffen im April wird unmittelbar vor der Jahrestagung der Sektion in Düsseldorf abgehalten. Den Rahmen für die dritte regelmäßige Sitzung bildet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) im Oktober in Berlin. Das vielfältige Engagement der Sektionsmitglieder erstreckt sich über das gesamte Kalenderjahr. So beteiligt sich die Sektion mit ihren Mitgliedern an zahlreichen handchirurgischen Fortbildungsveranstaltungen, die gemeinsam mit der Handgruppe von AOTrauma Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie durchgeführt werden. Einen besonderen Tätigkeitsschwerpunkt der Sektion stellen die AOTrauma-Handkurse dar, die in Hamburg, Düsseldorf, Ulm und Jena abgehalten werden. Weiterhin hervorzuheben sind die handchi-

urgischen Fortbildungsseminare der DGH, die zweimal jährlich in Bonn und Berlin stattfinden.

## Kongresse

Die 8. Jahrestagung der Sektion fand am 20. April 2013 im Universitätsklinikum Düsseldorf unter der wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Joachim Windolf und Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner statt und wurde von mehr als 340 Teilnehmern aus ganz Deutschland besucht. Mit dem diesjährigen Thema „Kontroverses in der Handchirurgie: Gelenkerhalt und Gelenkersatz“ wurde ein weiter Bogen von Verletzungen und ihren Folgen zu ideopathischen und degenerativen Veränderungen gespannt. Wie in den Vorjahren lieferten Expertenvorträge und Fallvorstellungen die Grundlage für intensive und praxisorientierte Diskussionen auf hohem Niveau. Die nächste Jahrestagung wird am 12. April 2014 in Düsseldorf zum Thema „Kontroverses in der Handchirurgie: Operieren wir zu viel?“ stattfinden.

Für den DKOU 2013 können die handchirurgischen Sektionen von DGU und DGOOC wie im vergangenen Jahr zwei Expertensitzungen gestalten, diesmal zu den Themen „Bewertung und Perspektive der winkelstabilen Plattenosteosynthese am distalen Radius“ und „Aktuelles aus der Karpuschirurgie“. Beide Sitzungen werden am Tag der Sektionen und Arbeitsgruppen (22. Oktober 2013) abgehalten.

Hervorzuheben ist zudem der 54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, welcher vom 10. bis 12. Oktober in Düsseldorf stattfindet. Mit Prof. Joachim Windolf, dem ehemaligen Leiter der Sektion Handchirurgie der DGU, ist erstmals ein Unfallchirurg Tagungspräsident des DGH-Kongresses. Entsprechend gehören „Frakturbehandlung“ und „Ligamentäre Verletzungen“

zu den Hauptthemen. Auch die „Evidenzbasierte Handchirurgie“ wird einen besonderen Stellenwert erhalten.

## Publikationen

Die handchirurgischen Schwerpunktthefte in der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ werden im Jahr 2014 mit einer Ausgabe zum Thema „Aktuelle Therapiekonzepte von Gelenkverletzungen der Hand und deren Folgen“ fortgesetzt. Bisher waren bereits drei Themenhefte durch die Sektionsmitglieder gestaltet worden. Darüber hinaus konnten die im Konsens erarbeiteten „Empfehlungen der Sektion Handchirurgie der DGU“ in der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ bereits in drei Ausgaben publiziert werden.

## Leitlinien

Die Leitlinienarbeit stellt einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit der Sektionsmitglieder dar. Dies beinhaltet die aktive und verantwortliche Erstellung bzw. Aktualisierung verschiedener S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Dazu gehören die Leitlinien „Versorgung peripherer Nervenverletzungen“, „Karpaltunnelsyndrom“ und „Kubitaltunnelsyndrom“. Die im besonderen unfallchirurgischen Interesse liegende S3-Leitlinie „Skaphoidfraktur“ wird durch Vertreter der handchirurgischen Sektionen der DGU und der DGOOC koordiniert. Der Konsensprozess und die Textarbeit an dieser Leitlinie konnten abgeschlossen werden.



Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner, Neuss, leitet die Sektion Handchirurgie der DGU.  
**Kontakt:** schaedel@lukasneuss.de



Foto: Privat

Prof. Dr. Benedikt Friemert (rechts) übergibt die Leitung der AG Ultraschall an den bisherigen Schriftleiter der AG, Herrn Dr. Gerhard Achatz.

## Aktuelles aus der AG Ultraschall

Dr. Kay Großer

Im Rahmen der letzten Präsidiumssitzung der DGU wurden nun personelle Veränderungen für die Leitung der DGU beschlossen, und wir dürfen Sie im Rahmen dieses Beitrags darüber informieren.

Die bisherige Leiter der AG Ultraschall der DGU, Herr Prof. Dr. Benedikt Friemert, scheidet aus seiner Funktion aus, da er sich einer neuen Aufgabe innerhalb der DGU widmen wird. Er wird die Leitung der neu bei der DGU implementierten AG Einsatz-, Katastrophen- und taktische Chirurgie (AG EKTC der DGU) übernehmen. Herr Prof. Dr. Friemert hat die AG Ultraschall in den vergangenen vier Jahren maßgeblich geprägt, da er die Wiederbelebung der Sonografie in unseren Fachgesellschaften vorangetrieben und damit zusammen mit dem Vorstand und den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft diese wertvolle diagnostische Methode für unser Fachgebiet wieder präsenter gemacht hat. Jährliche wissenschaftliche Sitzungen und entsprechende Kurse konnten auf den vergangenen Jahreskongressen unserer Fachgesellschaften in Berlin abgehalten werden, zahlreiche andere Veranstaltungen wurden von der AG organisiert bzw. begleitet. Die Ko-

operation mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) als der für die Ultraschalldiagnostik im Allgemeinen zuständigen Fachgesellschaft war dabei stets ein großes Anliegen von Prof. Dr. Friemert. Er hat unsere AG in den vergangenen Jahren mit Erfolg und einer großen Emotionalität für die Sache geleitet, und so dürfen wir hoffen, dass er der Arbeitsgemeinschaft mit seiner Expertise und seinem Engagement verbunden bleiben wird. Wir danken ihm für die geleistete Arbeit sehr herzlich und wünschen für die neue Aufgabe viel Glück und Erfolg!

Die Leitung der AG Ultraschall übernimmt nun nach Abstimmung auf Bitte des Präsidiums der DGU Herr Dr. Gerhard Achatz. Als bisheriger Schriftführer der AG war es ihm bis dato möglich, die Geschäfte, Aktivitäten und Bemühungen der AG eng zu begleiten und mitzugestalten, so dass die verschiedenen Aspekte der AG nahtlos weitergeführt werden können. Da sich Herr Dr. Achatz auch wissenschaftlich intensiv mit neuen Anwendungsoptionen der Sonografie in unserem Fachgebiet beschäftigt, wird die Wissenschaft in den kommenden Jahren

einen wesentlichen Schwerpunkt der Bemühungen innerhalb der Arbeitsgemeinschaft bilden. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und daraus folgend neue Anwendungsoptionen werden zu einer weiteren Etablierung der Sonografie beitragen. Berufspolitische sowie aus- und weiterbildungsrelevante Themen werden natürlich weiterhin eine relevante Rolle spielen.

Die Position des Stellvertreters hat weiterhin Herr Dr. Kay Großer inne. Neben seiner sonografischen Expertise im Allgemeinen wird er auch kindertraumatologische Spezialkenntnisse in die Arbeit der AG einbringen.

### Facettenreiches Programm beim DKOU

In dieser neuen personellen Besetzung gilt es nun, die begonnenen Aktivitäten unserer AG weiterzuführen und auszubauen. So haben wir als AG Ultraschall der DGU aktuell für den Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie ein facettenreiches Programm geplant, welches die definierten Arbeitsschwerpunkte der AG Ultraschall der DGU widerspiegeln soll. Für die Bereiche Wissenschaft



und Forschung, Aus- und Weiterbildung als auch für die Berufspolitik stehen im Oktober in Berlin folgende Veranstaltungen auf dem Programm:

**Sonographie jenseits des unfallchirurgisch-orthopädischen Tellerrandes – was können wir von den Nachbardisziplinen lernen?**

Termin: Dienstag, 22. Oktober 2013

Zeit: 9 bis 10.30 Uhr

Ort: Messe Süd Berlin, Raum London 3

**AG Ultraschall der DGU – 8. Mitgliedertreffen**

Termin: Mittwoch, 23. Oktober 2013

Zeit: 11 bis 12.30 Uhr

Ort: Messe Süd Berlin, Raum Salon 1

Das Anliegen der Arbeitsgemeinschaft ist es damit wiederum, auch in diesem Jahr die Sonografie als wertvolles Instrument unserer täglichen Diagnosefindung und als brauchbares Hilfsmittel zur Indikationsstellung vorzustellen und zu positionieren. Dabei soll gerade im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzung ein direkter Praxisbezug auf wissenschaftlicher Ebene erfolgen. Die dargestellten Berührungspunkte zu den chirurgischen Nachbardisziplinen wie zum Beispiel zur Thorax-, Gefäß- oder Viszeralchirurgie werden allesamt Themen sein, die unmittelbarer Bestandteil unserer täglichen Routinearbeit sind. Wir möchten daher in der Sitzung versuchen zu zeigen, dass es lohnenswert sein kann, sich mit Teilaspekten anderer Disziplinen zu beschäf-

tigen bzw. über unseren eigenen Tellerand hinaus zu schauen.

So fühlen sich abschließend hoffentlich manch interessierte und begeisterte Kolleginnen und Kollegen angesprochen, die sich vielleicht zukünftig etwas mehr um die Ultraschalldiagnostik im Fachgebiet bemühen möchten. All diese wie auch alle „altbekannten Mitstreiter“ für die Sonografie dürfen wir dann zu unserem 8. Mitgliedertreffen einladen, denn die Arbeit und die Aktivitäten einer AG leben ja bekanntlich vom Mitmachen!

Werte Kolleginnen und Kollegen, die zurückliegenden Monate haben für die AG Ultraschall der DGU bereits viele neue Optionen gezeigt, viele Möglichkeiten und interessante Themenfelder haben sich aufgetan. Somit wird die Arbeit sicher nicht weniger werden. Wir würden uns also freuen, Sie, die Sie vielleicht an der Ultraschalldiagnostik interessiert sind oder diese in Ihrem beruflichen Alltag zu schätzen wissen, ganz herzlich zur Mitarbeit einladen und begrüßen zu dürfen.



Dr. Kay Großer ist stellvertretender Leiter der AG Ultraschall.

1/3 Anzeige

## Aus den Verbänden

### 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.

**Bartsch**, Martin · Berlin

**Beirer**, Marc Dr. med. · München

**Böhrer**, Miriam Dr. med. · Fürth

**Boser**, Christian · Bergau

**Cighir**, Romulus-Victor Dr. med. · Petersberg

**Ehrnthaller**, Christian Dr. med. · Blaustein

**Esser**, Claudia Dr. med. · Grevenbroich

**Everding**, Jens Dr. med. · Lüneburg

**Fries**, Daniel · Kriftel

**Fuchs**, Alexander Dr. med. · Köln

**Hieronymus**, Nils · Hosenfeld

**Hohmann**, Franziska · Fulda

**Keil**, Holger Dr. med. · Karlsruhe

**Klein**, Matthias Dr. med. · Dresden

**Knödler**, Eva · Stuttgart

**Koch**, Richard Dr. · Wunsiedel

**Meier**, Simon Lars · Frankfurt

**Ritte**, Thomas Dr. med. · Moers

**Schäfer**, Götz Dr. med. · Ingolstadt

**Six**, Markus · Fulda

**Soyez**, Rüdiger · Lügde

**Zeuner**, Mike Dr. med. · Karben

### Die DGU trauert um ihre Toten

Dr. med. Brinkmann Karl-Erich  
Haydnstr. 5, 76307 Karlsbad  
\*07.06.1937 †10.04.2013

PD Dr. med Heim Urs  
Schaenzlistr. 65, CH-3013 Bern  
\*04.04.1924 †25.07.2013

Prof. Dr. Helbing Gerd  
Moserstr. 10, 71634 Ludwigsburg  
\*02.12.1942

Prof. Dr. Henke Rudolf  
Rankestr. 55, 99096 Erfurt  
\*07.08.1938

Dr. med. Jumel Philippe-Maurice  
Pfalzburgstr. 9, 74821 Mosbach  
\*13.04.1958 †24.05.2013

Dr. med. Klengel Walter  
Bunzlauer Weg 3, 38642 Goslar

Dr. med. Krauspe Ernst  
Paulinenstr. 24, 32108 Bad Salzuflen  
\*31.10.1929

Prof. Dr. Lechner Fritz  
Klarweinstr. 29, 82467 Garmisch-Parten-  
kirchen  
\*22.04.1921 †25.05.2013

Dr. med. Pawletta Jürgen  
Hans-Lingl-Str. 9, 97422 Schweinfurt  
\*24.02.1949 †16.03.2013

Dr. med. Rau Horst  
Auf der Schanz 20, 56329 Sankt Goar  
\*07.04.1921

Dr. med. Schrei Karl  
\*29.04.1944

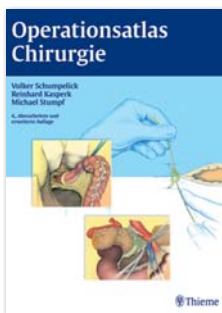
Dr. med. Thies Werner  
Kapellenweg 6, 79271 St. Peter  
\*02.07.1926 †11.05.2013

Dr. med Wahl Heinz-Gert  
Carl-Diem-Weg 4, 47803 Krefeld  
\*04.05.1928

Dr. med. Walde Hans-Joachim  
Gartenweg 1, 26441 Jever  
\*28.06.1942

1/1 Anzeige

## Für Sie gelesen



Schumpelick · Kasperk · Stumpf  
**Operationsatlas Chirurgie**  
Georg Thieme Verlag  
4., überarb. und erw.  
Auflage 2013  
149,99 Euro

### Fortdauernde Allgemeingültigkeit

Das im Großformat vorgelegte Werk – es verdient zweifelsfrei diese Bezeichnung – wendet sich erklärtermaßen an „überwiegend viszeralchirurgisch orientierte Kollegen“, enthält aber auch unfallchirurgische, gefäß- und plastisch-chirurgische Elemente, die zumal in Versorgungskrankenhäusern „gelegentlich“ benötigt werden. Dennoch muss diesem Buch vice versa Interesse für den Unfallchirurgen bescheinigt werden. Denn er findet hier all das viszeralchirurgische Rüstzeug, das ihm ebenfalls gelegentlich und doch nicht nur ganz selten zur Verfügung stehen muss. Abgesehen von den basischirurgischen Eingangskapiteln, die dem chirurgischen Einsteiger anschauliche Dienste leisten, sind es sehr viele Organspezialitäten, die wegen ihrer teilweise hohen, aber auch wegen überhaupt gegebener Verletzungsinzidenz dem Unfallchirurgen bekannt, deren diagnostische Zeichen und Maßnahmen ihm verfügbar und deren therapeutische Beherrschung ihm zumindest im Notfall möglich sein müssen. Das sind, global, zunächst die Akutzustände von Thorax, Abdomen und Gefäßen, dann aber auch die Organverletzungen wie Zwerchfell-, Leber-, Milzruptur,

Darmperforation, um nur einige Beispiele zu nennen. Dabei hilft ihm der durchgängig systematisch aufgebaute Text, der einführend absolute und relative Indikationen, OP-Vorbereitung, Risiken und Aufklärungserfordernisse, Lagerung, Anästhesieempfehlungen, Zugänge, Gefahren und Tricks, Komplikationen, Nachsorge in gekonnter Stichwortaufzählung beschreibt. Dem folgt jeweils bildlich wie textlich die Operationstechnik in minutiösen Einzelschritten. Das dargebotene Abbildungsmaterial wird in der Abfolge der Operations-Akte eng gestaffelt, vor allem aber eindeutig und auch auf Einzelheiten eingehend vorgestellt. Die hochwertige, ausschließlich zeichnerische Darstellung in schwarz-weiß erscheint weit übersichtlicher und didaktisch eindrucksvoller als eine Farbfotografie. Schließlich unterstützt das große Buchformat die „Lesbarkeit“ der Abbildungen. Auch wenn wiederum Neues eingearbeitet wurde, wird die fortdauernde Allgemeingültigkeit ein Merkmal auch dieser Auflage bleiben. Jeder Chirurg wird mit Gewinn immer wieder darauf zurückgreifen.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



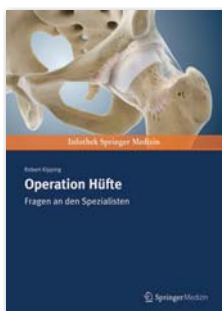
Schumpelick  
**Unterm Messer Patienten in der Chirurgie**  
Dr. Reinhard Kaden  
Verlag, 2012  
19,90 Euro

### Anekdoten aus dem OP

Chirurgie besteht nicht nur aus den kunstgerechten, in Generationen ersonnenen, vom Einzelnen in einem langen Lern- und Erfahrungsweg ausgeübten Operationen und auch aus mehr als der pathophysiologischen Basis des Krankheits- bzw. Verletzungsprozesses und dem Gesamtkomplex der Therapie. Der Autor, bekannt und anerkannt als Verfasser herausragender Lehrbücher der Chirurgie, öffnet hier eine von ihm so bezeichnete Anekdotensammlung, die, ausgehend von erlebten und erfolgreich behandelten Patienten, mit „doppelt so großen Ohren für die leisen Zwischentöne“ hineinhört in die menschlichen Schwächen oder vermeintlichen Stärken, die Hoffnungen, die Verzweif-

lung oder auch den Zweifel, in die Selbstgewissheit oder in das Unerklärliche. Der meist nüchternen chirurgischen Erklärung steht eine anregende Erzählkunst gegenüber, die den Leser fast unmittelbar – mal erheiternd, mal nachdenklich – am Geschehen teilhaben lässt. Schumpelick bekennt, dass er sich um des chirurgischen Nachwuchses willen sorgt wegen der Überhandnahme der über die Belange des Patienten hinweggehenden Ökonomie und plädiert mittels eben dieser Anekdoten für eine wieder humanere Medizin, für Empathie, Gespräche, persönliche Kontakte. Dem soeben vorgelegten zweiten Band sieht man gespannt entgegen.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



Kipping  
**Operation Hüfte Fragen an den Spezialisten**  
Infothek Springer Medizin  
Urban und Vogel, 2012  
16,95 Euro

### Für einen Dialog auf Augenhöhe

Robert Kipping ist als Orthopäde und Unfallchirurg in und vor München als Hüftgelenkchirurg mit breitem Spektrum operativ tätig. Zunächst schlägt er ätiologisch einen Bogen vom Kindes- bis zum Seniorenalter. Wie man zu einer angemessenen Bewertung von Hüftgelenkserkrankung gelangt, wird mit konkreten Hilfen gezeigt. Der Autor erwähnt, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Implantatkonzepte gibt und gibt Tipps, wie man einen geeigneten Operateur auswählen kann. Für Patienten hilfreich ist die Darstellung des Ablaufs einer Hüftgelenkoperation von der stationären Aufnahme bis zur Nachbehandlung. Auch wichtige Fragen zur

Rückkehr in Alltag und Beruf werden fokussiert angesprochen. Dass es auch zu Komplikationen kommen kann, wird nicht verschwiegen, sondern es werden Lösungsmöglichkeiten dargestellt. Fragen zu Operationskosten und sozialmedizinischen Vergünstigungen sind für viele Patienten relevant. Das vorliegende Büchlein ist aus der 25-jährigen operativen Erfahrung eines Hüftgelenkchirurgen entstanden. Es trägt in der Tat dazu bei, betroffenen Patienten einen Dialog auf Augenhöhe mit ihrem Arzt zu ermöglichen.

*Dr. Hartmut Gaulrapp, München*



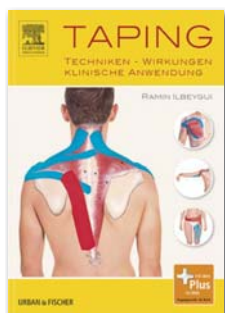
Rieger  
**Sportverletzt.  
 Was jetzt?**  
 Deutscher Ärzteverlag  
 Köln, 2010.  
 49,95 Euro

### Umfassend, handlich, praxisnah

Verletzungsrisiken im Sport zu minimieren, Verletzungen frühzeitig zu erkennen und richtig zu deuten, Verletzungen und Überlastungsschäden sachgerecht zu behandeln und deren Prognose und Rehabilitationszeit richtig einzuschätzen, das hat sich der Autor zum Ziel gesetzt. Er richtet sich damit nicht nur an medizinisches Fachpersonal, sondern auch an Sportlerinnen und Sportler, Trainer und Sportlehrer. „Entscheidend ist auf'm Platz“ steht über dem ersten Kapitel zur Akutversorgung von Sportverletzungen. Die ausführliche spezifische Anamnese und differenzierte Bildgebung werden ebenso wie die Grundlagen konservativer Behandlungen, der Arthroskopie, Thrombose und Rehabilitation dargestellt. Auch Verletzungen von Haut und Nägeln, nicht selten Ursache für einen Ausfall von Sportlern, werden besprochen. Verletzungen und Schäden der Muskulatur werden praxisnah und übersichtlich abgehandelt. Verletzungen und Schäden von Sehnen könnten ergänzend sonografisch bebildert abgehandelt werden. Im Kapitel zu Knochenverletzungen werden überraschend schwere Extremitätenbrüche dargestellt. Wie Bandverletzungen graduiert werden könnten, verrät uns das vorliegende Buch nicht. Es ist auch hier pragmatisch ausgerichtet, lediglich Arthroskopiebefunde und OP-Techniken am Kniegelenk bekommen etwas mehr Raum. Dass es beim Sport auch zu Verletzungen an Nerven und Blutgefäßen kommen kann, findet profunde Erwähnung. Der zweite große Teil des Buches widmet sich Verletzungen und Überlastungsschäden von Kopf bis Fuß. Nicht zuletzt im Hochleistungssport mit Ball werden Kopfverletzungen häufiger beobachtet. Das Kapitel zu Schulterproblemen ist umfangreich und gut bebildert. Die unfallchirurgische Handschrift des Herausgebers ist dabei gut erkennbar. Die sonografische Hämarthrosdiagnostik ist insbesondere bei Ellbogenverletzungen empfehlens-

wert. Das Buch widmet sich jedoch auch hier mehr der Untersuchungstechnik und differenzierten OP-Möglichkeiten. Die relevanten knöchernen und Kapselbandverletzungen am Handgelenk und deren unfallchirurgische Behandlung werden übersichtlich abgehandelt. In rein orthopädischen Lehrbüchern oft nicht ausreichend dargestellt, nimmt Rieger auch Bezug auf Verletzungen an Bauch, Thorax und am Becken. Dies trägt dem Konzept des neuen vereinigten Fachgebiets sehr gut Rechnung. Insbesondere bei Muskelverletzungen an Ober- und Unterschenkel fällt nun doch sehr deutlich das Fehlen der für die unmittelbare Diagnostik relevanten Sonografie schmerzhaft ins Auge. Am Kniegelenk dominieren ebenfalls MRT- und Arthroskopiebilder, die den Vorzug vor klinischen Untersuchungsmethoden erhalten. Einem Irrtum unterliegt der Autor, dass der M. Osgood-Schlatter eine Knochennekrose darstellt, die deshalb eine Sportpause von mehreren Monaten nach sich ziehen müsse. Die Abklärung von Kapselbandverletzungen am Sprunggelenk erfolgt heutzutage nur noch selten ohne sonografische Unterstützung, während die hier abgebildete gehaltene Aufnahme in den Hintergrund tritt. Der dritte Teil des Buches behandelt sportmedizinische Herausforderungen wie Infektionen, thermische Schäden, Amputationen, Ermüdungsbrüche, Osteoporose und Sportverletzungen bei Kindern und Jugendlichen, Senioren und Behindertensportlern, sowie Todesfälle im Sport. Der Leser bekommt ein sehr umfassendes, dennoch handliches und weitgehend praxisnahes Buch an die Hand, das trotz des Fehlens der verletzungsspezifischen sonografischen Untersuchung ein breites Spektrum der Sportverletzungen und sportbedingten Belastungsschäden zeigt, die ihm differenzierte Behandlungsempfehlungen ermöglichen.

*Dr. Hartmut Gaulrapp, München*



Ilbeygui  
**Taping**  
 Urban und Fischer bei  
 Elsevier, 2013  
 59,99 Euro

### Hohe Praxisrelevanz

Dr. Ramin Ilbeygui ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit eigener Praxis in Wien und Eisenstadt. Sein Schwerpunkt liegt in der nicht-operativen Therapie von Beschwerden des Bewegungsapparates. Auf 304 Seiten stellt er in diesem Praxisbuch die grundlegenden Anlagetechniken der elastischen Kinesiotapes vor und erläutert bis zur Hälfte des Buches die vielfältigen Muskelanlagen inklusive Verweise auf Triggerpunkte und Verfahren zur jeweiligen Muskeltestung. Einzigartig und sehr hilfreich ist hierbei die detaillierte Darstellung der anatomischen Strukturen durch ein spezielles Bodypainting. Ergänzend werden Lymphtechnik, Narbentechnik, Nerventechnik und Segmenttechnik dargestellt. Als Ausblick und Anregung zum os-

teopathischen Denken folgen noch Faszientechnik und Energietechnik. Die Praxisrelevanz zeigt sich in dem umfangreichen Anwendungsteil, der auf spezielle orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder eingeht, aber auch mit gynäkologischen, pädiatrischen, neurologischen und internistischen Beschwerden einen Ausblick über den Tellerrand bietet. Sehr erfreulich ist dabei auch, dass der Autor ergänzend zur Kinesiotherapie eine Vielfalt an konservativen und operativen Therapiemethoden vorstellt. Zusätzlich bietet das Buch einen Zugang zum Elsevier Online-Portal und neun Videosequenzen zu verschiedenen Anlagetechniken, als QR-Codes auf der hinteren Umschlagklappe abgedruckt.

*Dr. Martin Ihle, Worms*



## 1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter  
Tel.: (030) 797 444-59,  
Fax: (030) 797 444-57,  
E-Mail: [info@institut-ado.de](mailto:info@institut-ado.de).

Veranstalten sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.

**Anmeldungen sind jetzt auch über die ADO-APP und direkt auf der Homepage möglich unter [www.institut-ado.de](http://www.institut-ado.de)**

Facharztvorbereitungskurs Berlin FAB Termin 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	18.-23.11.13	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: <a href="mailto:info@institut-ado.de">info@institut-ado.de</a> <a href="http://www.institut-ado.de">www.institut-ado.de</a>	590 € <sup>1</sup> 790 € <sup>2</sup>	47

Rheuma-Zertifizierungskurse I und II in 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Leipzig	Kurs I Früherkennung	07.12.2013	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: <a href="mailto:info@institut-ado.de">info@institut-ado.de</a> <a href="http://www.institut-ado.de">www.institut-ado.de</a>	Kurs I: 100 € <sup>1</sup> 130 € <sup>2</sup>	
Münster	Kurs II Frühbehandlung	12.10.2013				
Berlin	AUSGEBUCHT	26.10.2013				
FFM	Kurs II Frühbehandlung	09.11.2013			Kurs II 130 € <sup>1</sup> 150 € <sup>2</sup>	
Meerbusch	Kurs II Frühbehandlung	16.11.2013				
Potsdam	Kurs II Frühbehandlung	14.12.2013				

Kindertraumatologiekurse 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie für den D-Arzt	13.-14.12.2013	Prof. Wich, Prof. Ekkernkamp	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: <a href="mailto:info@institut-ado.de">info@institut-ado.de</a> <a href="http://www.institut-ado.de">www.institut-ado.de</a>	190,00 <sup>1</sup> 240,00 <sup>2</sup>	11

Kurse zum DKOU 2013						
Teilnehmer müssen eine Einlasskarte für 20,- € buchen, die den Zutritt zur Industrieausstellung und zum Satellitenprogramm sowie zu den ADO-Kursen ermöglicht.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Teil 1 Berufsspektrum der Orthopädie- und Unfallchirurgie	22.10.2013	I. Rebmann	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: <a href="mailto:info@institut-ado.de">info@institut-ado.de</a> <a href="http://www.institut-ado.de">www.institut-ado.de</a>	25 €	3
	Teil 2 Neu in der Rolle als Chef- oder Oberarzt	22.10.2013	I. Rebmann Dr. U. Schlein		25 €	3
	Teil 3 Kritik- u. Konfliktgespräche im Berufsalltag	22.10.2013	Dr. U. Schlein		25 €	3
	Manuelle Medizin Einführungskurs	23.10.2013	Dr. H. Locher		30 €	
	Manuelle Medizin Refresher	23.10.2013	R. Deinfelder		30 €	3
	<b>Nur für approbierte Ärzte!!!</b> IGOST Injektionstechniken Große Gelenke	23.10.2013	Dr. Alfter		kostenlos	3
	Knorpel- u. Knochen Update / Arthrose	24.10.2013	Prof. S. Rehart		25 €	

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

## Service / Fort- und Weiterbildung

Kompaktkurs Oberflächen EMG	24.10.2013	Dr. Meichsner	125 €	8
Sonographie der Säuglingshüfte	24.10.2013	Dr. S. Fröhlich	50 €	3
Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen – Einführung in die Basistherapie	24.10.2013	Dr. Schwokowski	25 €	2
DIGEST Stoßwellenzertifizierungskurs	25.10.2013	Dr. Thiele, Dr. Gleitz	220 €	8
3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	25.10.2013	Dr. Jahn	150 € <sup>1</sup> 200 € <sup>2</sup>	10
K-Logic-Taping-Aufbaukurs	25.10.2013	Ingo Geuenich	120 €	17
Röntgenaktualisierungskurs	26.10.2013	Dr. T. Abt	130 € <sup>1</sup> 150 € <sup>2</sup>	9
73 c - Verträge	26.10.2013	Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Dr. Johannes Flechtenmacher, Reinhard Deinfelder, Dr. Burkhard Lembeck	kostenlos	

### K-Logic-Taping Kurse für Ärzte/ Arzthelferinnen und Physiotherapeuten

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Aufbaukurs	25.-26.10.2013	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € <sup>1</sup> 230 € <sup>2</sup>	17
Aachen	Aufbaukurs	06.-07.12.2013				

### Morbus Bechterew „Den Morbus überseh ich nicht“

Anlässlich des 33. Geburtstages der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew wurde eine Initiative zur Früherkennung der axialen Spondyloarthritis und der ankylosierenden Spondylitis ins Leben gerufen. 33 bundesweite Veranstaltungen der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie sollen der aktuellen Diagnosestellung auf die Sprünge helfen - zehn Jahre bis der Morbus Bechterew erkannt wird, sind viel zu viel.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
siehe Homepage	Morbus Bechterew	siehe Homepage	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	0	2

### 3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	3D/4D	26.10.2013	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de in Kooperation mit Intermed-Forum e.V.	3D/4D: 150 €	N.N.
Köln	4D motion Kurs	09.11.2013			200 € 4D motion: 150 € 200 € inkl. Handouts und Ver- pfllegung	N.N.

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

## Service / Fort- und Weiterbildung

ADO Kooperationen						
Muskelektromyografie (EMG) und Biofeedback mit Oberflächen EMG						
Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umsetzung in der Praxis						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Muskelektromyografie	24.10.2013	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 €	8

Sonografiekurse Hamburg Termine 2013						
Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonografiekurse gemäß §6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Abschlusskurs Säuglingshüfte	19.-20.10.2013	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193/ 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	16

MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2013						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Differentialdiagnose MRT	11.-12.10.2013	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 870372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	80
	Zusammenfassung	15.-16.11.2013				

Sonografiekurse Dortmund Termine 2014						
Sonografiekurse der Säuglingshüfte nach Graf						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Grundkurs	25.01.2014	Dr. H.D. Mathiessen DEGUM- und DGOOC- Seminarleiter Prof. Dr. B.D. Katthagen	Akademie Dortmund Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Frau Dorothee Grosse Tel.: 0231 953 20239 www.akademiedo.de	250,00 Euro zzgl. MwSt	n.n.
	Aufbaukurs	01.03.2014				
	Abschlusskurs	15.11.2014				



## DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2013

LBB 1 Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Prien	LBB1	09.-13.10.2013	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e.V. - Akademie Boppard e-mail: kontakt@dgmsm.de Tel. 06742/8001-0 www.dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www.dgmsm.de	36
Boppard	LBB1	04.-08.12.2013				46
<b>Masterkurse 2013 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie)</b>						
Ort	Kursthema	Termin				
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 2 (MSM 2)	18.-20.10.2013				26
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	08.-10.11.2013				26
Trier	Kopfgelenke u. Kiefergelenke mit klinischen Syndromen	09.11.2013				12
St. Goar	BWS mit Zwerchfell und Atmung	30.11.2013				11
Hamburg	Manualmed. Diagnostik u. Therapie HWS - Kopfgelenke	14.12.2013				9

## GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik Termine 2013

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensorische, propriozeptive Einlagen

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Abschlusskurs	08.-09.11.2013	Dr. Gregor Pfaff, Michael Kaune, Dr. Martina Götz	Freitagstermin: 14.30-20.00 Uhr, Samstagstermin: 09.00-16.30 Uhr, Kompaktkurs: Fr. 10:00 bis So. 15:30, GHBF, Fax: 089-33 04 03 05, www.ghbf.de Kurs I: 300 € Kurs II: 350 € Kombikurs I+II: 455 €	Grundkurse (zweitägig) 300 Euro Schlußkurse 350 Euro (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke)	
Grassau	Kombi-Kurs I+II	11.-13.10.2013				

## Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2013

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie/ Manuelle Medizin.

Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e.V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Damp	Einsteiger	19.-26.10.2013	Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax:07562/9718-22 email: falkowski@aerzte-seminar-mwe.de www.aerzte-seminar-mwe.de			
Hannover	Einsteiger	15.-21.11.2013				
Berlin	Einsteiger Teil 1	22.-24.11.2013				
Berlin	Einsteiger Teil 2	29.11.-01.12.2013				
<b>Tages-Refresher</b>						
Neuss	HWS	16.11.2013				
Hannover	LWS/SIG	23.11.2013				
<b>Manuelle Medizin bei Kindern</b>						
Isny	Kurs D Therapie II	14.-16.11.2013				
Hannover	Kurs A Diagnostik 1	18.-21.09.2013				
Hannover	Kurs B Diagnostik 2	27.-30.11.2013				

## Service / Fort- und Weiterbildung

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

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Tübingen	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	11.10.2013	Prof. Dr. med. Stöckle	Jelena Bindemann Projektleiterin	50 €	13
Ofterschwang	AE-Kurs Knie	07.-09.11.2013	Prof. Dr. Ascherl	Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik	295 €	28
Ofterschwang	AE-Masterkurs Knie	07.-09.11.2013	Prof. Biberthaler	Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation	395 €	28
Bonn	AE-Masterkurs Hüfte	14.-16.11.2013	Dr. med. Hass	Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg	300 €	24
Glonn bei München	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenks	21.-23.11.2013	Prof. Dr. med. Mutschler Prof. Dominik Parsch	Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com	250 €	22
München	15. AE-Kongress Knieendoprothetik	06.-07.12.2013	Prof. Dr. Mutschler	www.ae-gmbh.com	180 €	11

Initiative '93 Technische Orthopädie 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Klosterlausnitz	Modul 1+3 - Orthetik, Rollstuhlversorg., Neuroorthopädie, Querschnittsläsion	08.-10.11.2013	Dr. Neumann, PD Dr. Brückner	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann	Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 300 €, Nichtmitglieder 400 €	18
Dortmund	Modul 5 - Refresher u. Prüfungskurs	29.-30.11.2013	Prof. Greitemann, Herr Kokegei	Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde"	Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 €	

DAF Zertifikat Fußchirurgie 2013						
Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Workshop Kinderfuß	18.-19.10.2013	Prof. Hamel	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH	380 €	
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	08.-09.11.2013	Dr. Gabel Dr. Gronwald	Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg		
Frankfurt a.M.	Operationskurs Rheumafuß	15.-16.11.2013	Prof. Rehart Dr. Osel	Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de		
Münster	20. Jahrestagung DAF	28.-29.03.2014	PD Dr. med. Sabine Ochmann			

### MRT Kurse Erlangen

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 2 Wirbelsäule	08.-09.11.2013	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@ortho- paeden.com	Pro Kurs: 300,00 € alle 5 Kurse: 1400,00 €	88
	Kurs 3 Untere Extremität	13.-14.12.2013				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	17.-18.01.2014				
	Kurs 5 Abschlußkurs, Fallbeispiele	21.-22.03.2014				

### Kompaktkurs Kinderorthopädie

Vorankündigung

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Orthopädische Erkrankungen im Kindesalter – Behandlungsprinzipien	12.-15.11.2013	Prof. Dr. Krauspe Prof. Dr. Parsch Prof. Dr. Wirth	Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de	folgt	N.N.

### Kinderorthopädie - interdisziplinär

28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie 2014

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bonn	Kinderorthopädie und Die wach- sende Wirbelsäule	14.-15.03.2014	Priv.Do. Dr. von Deimling Dr. Mladenov	Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de	siehe www. kinderor- thopaedie. org	N.N.

### 21. Internationales GFFC-Symposium für Fußchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Fuß- und Sprunggelenkchirurgie	06.-07.12.2013	Dr. M. Galla Prof. Dr. T. Mückley	GFFC Gesellschaft für Fußchirurgie Gerwerbegebiet 18 82339 Raisting Tel. 08807/ 94 92 44 info@gffc.de www.gffc.de	siehe www. gffc.de	N.N.

### Thementag „Back to Sports“

„Wann kann ich wieder Sport treiben?“ - Schulter-, Knie- und Sprunggelenkverletzungen stehen im Vordergrund  
Sprunggelenkverletzungen stehen im Vordergrund

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Heidelberg	Back to Sports	14.12.2013	Prof. Dr. Holger Schmitt	Congress Compact 2C GmbH T 030 32708233 F 030 32708234 info@congresscompact.de www.congresscompact.de	Ärzte (Nicht- GOTS-Mit- glieder) 35 € Ärzte (GOTS-Mit- glieder), 25-€ Physiothe- rapeuten, Trainer und Betreuer	n.n.

## Service / Fort- und Weiterbildung

Thementag „OSG im Sport“ unter dem Patronat der GFFC						
Unser diesjähriger Thementag soll durch prägnante Übersichtsvorträge den aktuellen Wissensstand in der Behandlung von Sprunggelenkverletzungen vermitteln						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hannover	Verletzungen des oberen Sprunggelenks	02.11.2013	Dr. Mellany Galla	Congress Compact 2C GmbH T 030 32708233 F 030 32708234 info@congresscompact.de www.congresscompact.de	Ärzte 35 € GFFC-Mitglieder, Physiotherapeuten und Pflegekräfte 25 €	n.n.

## Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: <https://www.auc-kursportal.de>

Ort	Kongress / Kurs	Termin
<b>Oktober</b>		
Hannover	ATLS-Providerkurs	12./13.10.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	12./13.10.2013
München	ATLS-Providerkurs	12./13.10.2013
Kirchberg	ATLS-In-house-Kurs	19./20.10.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	19./20.10.2013
<b>November</b>		
Dresden	ATLS-Providerkurs	02./03.11.2013
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	02./03.11.2013
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	08./09.11.2013
Murnau	ATCN-Providerkurs	08.-10.11.2013
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	09./10.11.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	16./17.11.2013
Vechta	ATLS-In-house-Kurs	16./17.11.2013
München	ATLS-Providerkurs	16./17.11.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	22./23.11.2013
Kiel	ATLS-Providerkurs	22./23.11.2013
Bamberg	ATLS-In-house-Kurs	22./23.11.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	30.11./01.12.2013
<b>Dezember</b>		
Köln	ATLS-Providerkurs	06./07.12.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	07./08.12.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	07./08.12.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013
Ulm	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013
München	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013

# Service / Fort- und Weiterbildung

## 2. Kalender

Veranstaltungen der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Unter Schirmherrschaft der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Ort	Kongress / Kurs	Termin	Leitung	Info / Anmeldung
<b>Oktober</b>				
Bonn	AOTrauma-Kurs Fortgeschrittenes OP- Personal	14.10.-15.10.	Dr. C. Paul, Dr. H. v. Essen	<a href="https://aotrauma2.aofoundation.org/eventdetails.aspx?id=2676&amp;from=PG_COURSEDIRECTORY">https://aotrauma2.aofoundation.org/eventdetails.aspx?id=2676&amp;from=PG_COURSEDIRECTORY</a>
Wien/Österreich	12. Wiener Osteoporosetag	17.10.		<a href="http://www.osteoporosetag.info/">http://www.osteoporosetag.info/</a>
Hyderabad/Indien	34th SICOT Orthopaedic World Conference	17.10.-19.10.	A. Johari	<a href="http://www.sicot.org">http://www.sicot.org</a>
Berlin	1. Berliner Forum 2013 der AWMF – Methoden zur Evaluation der medizinischen Forschungsleistung	18.10.	Prof. K.H. Rahn	<a href="http://www.awmf.org/service/termine/detailansicht/event/berliner-forum-der-awmf-methoden-zur-evaluation-der-medizinischen-forschungsleistung.html">http://www.awmf.org/service/termine/detailansicht/event/berliner-forum-der-awmf-methoden-zur-evaluation-der-medizinischen-forschungsleistung.html</a>
Witten	Personalisierte oder Personenzentrierte Medizin?	18.10.-19.10.	Prof. P. Heusser, Prof. E. Neugebauer	<a href="http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_ls_medizintheorie/Person_Medizin_Sympos_10-2013.pdf">http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_ls_medizintheorie/Person_Medizin_Sympos_10-2013.pdf</a>
Hannover	1. Hannoversches Bandscheibensymposium	19.10.	Dr. F. Gossé, Dr. D. Daentzer	<a href="http://www.orthopaedie-mhh.de/index.php?id=1259">http://www.orthopaedie-mhh.de/index.php?id=1259</a>
Damp	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	19.10.-26.10.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Darmstadt	3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 2 / AFS Modul 4 (FEEL)	19.10.	Dr. U. Hannemann, Dr. R. Breitzkreutz	<a href="http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine">http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine</a>
Potsdam	World Conference on Drowning Prevention	20.10.-22.10.		<a href="http://www.wcdp2013.org/home">http://www.wcdp2013.org/home</a>
Berlin	Sektionentag AE: „Knieendoprothetik beim Patienten unter 50 Jahren – Standards und Perspektiven“	22.10.	Prof. V. Ewerbeck, Prof. R. Ascherl	<a href="http://ae-gmbh.com/images/jevents/5183b27cc14098.75054654.pdf">http://ae-gmbh.com/images/jevents/5183b27cc14098.75054654.pdf</a>
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	22.10.-25.10.	Prof. B. Kladny, Prof. R. Hoffmann, Prof. K.-D. Heller	<a href="http://dkou.org/dkou2013/startseite.html">http://dkou.org/dkou2013/startseite.html</a>
Berlin	12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	23.10.-25.10.	Prof. K. Dreinhöfer, Prof. E. A. M. Neugebauer, PD Dr. D. Stengel	<a href="http://www.dkvf2013.de">http://www.dkvf2013.de</a>
Hamburg	MedTech-Kompass - Healthcare Compliance- Schulung für Unternehmen und medizi- nische Einrichtungen	24.10.		
Frankfurt a. M.	6. Sportmedizinisches Forum BG-Unfallklinik	30.10.	Prof. R. Hoffmann, Dr. F. Welsch	<a href="http://www.bgu-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/Veranstaltungen/BGU_Postkarte_Sportmedizinisches_Forum_30_1_2.pdf">http://www.bgu-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/Veranstaltungen/BGU_Postkarte_Sportmedizinisches_Forum_30_1_2.pdf</a>
Hamburg	Basiskurs Handchirurgie	30.10.-31.10.		

November				
Kassel	Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung – Kurs V Spezielle Gutachtenthemen – Teil 2	1.11.-2.11.	Prof. K. Weise, Prof. W. Konermann, Dr. F. Schröter, Prof. M. Schiltenswolf	
Sarajevo/Bosnien und Herzegowina	1st Balkan Meeting of Scoliosis Research Society	1.11.-2.11.	Mirza Biscevic, Muharrem Yazici	<a href="http://www.srs-course-sarajevo-2013.ba">www.srs-course-sarajevo-2013.ba</a>
Hannover	Thementag OSG im Sport	2.11.	Dr. M. Galla	<a href="http://www.ottobock.de/cps/rde/xbcr/ob_de_de/OK2458Hannover-DE-01-1302w.pdf">http://www.ottobock.de/cps/rde/xbcr/ob_de_de/OK2458Hannover-DE-01-1302w.pdf</a>
Moskau/Russland	Trauma 2013: The modern approach to the management of a poly-trauma patient	07.11.-08.11.		<a href="http://www.traumatic.ru/en/">http://www.traumatic.ru/en/</a>
Lissabon/Portugal	Lisbon International Hip Symposium	07.11.-08.11.		<a href="http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showMinisiteId=7&amp;showPainelId=23">http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showMinisiteId=7&amp;showPainelId=23</a>
Berlin	4. Nationaler Fachkongress Telemedizin	07.11.-08.11.	Prof. H. W. Höpp	<a href="http://www.telemedizinkongress.de/">http://www.telemedizinkongress.de/</a>
Hamburg	8. JT Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.	07.11.-09.11.	Dr. M. Wüning, Dr. B. Hogan	<a href="http://www.dgina-kongress.de">http://www.dgina-kongress.de</a>
Ofterschwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie	07.11.-09.11.	Prof. R. Ascherl, Prof. P. Biberthaler, Prof. F. Gebhard, Prof. R. Neugebauer, Prof. W. Puhl	<a href="http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/33/-/ae-kurs-und-ae-masterkurs-knie-ofterschwang-07-09-11-2013">http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/33/-/ae-kurs-und-ae-masterkurs-knie-ofterschwang-07-09-11-2013</a>
Zagreb/Kroatien	AO Trauma Course - Lower Extremity Course for Surgeons; Advances in Operative Fracture Management for Surgeons	07.11.-09.11.	Prof. C. Krettek, Prof. J. Lindahl	E-Mail: <a href="mailto:tatjana@filidatravel.hr">tatjana@filidatravel.hr</a>
Bochum	SFA-Teamtraining zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion in der Doppelbündeltechnik	08.11.-09.11.		<a href="http://germany.aesculap-academy.com/">http://germany.aesculap-academy.com/</a>
Hannover	10. Hannoveraner Arthroskopiekurs	08.11.-09.11.	Prof. H. Lill, Prof. P. Lobenhoffer	<a href="http://www.arthroskopiekurs-hannover.de/">http://www.arthroskopiekurs-hannover.de/</a>
Bad Klosterlausnitz	32. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie	08.11.-10.11.	Dr. U. Neumann, PD Dr. L. Brückner	<a href="http://www.technischeorthopaedie.de">http://www.technischeorthopaedie.de</a>
Jena	Indikationen in der Gelenkchirurgie (GCJ)	09.11.	Prof. G. O. Hofmann	<a href="http://www.gelenkchirurgie-tagung.de">http://www.gelenkchirurgie-tagung.de</a>
Baden-Baden	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südwest der DGUV	09.11.-10.11.	Prof. P. Grützner, Prof. U. Stöckle	<a href="http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltungen/Unfallmedizinische-Tagungen/U-Med-Details_65985.jsp">http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltungen/Unfallmedizinische-Tagungen/U-Med-Details_65985.jsp</a>
Hamburg	Kompaktkurs Kinderorthopädie	12.11.-15.11.	Prof. R. Krauspe, Prof. K. Parsch, Prof. T. Wirth	
Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs II	14.11.-16.11.	Dr. W. Coenen	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Bonn	AE-Masterkurs Hüfte	14.11.-16.11.	Dr. H. Haas, Prof. D. C. Wirtz	<a href="http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/42/-/ae-masterkurs-huefte-bonn-14-16-11-2013">http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/42/-/ae-masterkurs-huefte-bonn-14-16-11-2013</a>
Hannover	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	15.11.-21.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Neuss	Tagesrefresher HWS	16.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Bochum	Basiskurs Knieendoprothetik	18.11.-19.11.		<a href="https://germany.aesculap-academy.com/go/?action=AkadEventData&amp;event_id=81608&amp;evdate=340939">https://germany.aesculap-academy.com/go/?action=AkadEventData&amp;event_id=81608&amp;evdate=340939</a>
Wien/Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	20.11.	PD Dr. A. Dunky	E-Mail: <a href="mailto:azmedinfo@media.co.at">azmedinfo@media.co.at</a>
Münster	Fortbildungskurs: Klumpfußtherapie nach Ponseti mit Gipskurs	20.11.	Prof. R. Rödl	<a href="http://www.aekwl.de/index.php?id=4546">http://www.aekwl.de/index.php?id=4546</a>
Oxford/UK	The Oxford Challenging Hip Meeting 2013	20.11.		<a href="http://oxcourses.co.uk/the-challenging-hip/?utm_source=Worldwide+Orthopaedic+Societies&amp;utm_campaign=34c29a5425-OXHIP+WS&amp;utm_medium=email&amp;utm_term=0_1304cb42b7-34c29a5425-406209883">http://oxcourses.co.uk/the-challenging-hip/?utm_source=Worldwide+Orthopaedic+Societies&amp;utm_campaign=34c29a5425-OXHIP+WS&amp;utm_medium=email&amp;utm_term=0_1304cb42b7-34c29a5425-406209883</a>
Glonn	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenkes	21.11.-23.11		<a href="http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/35/-/ae-tutorial-endo-prothetik-des-hueftgelenkes-glonn-21-23-11-2013">http://ae-gmbh.com/eventeinzelnheiten/35/-/ae-tutorial-endo-prothetik-des-hueftgelenkes-glonn-21-23-11-2013</a>
Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	22.11.-24.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Frankfurt a. M.	Train-the-Trainer - Ein didaktisches Konzept für Ultraschallausbilder	22.11.		<a href="http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine">http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine</a>
Hannover	Tagesrefresher LWS/ SIG	23.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Heidelberg	ATOS-Schlosskongress 2013	23.11.	Prof. H. Thermann, Dr. F. Thorey, Dr. R. Siebold	<a href="http://www.heidelberg-castle-meeting.de/programm.html">http://www.heidelberg-castle-meeting.de/programm.html</a>
München	3. Wirbelsäulen- schmerzkongress	23.11.	Dr. R. Schneiderhan, Dr. F. Sommer, Dr. O. Oetke	<a href="http://www.wirbelsaeulenschmerz-kongress.de/">http://www.wirbelsaeulenschmerz-kongress.de/</a>
Frankfurt a. M.	AFS Modul 5 (E-FAST)	23.11.		<a href="http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine">http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine</a>
Frankfurt a. M.	Facharztvorbereitung „Fit after eight“ Doppelmodul 7 und 8: Rückenschmerz, Deformitäten, Kinderorthopädie	27.11.-30.11.		<a href="https://www.auc-kursportal.de/course/courseDetails.action?course=490">https://www.auc-kursportal.de/course/courseDetails.action?course=490</a>
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 2	27.11.-30.11.	Dr. W. Kemlein	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Brüssel	Expert meeting „Severe bleeding: from basics to practice“	28.11.	Dr. R. Hübner	<a href="http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/events/expertmeetingSB">http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/events/expertmeetingSB</a>
Murnau	3. Internationale Rekon Tagung 2013	28.11-29.11.	Prof. V. Bühren, Dr. M. Militz, Dr. M. Öhlbauer	<a href="http://www.conventus.de/rekon2013">http://www.conventus.de/rekon2013</a>
Karlsruhe	1 Tages-Intensivkurs Medizin-Spezial Osteoporose	29.11.	Prof. E. Hartwig, Dr. B. Metz, Prof. C. Müller, Dr. M. Rustemeier	<a href="http://www.aerzte-seminare-karlsruhe.de/messe-karlsruhe-aerzte/media/data/downloads/programme/Programm_Osteoporose_2407.pdf">http://www.aerzte-seminare-karlsruhe.de/messe-karlsruhe-aerzte/media/data/downloads/programme/Programm_Osteoporose_2407.pdf</a>
Hamburg	2. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft – Komplexe Kniechirurgie	29.11.-30.11.	Prof. K.-H. Frosch	<a href="http://www.knie-komplex.de">http://www.knie-komplex.de</a>
München	XIII. Bogenhausener Schultersymposium	29.11.-30.11.	Dr. L. Seebauer	<a href="http://www.schulterorthopaedie.de/">http://www.schulterorthopaedie.de/</a>



## Service / Fort- und Weiterbildung

Dortmund	Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie – Refresher- u. Prüfungskurs	29.11.-30.11.	Prof. Greitemann, Kogegei	<a href="http://www.technischeorthopaedie.de">http://www.technischeorthopaedie.de</a>
Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	29.11.-01.12.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Frankfurt a. M.	3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 1	29.11.		<a href="http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine">http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine</a>
Frankfurt a. M.	3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 2 / AFS Modul 4 (FEEL)	30.11.	PD Dr. R. Breitzkreutz, Dr. U. Hannemann, Dr. M. Campo dell'Orto, PD Dr. F. H. Seeger	<a href="http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine">http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine</a>
München	3. Münchner Symposium für Haltungs- und Bewegungssteuerung	30.11.		<a href="http://www.ghbf.de/anmeldung">http://www.ghbf.de/anmeldung</a>
Frankfurt a. M.	7. Frankfurt-Offenbacher Handsymposium 2013	30.11.	Prof. R. Hoffmann, Prof. M. Sauerbier	

### Dezember

Frankfurt a. M.	6. Kongress für Versicherungsmedizin und Begutachtung	05.12.		<a href="http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung">http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung</a>
Frankfurt a. M.	8. Deutscher Wirbelsäulenkongress JT der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e.V.	05.12.-07.12.	Dr. D. Rosenthal	<a href="http://www.dwg-kongress.de/">http://www.dwg-kongress.de/</a>
Berlin	Rhetorik in der Medizin – Die Kunst der Kommunikation	06.12.		<a href="https://germany.aesculap-academy.com/go/?action=AkadEventData&amp;event_id=264854&amp;evdate=290579">https://germany.aesculap-academy.com/go/?action=AkadEventData&amp;event_id=264854&amp;evdate=290579</a>
München	15. AE-Kongress „Knieendoprothetik – zwischen Intuition und Evidenz“	06.12.-07.12.	Prof. W. Mutschler, Prof. P. Biberthaler, PD Dr. R. Hube, Prof. V. Jansson, Prof. R. v. Eisenhart-Rothe	<a href="http://ae-gmbh.com/ae-veranstaltungen/ae-kongresse/eventeinzelheiten/31">http://ae-gmbh.com/ae-veranstaltungen/ae-kongresse/eventeinzelheiten/31</a>
Davos/Schweiz	2nd Disaster Surgery Workshop Davos	06.12.-07.12.		<a href="http://riskacademy.grforum.org/pages_new.php/Disaster-Surgery-Workshop-Davos-2013/764/1/635/">http://riskacademy.grforum.org/pages_new.php/Disaster-Surgery-Workshop-Davos-2013/764/1/635/</a>
Agra/India	58th Annual Conference of the Indian Orthopaedic Association	06.12.-08.12.		<a href="http://www.ioaconagra.org/home">http://www.ioaconagra.org/home</a>
Stuttgart	12. Sporttraumatologisches Symposium	07.12.	Prof. G. Bauer	<a href="http://www.sportklinik-stuttgart.de/de/veranstaltungen/fachsymposien/">http://www.sportklinik-stuttgart.de/de/veranstaltungen/fachsymposien/</a>
Cairo/Ägypten	65th EOA Annual International Conference	16.12.-19.12.		<a href="http://www.eoa.org.eg/2013/">http://www.eoa.org.eg/2013/</a>

# Service / Fort- und Weiterbildung

## 2014

Januar				
Münster	Sonographie-Grundkurs: Säuglingshüfte (B-Mode-Verfahren)	10.01.-11.01.	Prof. R. Rödl	<a href="http://www.aekwl.de/index.php?id=4534">http://www.aekwl.de/index.php?id=4534</a>
Dortmund	Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf, Grundkurs	25.01.	Dr. H. D. Matthiessen, Prof. B. D. Katthagen	<a href="http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueft-sonographie-nach-graf-grundkurs.html">http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueft-sonographie-nach-graf-grundkurs.html</a>
Paris/Frankreich	18th International ArgoSpine Symposium (International conference on spinal surgery)	30.01.-31.01.		<a href="http://www.argospine.net/">http://www.argospine.net/</a>
Zürich/Schweiz	International 32nd Course for Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery and minimal Invasive complementary Techniques	30.01.-31.01.	H. Leu , M. Rühli	<a href="http://www.ismiss.com/files/32fyv3.pdf">http://www.ismiss.com/files/32fyv3.pdf</a>
Februar				
Pontresina/Schweiz	AFOR Kurs für Ärzte in Pontresina - Fortschritte in d. Orthopädie & Unfallchirurgie	02.02.-07.02.		<a href="http://www.afor.org/aus-und-weiterbildung/zukuenftige-kurse-und-seminare/detailansicht/?seminarID=87">http://www.afor.org/aus-und-weiterbildung/zukuenftige-kurse-und-seminare/detailansicht/?seminarID=87</a>
Berlin	7. Endoprothetikongress Berlin 2014	13.02.-15.02.	Prof. C. Perka, Prof. T. Gehrke, Dr. R. Hube	<a href="http://www.endokongress.de/">http://www.endokongress.de/</a>
Bern/Schweiz	Berner Hüftsymposium	06.02.-08.02.	Prof. K. Siebenrock	<a href="http://www.hueft-symposium-bern.ch/index.php?id=1&amp;L=0">http://www.hueft-symposium-bern.ch/index.php?id=1&amp;L=0</a>
Hamburg	Unfallmedizinische Tagung der DGUV - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	21.02.-22.02.	Prof. G. Hofmann, Prof. C. Jürgens, Prof. H. Lill	<a href="http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltungen/Termine-und-Veranstaltungen/2013/2013-Details_59712.jsp">http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltungen/Termine-und-Veranstaltungen/2013/2013-Details_59712.jsp</a>
Freiburg	Freiburger Knorpeltage	21.02.-22.02.	Prof. N. Südkamp, Prof. H. Mayr, Prof. P. Niemeyer, Dr. G. Salzmann	<a href="http://www.freiburger-knorpeltage.de/index.html">http://www.freiburger-knorpeltage.de/index.html</a>
März				
Dortmund	Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf, Aufbaukurs	01.03.	Dr. H. D. Matthiessen, Prof. B. D. Katthagen	<a href="http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueft-sonographie-nach-graf-aufbaukurs.html">http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueft-sonographie-nach-graf-aufbaukurs.html</a>
Davos/Schweiz	4th International Knee Update	06.03.-08.03.	Dr. P. Schöttle, Dr. U. Munzinger, Prof. S. Egli, Dr. A. Krüger, Dr. D. Hensler	
Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2014	07.03.-08.03.	Prof. A. Seekamp, Prof. D. Varoga, Prof. J. Sievers, Dr. F. Pries, Dr. R. Wischatta, Dr. J. Fay	<a href="http://www.kieler-arthroskopiekurs.de">http://www.kieler-arthroskopiekurs.de</a>
München	Kongress Osteologie 2014	12.03.-15.03.	Prof. B. Obermayer-Pietsch, Prof. W. Böcker	<a href="http://www.osteologie14.de/">http://www.osteologie14.de/</a>
Ulm	22nd Ulm Spine Week: Instructional Course Orthopaedic Spine Surgery	16.03.-21.03.		<a href="http://www.rku.de/fileadmin/fach_ortho/vorprogramm_ulmerwoche_2014_R1-0.pdf">http://www.rku.de/fileadmin/fach_ortho/vorprogramm_ulmerwoche_2014_R1-0.pdf</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Hamburg	1. Hamburger Tibiakopfkurs: Tibiakopffrakturen – Indikationen und Zugangswege 2013	21.03.	Prof. J. M. Rueger, Prof. L. Groterlinden	<a href="http://www.tibiakopfkurs-hamburg.de/">http://www.tibiakopfkurs-hamburg.de/</a>
Berlin	131. DGCH-Kongress	25.03.-28.03.	Prof. J. Jähne	<a href="http://www.chirurgie2014.de">http://www.chirurgie2014.de</a>
Münster	20. Jahrestagung der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk	28.03.-29.03.	Dr. S. Ochman, Prof.M. J. Raschke	
Homburg	4. AFOR Prüfartzkurs	28.03.-29.03.	Prof. P. Augat, Prof. R. Bader	

### April

Eisenach	4. Deutscher Arthrose-Kongress	04.04.-05.04.	PD Dr. G. Spahn	<a href="http://www.arthrosekongress.de/Arthrosekongress/Willkommen.html">http://www.arthrosekongress.de/Arthrosekongress/Willkommen.html</a>
----------	--------------------------------	---------------	-----------------	---

### Mai

Baden-Baden	62. JT VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen	01.05.-03.05.	Prof. A. Meurer	<a href="http://jahrestagung2014.vsou.de/home/">http://jahrestagung2014.vsou.de/home/</a>
Leipzig	Internationale Fachmesse und Weltkongress: Orthopädie und Reha-Technik 2014	13.05.-16.05.	Prof. W. Mittelmeier	<a href="http://ot-world.com/">http://ot-world.com/</a>
Hamburg	4th Hamburger Beckenkurs and 2nd European Pelvic Course 2014	14.05.-16.05.	Prof. J. M. Rueger, Dr. L. Großerlinden	<a href="http://www.european-pelvic-course-hamburg.de">http://www.european-pelvic-course-hamburg.de</a>
Amsterdam/ Niederlande	16th ESSKA Congress	14.05.-17.05.	C. Niek van Dijk, J. Espregueira-Mendes	<a href="http://esska-congress.org/index.php">http://esska-congress.org/index.php</a>
Thüringen	23. Thüringer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium(VLOU) 2014	16.05.-17.05.	Prof. T. Mückley	<a href="http://www.vlou-symposium.de">http://www.vlou-symposium.de</a>
Frankfurt a. M.	15th European Congress of Trauma & Emergency Surgery & 2nd World Trauma Congress	24.05.-27.05	Prof. I. Marzi	<a href="http://www.ectes2014.org/">http://www.ectes2014.org/</a>
Tel Aviv/Israel	EUROSON 2014	26.05.-28.05.		<a href="http://www.euroson2014.org/">http://www.euroson2014.org/</a>
Irdning/Österreich	20. DVOST-Symposium: „Aus Fehlern lernen“	29.05.-01.06.	Dr. D. Rogmans, Prof. W. Pförringer	<a href="http://www.dvost.de/">http://www.dvost.de/</a>

### Juni

London/GB	15. EFORT-Kongress	04.06.-07.06.		<a href="https://www.efort.org/london2014/">https://www.efort.org/london2014/</a>
Berlin	NOUV-Symposium 2014	12.06.-14.06.	Dr. A. Trampuz	<a href="http://www.nouv-kongress.de/">http://www.nouv-kongress.de/</a>
Freyburg/Unstrut	9. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische Chirurgie (SUS) 2014	27.06.-28.06.	Dr. W. Asperger, J. Bretschneider	<a href="http://www.saale-unstrut-symposium.de/index.php?id=24101">http://www.saale-unstrut-symposium.de/index.php?id=24101</a>

### September

Toulouse/Frankreich	HIPToulouse	17.09.-19.09.	Prof. P. Chiron, Prof. P. Bonneville	<a href="http://www.hipnews.org/hiptoulouse/page4.html">http://www.hipnews.org/hiptoulouse/page4.html</a>
Innsbruck/Österreich	31. AGA-Kongress	18.09.-20.09.		<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>

### Oktober

Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	28.10.-31.10.	Prof. H. Windhagen, Prof. B. Bouillon, Dr. J. Flechtenmacher	<a href="http://dkou.org">http://dkou.org</a>
--------	---	---------------	--	---

## Service / Fort- und Weiterbildung

November				
Dortmund	Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf, Abschlusskurs	15.11.	Dr. H. D. Matthiessen, Prof. B. D. Katthagen	<a href="http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueftsonographie-nach-graf-abschlusskurs-ii.html">http://www.akademiedo.de/veranstaltung/fortbildungskurse-zur-hueftsonographie-nach-graf-abschlusskurs-ii.html</a>

## 2015

Juni				
Berlin	9th World Congress of the International Society for Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)	21.06.-25.06.	Prof. C. Gutenbrunner, Prof. V. Fialka-Moser	<a href="http://www.isprm2015.de">http://www.isprm2015.de</a>

September				
Dresden	32. AGA-Kongress	17.09.-19.09.		<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>

Oktober				
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	20.10.-23.10.		<a href="http://dkou.org">http://dkou.org</a>

## 2016

September				
Basel	33. AGA-Kongress	15.09.-17.09.		<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>

Oktober				
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	25.10.-28.10.		<a href="http://dkou.org">http://dkou.org</a>

## 2017

September				
München	34. AGA-Kongress	13.09.-15.09.		<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>

Oktober				
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	24.10.-27.10.		<a href="http://dkou.org">http://dkou.org</a>



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.

## Begleitender Service zur osteoanabolen Therapie 0122

Eine bedürfnisgerechte Arzt-Patienten-Kommunikation kann dazu beitragen, die Versorgung von Osteoporosepatienten zu optimieren. In diesem Sinne gibt es nun für Ärzte und Patienten hilfreiche Services, die rund um die wichtigsten Fragen entlang der osteoanabolen Therapie mit Teriparatid<sup>1</sup> unterstützen. Neben einer handlichen Verordnerbroschüre zum Einstieg in die Therapie fördert ein neues Informationsblatt für Patienten die Auseinandersetzung mit der Therapie zu Hause. Die daran anschließende Pen-Schulung sowie das Patienten-Service-Programm runden die Angebote in diesem Bereich ab.

Als Partner in der Osteoporosetherapie ist es dem Pharmaunternehmen ein besonderes Anliegen, die Patienten und die behandelnden Ärzte sowie das betreuende Fachpersonal darin zu unterstützen, gemeinsam ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen.

Ein praktisches Kompendium für Verordner liefert umfassende Informationen zum osteoanabolen Wirkprinzip. Fachkräfte finden hier Antworten auf praxisrelevante Fragestellungen. Daneben erhalten sie Tipps und Anregungen für die Kommunikation mit den Patienten. Um das Therapiegespräch nachhaltig zu stützen, kann der Arzt seinem Patienten ein Informationsblatt aushändigen. Es hilft, wichtige Aspekte aus dem Ordnungsgespräch besser zu verstehen. Der Patient kann so zu Hause nachlesen, was er im Gespräch erfahren hat, und sich mit Angehörigen und Bekannten dazu austauschen.

Die anschließende persönliche Pen-Schulung durch zertifizierte Fachkräfte vermittelt die sachgerechte Handhabung und Aufbewahrung des Fertigpens und kann helfen, eventuelle Unsicherheiten bezüglich der Applikation des Medikaments auszuräumen.

Im Rahmen des Patienten-Service-Programms stehen Betroffenen während der gesamten Behandlungsdauer von 24 Monaten mit Teriparatid speziell geschulte Mitarbeiter der medizinischen Information beratend zur Seite.

### Teriparatid vom Bestandsmarktaufruf des G-BA befreit

Im April 2013 rief der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu einer Nutzenbewertung von Osteoporosemedikamenten auf dem Bestandsmarkt auf. In seiner Sitzung am 4. Juli 2013 hat der G-BA beschlossen, einige Wirkstoffe, darunter auch Teriparatid, aus formalen Gründen von der mit Beschluss vom 18. April 2013 veranlassten Nutzenbewertung auszunehmen.

*Nach einer Pressemitteilung  
(Lilly)*

<sup>1</sup> Forsteo®, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

## Unterschätztes Risiko: Arthrosetherapie mit NSAR

0117

Eine kürzlich im „Lancet“ erschienene Metaanalyse von 754 Studien belegt nachdrücklich das erhebliche Risiko, das mit einer NSAR-Therapie verbunden ist. Speziell kardiovaskuläre und gastrointestinale Erkrankungen treten unter einer solchen Behandlung deutlich häufiger auf, und auch die Zahl der Todesfälle ist erhöht. Dies ist umso bedeutsamer, als die NSAR zu den am weitesten verbreiteten Medikamenten überhaupt gehören und viele von ihnen frei verkäuflich sind. Leidtragende sind v.a. Patienten mit Arthrose, die einer dauerhaften Schmerztherapie bedürfen und häufig längerfristig mit NSAR behandelt werden. Allerdings hat eine ebenfalls kürzlich erschienene Studie der Zeitschrift „Rheumatology“ hier eine neue Perspektive aufgezeigt: Sie konnte belegen, dass mit der Sequessome™-Technologie eines neuen Gels<sup>1</sup> eine innovative, lokale Therapie zur Verfügung steht – nahezu ohne Nebenwirkungen bei ebenso guter Wirkung wie orales Celecoxib.

2009 wurde in einer dänischen nationalen Kohortenstudie an gesunden Individuen deutlich, dass die Einnahme von Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen, Rofecoxib und Celecoxib das Sterbe- und Herzinfarktrisiko signifikant und dosisabhängig erhöht, auch bereits nach nur kurzem Einnahmezeitraum. 2011 konnte in einer Metaanalyse gezeigt werden, dass Diclofenac das Herz-Kreislauf-Risiko verdreifacht.

### Neue topische Therapie

Das arzneimittelfreie Topikum entfaltet seine Wirkung physikalisch mithilfe der Sequessome™-Technologie, die auf der Verwendung kleinster, extrem verformbarer Phospholipidvesikel basiert. Diese Vesikel dringen durch Haut und Gewebe bis in das Zielgelenk. Dort lagern sie sich am geschädigten Knorpel an und bilden einen Schmierfilm. Dies lindert den Schmerz nachweislich und verbessert die Beweglichkeit.

Die zentralen Phase-III-Studiendaten attestieren dem Gel eine vergleichbare Wirkung wie orales Celecoxib. Dabei wurde das Gel aufgrund seiner Arzneimittelfreiheit wesentlich besser vertragen. Diese Ergebnisse bieten Arthrosethapierten mit chronischen Schmerzen eine höchst willkommene Alternative. Insbesondere den Patienten mit vorbestehenden Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinsuffizienz oder Magen-Darm-Erkrankungen bietet die lokale Therapie mit dem Topikum einen Ausweg aus dem kardiovaskulären Risiko durch die NSAR.

Das Gel ist in Deutschland als Medizinprodukt zugelassen und in Apotheken erhältlich.

*Nach einer Pressemitteilung  
(Pro Bono Bio)*

<sup>1</sup> Flexiseq®, Pro Bono Bio, London, UK

## Anti-Schwerkraft-Laufbänder revolutionieren Rehabilitation

0123

Ein spezielles Anti-Schwerkraft-Laufband<sup>1</sup> wurde ursprünglich für die Vorbereitung von Astronauten auf einen Weltraumeinsatz entwickelt. Heute steht es für eine revolutionäre Rehabilitationsmethode. Denn bisher waren Rehabilitationsmaßnahmen unter reduzierter Belastung der betroffenen unteren Körperregionen ausschließlich im Wasser nach abgeschlossener Wundheilung oder unter aufwendigen Antigravitationsaufhängungen möglich. Das Anti-Schwerkraft-Laufband erweitert die bisherigen Heilungsmöglichkeiten nicht nur, es bietet die fortschrittlichste und modernste Gewichtsentslastungstechnologie auch für Patienten im hohen Alter oder Sportler.

### Überdruckkammer reduziert Schwerkraft

Optisch ist das Anti-Schwerkraft-Laufband zu vergleichen mit einem fitnessüblichen Laufband, nur dass das Gerät die Schwerkraft des Patienten aufhebt und er somit fast schwerelos auf dem Laufband trainieren kann. Dabei befindet sich der Körper des Läufers unterhalb der Taille in einer Überdruckkammer. Die tatsächliche Belastung wird durch Sensoren im Laufband gemessen. Das erlaubt eine kontinuierliche Justierung des Luftdrucks, über den die Entlastung gesteuert wird. Der unschlagbare Vorteil: Mit weniger Schwerkraft werden die Gelenke entlastet; die Erzeugung gleichförmiger Hebekräfte reduziert die auftretenden Stoßkräfte beim Gehen oder Laufen sehr stark. So kann der Körper beispielsweise bei Arthrosepatienten den Aufbau von schützender Gelenkflüssigkeit unterstützen. Das Anti-Schwerkraft-Laufband hilft, die betroffenen Muskelbereiche wieder aufzubauen und vermeidet dadurch oft operative Eingriffe. Zum Vergleich: Patienten, die im Wasser trainieren, erreichen lediglich einen Auftrieb von 50% ihres Körpergewichts.

Nach einer Pressemitteilung  
(Proxomed)

<sup>1</sup> AlterG, Proxomed Medizintechnik GmbH, Alzenau



Das Anti-Schwerkraft-Laufband bietet die fortschrittlichste Gewichtsentslastungstechnologie auch für Patienten im hohen Alter (Bild: Proxomed).

## Neurotrope Nährstoffe als supportive Behandlungsoption

0124

Lumbago, Bandscheibenvorfall und Wirbelsäulensyndrome: häufige Krankheitsbilder, die oft Folge der modernen Lebensweise mit zu wenig Bewegung, viel Stress und Übergewicht sind. Eine weitere Gemeinsamkeit ist die direkte oder indirekte Beeinträchtigung von Nerven. Deshalb ist es wichtig, neben den primären Therapiezielen, Schmerzfreiheit und Rückerlangung der normalen Beweglichkeit, auch an die Regeneration geschädigter Nervenstrukturen zu denken. Studien konnten belegen, dass neurotrope Nährstoffe, wie die Kombination des Pyrimidin-Nukleotids Uridinmonophosphat mit Vitamin B<sub>12</sub> und Folsäure<sup>1</sup>, zur Aktivierung körpereigener Reparaturvorgänge geschädigter Nerven beitragen.

Starke Muskelverspannungen oder Strukturveränderungen an der Wirbelsäule, wie sie beim Bandscheibenvorfall auftreten, führen häufig zu mechanischen Beeinträchtigungen der großen Nerven wie auch der feinen Nervenstrukturen. Automatisch werden körpereigene Regenerationsmechanismen in Gang gesetzt. Es ist allerdings bekannt, dass bei diesen Prozessen der Bedarf an neurotrophen Nähr- und Aufbaustoffen – insbesondere an Pyrimidin-Nukleotiden – erhöht ist. In einer prospektiven Beobachtungsstudie zum Einsatz von neurotrophen Nährstoffen bei der Genesung nach Bandscheiben-OP konnte durch die einmal tägliche supportive Gabe von Uridinmonophosphat in Kombination mit Vitamin B<sub>12</sub> und Folsäure in einer fixen Dosis die nervenläsionstypischen Beschwerden bereits innerhalb von 3 Wochen reduziert werden.

Auch im Rahmen einer doppelblinden, randomisierten Studie bei insgesamt 80 Patienten mit akuter Lumbago konnten neuroregenerative Effekte festgestellt werden. Außerdem wurde eine Schmerzreduktion zum initialen Schmerzlevel beobachtet.

### Kausaler Ansatz am Nerv

Die Nährstoffkombination Uridinmonophosphat mit Vitamin B<sub>12</sub> und Folsäure unterstützt elementare körpereigene Reparaturvorgänge und kann auf diese Weise bei langfristiger Einnahme dazu beitragen, beschädigte Nervenstrukturen zu regenerieren und Rückenbeschwerden ursächlich zu behandeln. Diese ernährungsmedizinische Option bei Wirbelsäulensyndromen, Neuralgien und Polyneuropathien kann auch – nach Rücksprache mit dem Gynäkologen wegen der Folsäuremenge – während der Schwangerschaft fortgesetzt werden.

Nach einer Pressemitteilung  
(Trommsdorff)

<sup>1</sup> Keltican® forte, Trommsdorff GmbH & Co. KG, Alsdorf

## Moderne Hilfsmittel unterstützen Sportler in allen Phasen

0120

Verletzungen jeglicher Art werfen Trainingspläne von Sportlern durcheinander, verzögern die Vorbereitung auf Turniere und können so, gerade in der Weltspitze, zum entscheidenden Wettbewerbsnachteil werden. Zahlreiche Sportler nutzen deshalb in der Trainingsphase medizinische Hilfsmittel, um ihren Körper zu schonen, Verletzungen vorzubeugen und die Regeneration zwischen den Einheiten positiv zu beeinflussen.

Die Biathletin Tina Bachmann verwendet beispielsweise eine Bandage<sup>1</sup> zur Stabilisierung des Rückens beim Langhanteltraining. „Für mich ist die Bandage die optimale Alternative zu herkömmlichen Kraftgurten. Diese schneiden oft ein und sind ziemlich unbequem. Hier ist das durch die Elastizität nicht der Fall. Sie sitzt ideal und gibt mir die nötige Stabilität in der Lendenwirbelsäule“, sagt die 27-jährige Sportlerin.

### Wertvolle Hilfe nach Verletzungen

Gerade nach Verletzungen, wenn die Belastbarkeit des Körpers erst wieder Schritt für Schritt aufgebaut und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zurückgewonnen werden muss, stellen medizinische Hilfsmittel eine wichtige Unterstützung dar. Im Falle der Medi-Bandagen wirken sie einerseits durch integrierte Silikonpelotten, die zusammen

mit Bewegung einen Massageeffekt erzeugen und damit den Abbau von Schwellungen fördern. Andererseits dank der propriozeptiven Kompression, welche die Eigenwahrnehmung des Körpers von Bewegung und Position im Raum positiv beeinflusst. Dies gibt dem Sportler Halt und Sicherheit während des Bewegungsablaufs. Darüber hinaus mobilisiert der Druck des Gestricks viele Hautrezeptoren, die als „Hilfsmelder“ für die Gelenksicherung arbeiten.

*Nach einer Pressemitteilung  
(medi)*

<sup>1</sup> Lumbamed® plus, Medi GmbH & Co. KG, Bayreuth

## Neue Sprunggelenkorthese

0119

Eine neue, abrüstbare Sprunggelenkorthese<sup>1</sup> ist mit einem patentierten Vorfußgurt ausgerüstet. Durch ihren modularen Aufbau unterstützt sie den gesamten Behandlungsverlauf patienten- und phasengerecht. In einer aktuellen, unabhängigen Studie zu 14 Sprunggelenkorthesen bewertet das Institut für Bioengineering (IfB) der FH Aachen diese Orthese im Hinblick auf ihre Einschränkung von Taluskippung und Talusvorschub mit der Bestnote „gut“.

Wichtiger Bestandteil der Orthese ist der patentierte Vorfußgurt: Dieser kann bei einer Bandruptur den Talusvorschub einschränken. Der Vorfußgurt unterstützt in der Akutphase der Distorsion die notwendige Ruhigstellung. In den Phasen, in denen die Mobilisation vermehrt im Vordergrund steht, kann der Vorfußgurt abgenommen werden. Einsatz findet diese Orthese u. a. bei der Behandlung von postakuten fibularen Bandrupturen, schweren Distorsionen der Außenbänder und Verletzungen der kalkaneokuboidalen Bänder. Ebenso kann sie prophylaktisch im Breiten- und Leistungssport verwendet werden.

Die in der Studie des IfB der FH Aachen getesteten Orthesen wurden mit 150 N seitlich sowie anterior-posterior belastet. Mittels Röntgenaufnahmen wurden die Taluskippung und der Talusvorschub be-



Die Biathletin Tina Bachmann trainiert mit der Rückenbandage Lumbamed® Plus (Bild: Medi).



L & R Orthese Cella-care® Tarsotec: Anlegen des Vorfußgurts (Bild: Lohmann & Rauscher).

stimmt. Vorteilhaft scheint v. a. eine eng anliegende, im Gelenkbereich anatomisch angepasste Form zu sein, so die Autoren. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Orthese „für die konservativ frühfunktionelle Behandlung der fibularen Bandruptur besonders empfehlenswert“ ist.

Die neue Orthese lässt sich flexibel an die Anforderungen der verschiedenen Heilungsphasen anpassen. In der Akutphase sorgen der Vorfußgurt, das Strickteil und die Verstärkungsschalen für die erforderliche Stabilität und Ruhigstellung. In den nachfolgenden Heilungsphasen lassen sich – je nach Behandlungsverlauf – der Vorfußgurt oder auch die Verstärkungsschalen entfernen, sodass die Stabilität reduziert und die Mobilisation schrittweise entwickelt werden können.

Nach einer Pressemitteilung  
(Lohmann & Rauscher)

<sup>1</sup> Cellacare® Tarsotec, Lohmann & Rauscher International GmbH & Co. KG, Rengsdorf

## Stabilorthesen: sicherer Halt für die Schulter 0125

Sowohl postoperativ bei Verletzungen der Schulter oder der Implantation einer Prothese als auch posttraumatisch nach einer Schulterluxation – die neue Stabilorthese SecuTec Omo sichert und entlastet das verletzte Gelenk und lindert den Schmerz. Zur Entlastung des Sehnenbandapparats kann das Schultergelenk in frei wählbarer Abduktion ruhiggestellt werden. Das Besondere: Über ein Multifunktionsgelenk ist



Die Stabilorthese SecuTec Omo ist über ein Multifunktionsgelenk in 2 Ebenen verstellbar (Bild: Bauerfeind).

die Orthese in 2 Ebenen verstellbar, sodass der Arm indikationsgerecht positioniert werden kann. Der Abduktionswinkel ist von 0–60° individuell einstellbar. Unabhängig vom gewählten Winkel ist eine Innen- und Außenrotation des Armes möglich und bequem per Knopfdruck regulierbar. Bei Bedarf lässt sich die Rotation auch limitieren. Die Armauflage stützt sich auf der Beckenfassung ab, sodass ein Schultergurt nicht notwendig ist. Mit Zuggurten kann der Beckenumfangsdruck nach dem Anlegen der Orthese individuell eingestellt werden.

Neu im Bauerfeind-Programm für die Schulter ist zudem die Stabilorthese OmoLoc. Sie eignet sich für das schnelle und einfache Ruhigstellen des Gelenks direkt nach einer Operation oder nach dem Einrenken einer Schulterluxation. Die Armschlinge aus Becken-/Bauchgurt und 3 individuell positionierbaren Armschlaufen fixiert den Arm in der 0°-Abduktionsstellung und den Ellenbogen in einer 90–100°-Beugung. Das Limitieren der Bewegung reduziert den Schmerz und sichert das OP-Ergebnis. Die Armschlaufen sind auf dem Bauchgurt frei positionierbar, um individuell auf die Anatomie des Patienten eingehen zu können – für eine perfekte Passform und optimalen Tragekomfort. Die offene und luftige Konstruktion der Orthese vereinfacht die Körperpflege, vor allem im Wundbereich.

■ bitte Autorenangaben ergänzen



Die Stabilorthese OmoLoc für das schnelle und einfache Ruhigstellen des Schultergelenks direkt nach einer Operation (Bild: Bauerfeind).