

O-und-U-Power im Tiergarten-Tower

Endlich ist es soweit. DGOU, DGOOC, DGU und BVOU ziehen zusammen. Die gemeinsame Geschäftsstelle liegt im Tiergarten-Tower an der Straße des 17. Juni, unmittelbar dem S-Bahnhof Tiergarten gegenüber und in direkter Nachbarschaft zu Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Organen der verfassten Ärzteschaft.

Der Umzug war überfällig, die Mitarbeiter/Innen von DGOOC und DGU und damit auch der DGOU mussten sich schon seit geraumer Zeit im Langenbeck-Virchow-Haus auf kleiner Fläche unter nicht mehr akzeptablen Bedingungen zusammendrängen. Eine Erweiterung der Fläche im Haus der Chirurgie war bedauerlicherweise nicht möglich. Der BVOU stand vor dem Ablauf seines Mietvertrages. Was lag also näher, als nach einer geeigneten Unterkunft für O und U gesamt zu suchen?

Sie wurde im Tiergarten-Tower gefunden: eine gesamte Büroetage, die jeweils hälftig BVOU und DGOU zur Verfügung steht. O und U unter einem Dach. Das ist ein wichtiger Schritt in die gemeinsame Zukunft, für die Nutzung von Synergien, für einen verbesserten Mitgliederservice, für eine wirkungsvolle Außendarstellung, für vieles andere mehr.

Fünf Jahre DGOU

Im Juli 2008 wurde die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie gegründet: seinerzeit von vielen gering geschätzt, von manchen argwöhnisch betrachtet. Die Annäherung von Orthopädie und Unfallchirurgie, die in den 1990er-Jahren von Wenigen auf den Weg gebracht, im neuen Jahrtausend dann mit Verve in Richtung gemeinsamer Weiterbildungsordnung vorangetrieben und schließlich mit der Gesellschaftsgründung gekrönt wurde, ist inzwischen zu einer großen Bewegung geworden. Dazwischen lagen: 2003 ein erster gemeinsamer Kongress, zwei Potsdamer Konferenzen 2006 und 2010, seit 2011 ein gemeinsames Mitteilungsblatt

und zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen zu aktuellen Entwicklungen und Zukunftswerkshops. Jetzt versammelt sich alles, was mit O und U zu tun hat, unter einem Dach.

Mit dieser Entwicklung ist auch die Bedeutung von Orthopädie und Unfallchirurgie gewachsen. Es geht nicht mehr nur um die gemeinsame Veranstaltung des Jahreskongresses, der für sich schon ein Erfolgsmodell sondergleichen ist. Es geht vielmehr um die gemeinsame Vertretung in allen Fragen des Faches und der berufspolitischen Orientierung. Orthopädie und Unfallchirurgie ist durch den Zusammenschluss zum größten Fach im Gebiet Chirurgie geworden. Orthopädie und Unfallchirurgie wird auch auf politischer Ebene gehört. Traumaregister und TraumaNetzwerk sind beispielhafte Einrichtungen, die für die Ausstattung von Krankenhäusern, die Krankenhausplanung und die Versorgung nicht mehr zu übersehen sind. Endoprothesenregister und Endocert-Initiative werden gleichermaßen von Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen registriert und auf politischer Ebene beachtet. Nicht umsonst werden diese Initiativen bei Entscheidungen im Gesundheitswesen als beispielhaft und für die Versorgungsplanung als Modell herausgestellt. Unfallprävention und Versorgungsatlas, studentische Lehre, ärztliche Weiterbildung, Fortbildung in beispielhaften Kurssystemen (Fit-after-eight), Nachwuchsförderung, Vermittlung von Kompetenz durch die Kooperation mit Sektionen und Sondereinrichtungen der DGOU, Stellungnahmen für AQUA, IQWiG, viele andere Initiativen und aktive Politik zu Honorarfragen werden wirksam und gemeinsam von O und U bearbeitet und vorgetragen. Die DGOU hat durch die Einbeziehung der Ausschüsse in den Geschäftsführenden Vorstand, durch die wirksame Zusammenarbeit mit den inzwischen 15 Sektionen und die sehr enge Kooperation mit dem Nachwuchs im Jungen Forum eine effiziente Arbeit für alle Mitglieder geleistet. Die Attraktivität für andere Vereine, sich der DGOU anzugliedern, aber auch die zunehmende Anzahl der ausschließ-



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOOC

lich der DGOU zugehörigen Mitglieder zeigt, dass das Label „O und U“ angekommen ist.

Alternativlos

Orthopädie und Unfallchirurgie wird von Menschen repräsentiert und in Strukturen gegossen. Es wäre verwunderlich, wenn es darunter nicht auch „Traditionalisten“ gäbe, die sich jeweils im alten Haus der Orthopädie bzw. Unfallchirurgie wohl gefühlt haben und sich Vorteile der vereinheitlichten Selbstständigkeit in diesem Haus zurück wünschten. – Aber was wäre, wenn der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in zwei einzelne Kongresse zerfallen würde? Was wäre, wenn die Außendarstellung von Orthopädie und Unfallchirurgie jeweils getrennt und möglicherweise noch konkurrierend wahrgenommen würde? Was wäre, wenn sich zwei in weiten Versorgungsbereichen überlappende Fächer in der ökonomisch geprägten DRG-Landschaft im harten Wettbewerb um den Patienten gegenüberstünden? Was wäre, wenn zwei Fächer um den Nachwuchs konkurrieren würden? Was wäre, wenn Orthopädie und Unfallchirurgie nicht zusammengefunden hätten? – Wahrscheinlich wäre ihnen eine



Direkt an Berlins grüner Lunge, dem Tiergarten, liegt der Tiergarten-Tower, ein 19-geschossiges Gebäude – in den unteren sieben Etagen ist ein Hotel untergebracht, die zehn oberen Stockwerke beherbergen Büroräume. Nun auch die von DGOU, DGOOC, DGU und BVOU.

Vereinigung aufgezwungen worden, wie es nun in Österreich der Fall ist: Dort nämlich müssen sich beide Fächer auf Druck des zuständigen Ministeriums in kurzer Zeit vereinigen (siehe Seite 268: „Die Zeit ist reif für einen neuen Facharzt?!“, Interview mit Prof. Stefan Nehrer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie).

Es dürfte klar sein, dass O und U inzwischen alternativlos geworden ist, auch

wenn verschiedentlich immer wieder „kulturelle Unterschiede“ zu Tage treten und von einigen gefördert werden. Eine solche insbesondere an Universitätskliniken auftretende Diskussion über einen Alleinvertretungsanspruch eines Einzelnen für das gesamte Fach ist nicht mehr zeitgemäß und zukunftsfähig. Wo, wenn nicht an den Universitätskliniken, kann das umfassende Spektrum von O und U in Lehre, Forschung und Krankenversorgung komplett dargestellt werden? Das soeben fertig gestellte Weißbuch

„Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ kann dies beredt belegen. Die von den Gründern der O-und-U-Bewegung schon 2003 aufgestellte Formel „2 W-Stellen + x“ muss daher nachhaltig unterstützt werden.

O und U der Zukunft

Orthopädie und Unfallchirurgie ist ein breit aufgestelltes Fach, das den Patienten von der Wiege bis ins hohe Greisenalter von Kopf bis Fuß, von der Akutverletzung bis zur Rehabilitation versorgt. O und U hat Zukunft; denn alleine die demografische Entwicklung in Deutschland und Europa wird bei Verschleißerkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane und Osteoporose bedingten Frakturen reichlich Aufgaben bescheren. Fachlich ist O und U so breit aufgestellt, dass sich begreiflicherweise zahlreiche andere Fächer an den Randgebieten ansiedeln und Kompetenz für O und U beanspruchen. Manche möchten die Orthopädie und Unfallchirurgie gerne als rein chirurgisches Fach sehen, manche möchten dem breiten Fach die Kompetenz für Subspezialitäten absprechen. Das Motto von O und U ist **Kompetenz für den Patienten und, wo auch immer möglich, Kompetenz aus einer Hand, nämlich aus der Hand von Orthopädie und Unfallchirurgie**. Dies gelingt nur, wenn Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenstehen und sich weiter entwickeln. Auf diesem Weg ist für die Etablierung von der O-und-U-Power im Tiergarten-Tower ein wichtiger Schritt gemacht.

Ihr

Fritz Uwe Niethard

NEUE ANSCHRIFT

Die Geschäftsstellen sind künftig hier beheimatet:

Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin



250 **Süddeutscher Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress:** Vom 1. bis 4. Mai 2013 fand unter der Präsidentschaft von Dr. Hermann Locher in Baden-Baden die 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt.



268 **Neuer Facharzt in Österreich:** Im Auftrag des österreichischen Gesundheitsministeriums arbeiten die Fachgesellschaften des deutschen Nachbarstaates unter Hochdruck an einer neuen Weiterbildungsordnung. Wir sprachen darüber mit Prof. Stefan Nehrer.



273 **Zentrale Notaufnahme:** Der Arbeitskreis Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin hat ein Curriculum für eine zertifizierte Fortbildung „Interdisziplinäre Notfallmedizin“ vorgelegt.

Editorial

O- und U-Power im Tiergarten-Tower **233**

Impressum

Nachrichten

Kurz und Bündig **240**

Schlaglichter vom EFORT-Kongress **240**

Lehrvideos nun auch als Publikation anerkannt **241**

Nordrhein: Weiterbildungsbefugnis nun auch für „alte Orthopäden“ **241**

Generation Pippi Langstrumpf – auch im OP? **242**

Politik

IN EIGENER SACHE
Ein Image-Flyer für O und U **244**

OECD-BERICHT
Die Hütte brennt **246**

VSOU-JAHRESTAGUNG
Kostendämpfung beseitigt
Strukturprobleme nicht **248**

Aus unserem Fach

VSOU-JAHRESTAGUNG
Ein Kongress der Lebensfreude **250**

INTERVIEW
„Ich bin ein Mann des
Kreuzschmerzes“ **254**

AG SCHMERZTHERAPIE
PRT sichern – orthopädische
Schmerztherapie ausbauen **257**

KONGRESSLANDSCHAFT
Chancen für die Nachhaltigkeit **259**

BVOU YOUNGSTERS
Die Werbetrommel für O und U **261**

WEITERBILDUNG CHIRURGIE
Unkonventionelles Denken
ist gefragt **263**

DEUTSCHER ÄRZTETAG
Was die Ärzteschaft bewegt **266**

ÖSTERREICH
Die Zeit ist reif für einen neuen
Facharzt?! **268**

KNOCHENDICHTEMESSUNG
Neue Richtlinie zur
Osteodensitometrie **271**

ZENTRALE NOTFALLAUFNAHME
Qualifizierte Fortbildung für
Notfallmediziner **273**

AOK-KRANKENHAUSNAVIGATOR
Qualitätsinformationen müssen
belastbarer werden **276**

RÜCKENSCHMERZEN
Konservative Orthopädie im Fokus **282**

DVFR
Für eine individuelle und umfas-
sende Rehabilitation und Teilhabe **285**

OSTEOLOGIE-KONGRESS
Hohe wissenschaftliche Kompetenz **288**

INITIATIVE 93
Stärkung der Technischen
Orthopädie **290**

Qualität und Sicherheit

BEHANDLUNGSFEHLER-STATISTIK
Wichtige Informationen für uns? **296**

PATIENTENSICHERHEIT
Ökonomisierung als Risiko **298**

AKTION SAUBERE HÄNDE
Was wurde erreicht,
was ist zu tun? **300**

Recht und Wirtschaft

PATIENTENRECHTEGESETZ
Ein erster Überblick **302**

SPONSORING
Bedingungen und Umfang
offen legen **305**

BEDARFSPLANUNGS-RICHTLINIE
Leistungsbeschränkung unzulässig **307**

KPMG-REPORT
Qualität und Wirtschaftlichkeit
im deutschen Gesundheitswesen **309**

KOSTENEXPLOSION
Mehr Moral, bitte **311**

Unterwegs

HUMANITÄRER EINSATZ
Unfallchirurgische Nothilfe im
Jemen **314**

SÜDAFRIKA-FELLOWSHIP DER DGOOC
Land der grenzenlosen Vielfalt **316**

Namen

Personalien **320**

Wir gratulieren... **321**

Laudationes **322**

Nachrufe **325**

Für Sie gelesen **352**

Für unsere Mitglieder

Service/Preise **355**

Kursangebote **358**

Kleinanzeigen **376**

BVOU

Den Gordischen Knoten
durchschlagen **329**

Mitgliederversammlung
des BVOU Niedersachsen **331**

Den Patienten anfassen –
den Patienten begreifen **333**

Private Rechtsschutz-Versicherung:
Was ist hier eigentlich versichert? **336**

Neue Mitglieder **338**

Änderungen der Mandatsträger in
den BVOU-Bezirken **339**

DGOU

Zu den Aktivitäten der
Weltgesundheitsorganisation **340**

Jahresbericht der
AG Psychosomatik **341**

Neues von der AFACOT **342**

Neue Mitglieder **343**

DGOOC

DGOOC-Kurs 2013 Knie **344**

Neue Mitglieder **345**

DGU

Kontroverse in der Handchirurgie:
Gelenkerhalt und Gelenkersatz **346**

Aus Amokläufen lernen **347**

Neue Mitglieder **350**

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
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 Tel.: (030) 84 71 21 31
 Fax: (030) 84 71 21 32
 E-Mail: funiethard@dgooc.de

Schriftleitung BVOU

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (V.i.S.d.P.)
 Abt. Orthopädie und Unfallchirurgie
 Medical Park Berlin Humboldtstraße
 An der Mühle 2-9
 13507 Berlin
 Tel.: (030) 30 02 40 92 12
 Fax: (030) 30 02 40 92 19

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert
 Joachim Arndt
 Geschäftsstelle der DGU
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 Tel.: (030) 20 21 54 90
 Fax: (030) 20 21 54 91
 E-Mail: hsiebert@office-sha.de

Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig
 Tel.: (030) 84 71 21 31
 E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
 Dr. Grit Vollmer
 Rüdigerstr. 14
 70469 Stuttgart
 Tel.: (07 11) 89 31 617
 Fax: (07 11) 89 31 623
 E-Mail: grit.vollmer@thieme.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia
 Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
 Rüdigerstr. 14
 70469 Stuttgart
 Tel.: (07 11) 89 31 603
 Fax: (07 11) 89 31 569
 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 Heppert, 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 des BVOU
 Straße des 17. Juni 106-108
 10623 Berlin
 Tel.: (030) 79 74 44 44
 Fax: (030) 79 74 44 45
 E-Mail: bvou@bvou.net
 www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
 Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Erster Vizepräsident
 Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Zweiter Vizepräsident
 Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Dritter Vizepräsident
 Prof. Dr. Michael Nerlich, Regensburg

Generalsekretär
 Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Schatzmeister
 Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

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

Geschäftsstelle der DGU
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 Tel.: (030) 20 21 54 90
 Fax: (030) 20 21 54 91
 E-Mail: office@dgu-online.de
 www.dgu-online.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGU)
 Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Stellv. Präsident (und Präsident der DGOOC)
 Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC
 Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln
 Prof. Dr. Henning Windhagen, Hannover

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)
 Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

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

Schatzmeister
 Prof. Dr. Werner E. Siebert, Kassel

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat
 Dr. Richard Stange, Münster/
 Dr. Babak Moradi, Heidelberg

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

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

Leiter des Wissenschaftsausschusses
 Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Grifka, Bad Abbach

Vertreter des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
 Helmut Mälzer, Berlin

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

Vertreter des Jungen Forums
 Dr. Matthias Münzberg, Ludwigshafen

DGOU-Geschäftsstelle
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 Tel.: (030) 20 21 54 80
 Fax: (030) 20 21 54 81
 office@dgu.de
 www.dgu.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
 Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

2. Vizepräsident
 Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

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

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
 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
 Langenbeck-Virchow-Haus
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin
 Tel.: (030) 84 71 21 31
 Fax: (030) 84 71 21 32
 E-Mail: info@dgooc.de
 www.dgooc.de



Vorstand

Präsident
 Prof. Dr. Stefan Nehrner, Krems/Österreich

1. Vizepräsident
 Prim. Dr. Josef Hochreiter, Linz/Österreich

2. Vizepräsident
 Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

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

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

Schriftführer
 Prof. Dr. Catharina Chiari, Wien/Österreich

Fachgruppenobermann
 Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

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



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



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

Mitglieder nebenstehender Vereine erhalten die Zeitschrift im Rahmen der Mitgliedschaft.

Kurz und bündig

Diffamierungskampagne als Ablenkungsmanöver



In einer Pressemitteilung prangert die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) die überzogene Kritik an den Berufsgruppen und Institutionen der medizinischen Versorgung an. Aufgrund des Wahljahres 2013 würden vermehrt Vorwürfe über die übertriebene Anzahl von operativen Eingriffen laut, die betrügerische Abrechnung von Leistungen durch Krankenhäuser und ambulant tätige Ärzte werde angeprangert, die Fehlvergabe

von Organen medienwirksam aufgearbeitet und die Qualität der Pflege bemängelt. DGVP-Präsident Wolfram-Arnim Candidus glaubt: „All die Vorwürfe, Skandale und Diffamierungen werden dazu genutzt, um von den mangelhaften Entscheidungen der Politik und der Kassen abzulenken (...) Es gibt gravierende Mängel im System, im Wesentlichen bedingt durch das Machtmonopol der Politik und Kassen.“ **Das sehen BVOU und DGOU ähnlich und haben deshalb einen Image-Flyer in eigener Sache herausgegeben: siehe Seite 244.**

Call for Papers

Parallel zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie findet am 22. Oktober 2013 die 15. wissenschaftliche Sitzung der Deutsch-Japanischen Orthopädischen und Unfallchirurgischen Gesellschaft (DJOU) in den Räumen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin statt. Bitte reichen Sie Abstract-Vorträge der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie bis zum 31. Juli 2013 ein beim Präsidenten der DJOU (deutsche Seite):

Prof. Dr. Jörg Scholz
Meoclinic
Friedrichstr. 71
10117 Berlin
E-Mail: joerg.scholz@meoclinic.de
(0 30) 20 94 41 14

Qualitätsberichte jetzt jedes Jahr

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat beschlossen, dass die Krankenhäuser künftig jährlich einen Qualitätsbericht veröffentlichen müssen statt wie bisher alle zwei Jahre. Zudem müssen alle Standorte eines Krankenhauses einbezogen und bestimmte Informationen über den Stand der Hygiene veröffentlicht werden. Unter anderem müssen die Krankenhäuser differenziertere Angaben zu den beschäftigten Hygienefachkräften und der Personalanzahl in den einzelnen Fachabteilungen machen. Zugleich wird die Anzahl der zu veröffentlichenden – auch infektionsbezogenen – Qualitätsindikatoren und deren Ergebnisse von insgesamt 182 auf 289 erneut deutlich erhöht. Um den bürokratischen Aufwand zu verringern, müssen die Berichte nicht mehr zusätzlich im PDF-Format eingereicht werden. Außerdem ist die Abgabefrist verlängert worden: Die Qualitätsberichte 2012 müssen bis zum 15. Februar 2014 vorliegen (statt wie bisher am 15. Juli des Folgejahres). *Quelle: GBA*



Foto: EFORT

Schlaglichter vom EFORT-Kongress

7.500 Teilnehmer besuchten den Kongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT), der vom 5. bis 8. Juni 2013 in Istanbul stattfand. Hier ein kleiner Zusammenschritt neuer Zahlen, die dort präsentiert wurden.

Aktiver nach Hüft-OP: Der Anteil der Patienten, die vor und nach einer Hüftimplantation körperlich aktiv sind, ist im letzten Jahrzehnt um 14 Prozent gestiegen. Das hat eine Studie der Genfer Universitätsklinik gezeigt, für die der Lebensstil von über 2.900 Patienten vor und von rund 1.600 Patienten nach dem Eingriff untersucht wurde. So gaben Menschen, die zwischen 2000 und 2003 ein künstliches Hüftgelenk bekamen, fünf Jahre nach der Intervention zu 53 Prozent an, Bewegungsmuffel zu sein. Bei den Operierten der Jahre 2004 bis 2011 waren es nur mehr 39 Prozent.

Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen nehmen zu: Neuere Studien weisen für Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen eine höhere Häufigkeit aus als ältere wissenschaftliche Arbeiten, wie eine aktuelle Meta-Analyse zeigt. „Es ist noch nicht ganz klar, ob das eine tatsächliche Zunahme der Beschwerden widerspiegelt oder in erster Linie ein verstärktes Bewusstsein für das Problem“, sagte Dr. Teija Lund (ORTON Orthopädisches Krankenhaus, Helsinki) in Istanbul. Noch in den 1980-er Jahren herrschte die Lehrmeinung vor, dass Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen nur als Folge einer schwerwiegenden Erkrankung auftreten würde. „Epidemiologische Studien weisen inzwischen allerdings nach, dass Rückenschmerzen in dieser Altersgruppe ein weit verbreitetes Phänomen sind, mit Prävalenzraten von bis zu 60 Prozent.“, berichtete Dr. Lund.

Große Unterschiede in der Knieendoprothetik: Die Rate der Knieprothesen-Einsätze pro Einwohner variiert laut einer internationalen Vergleichsstudie der Grazer Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie zwischen 40 und 163 Eingriffen pro 100.000 Einwohnern. Am häufigsten wird die Knie-TEP in England, Dänemark, Norwegen und Schweden eingebaut, am seltensten in Neuseeland, Australien und Kanada. Auch bei den Verankerungstechniken und den eingesetzten Modellen gebe es große Unterschiede. Als Ursache werden die unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme vermutet.

Quelle: EFORT

VORSCHAU

Der Redaktionsschluss dieser Ausgabe kollidierte mit dem EFORT-Kongress. In der nächsten Ausgabe folgt ein Rückblick auf das europäische Orthopäden- und Unfallchirurgentreffen in Istanbul.

Lehrvideos nun auch als Publikation anerkannt

Die Mediathek der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hält chirurgische Lehrvideos bereit. Diese Filme können künftig in der „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“ publiziert werden.



Die Mediathek hält unter www.mediathek-dgch.de über 400 qualitätsgeprüfte Filme zu OP-Techniken und chirurgischen Themen bereit. Gegen einen kleinen Unkostenbeitrag können die Filme bestellt oder online betrachtet werden. Ein Online-Stream kostet fünf Euro. Für Studierende ist das Angebot

gegen Vorlage des Studentenausweises kostenlos. Durch eine Kooperation mit dem Thieme Verlag und der „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZOrthop)“, dem offiziellen Organ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird es ab dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie im Herbst 2013 möglich sein, besonders herausragende Filme in der ZOrthop in Form eines zwei- bis

dreiseitigen Manuskripts zu publizieren. Das zugehörige Video wird allen Lesern der Zeitschrift und Abonnenten der Mediathek über die Plattform der Mediathek der DGCH zur Verfügung gestellt. Das Abstrakt zu dieser Videopublikation ist Medline gelistet und der Artikel in der ZOrthop (Impact Factor zurzeit: 0,6) als vollwertige Publikation zitierfähig. Für jeden aufgenommenen Film erhält Autor ein Honorar von 250 Euro. Die Filme erscheinen in der ZOrthop in einer eigenen Rubrik. Sie werden wie andere Artikel über Manuscript Central online (<http://mc.manuscriptcentral.com/zorthop>) eingereicht und ebenso wie wissenschaftliche Artikel einem Peer-Review durch mindestens zwei Reviewer unterzogen. Nur wenn sie enge Qualitätsmerkmale erfüllen, werden sie zur Publikation zugelassen.

PD Dr. Stephan Kersting

Dr. Gereon Schiffer

Prof. Dr. Axel Prokop

von der Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Medien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (CAM)

DER RICHTIGE SCHNITT

Einen ausführlichen Bericht über die Mediathek von Dr. Gereon Fischer finden Sie in der OUMN 5/2012, Seite 530: „Der richtige Schnitt“.

Nordrhein: Weiterbildungsbefugnis nun auch für „alte Orthopäden“

In der Weiterbildung gehen konservative Inhalte von Orthopädie und Unfallchirurgie verloren. Die Ärztekammer Nordrhein steuert nun gegen und erteilt auch Orthopäden alter Prägung die Weiterbildungsbefugnis.

Die Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie zum gemeinsamen Facharzt hat 2003 eine Reihe von Problemen mit sich gebracht, die in den Landesärztekammern unterschiedlich gehandhabt wurden. Ein Spezifikum der Landesärztekammer Nordrhein war, dass man die Weiterbildungsbefugnis nur denjenigen erteilt hat, die auch den neuen Facharztstitel führen konnten. Das wiederum war vielen leitenden Orthopäden (Akutkliniken und Reha-Kliniken), aber auch niedergelassenen Orthopäden verwehrt, weil sie die geforderte Zeit in einer unfallchirurgischen Klinik verständlicherweise nicht erbringen konnten. Die Folge war ein Verlust von Weiterbildungskompetenz in der konservativen Orthopädie (und Unfallchirurgie), der mehrfach in den OUMN bemängelt wurde. Dass sich die „Chirurgisierung“ des Faches ungünstig auswirkt, ist nun offensichtlich: Die Weiterbildung ist neben anderen auch ein

Faktor, der die Indikationsstellung zum therapeutischen Vorgehen beeinflusst.

Unter dem Eindruck steigender Operationszahlen ermöglicht daher die Ärztekammer Nordrhein nun auch den „alten Orthopäden“ (Weiterbildung nach WBO vor 2003) den Zugang zur Weiterbildungsbefugnis für die vorwiegend konservativen Inhalte des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie. In der Regel wird die Befugnis für 12 Monate ausgesprochen. Es ist wünschenswert, dass sich möglichst viele leitende und niedergelassene Kollegen dafür interessieren, allein schon, um die umfassende Weiterbildung für O und U im Verbundsystem zu gewährleisten.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

KONTAKT

Anträge sind an die LÄK Nordrhein, Dipl.-Volksw. Karl-Dieter Menzel, (02 11) 43 02 22 20, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf zu stellen.

Generation Pippi Langstrumpf – auch im OP?

Eine drei Chirurgen-Generationen übergreifende Studie des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) brachte es ans Licht: Dem medizinischen Nachwuchs sind eine attraktive Arbeitsaufgabe und Zeit für die Familie mehr wert als die Bezahlung. Vor diesem Hintergrund werden Familienfreundlichkeit und flexible Arbeitszeitmodelle in Praxen und Kliniken immer wichtiger.

Zwischen Oktober 2012 und Februar 2013 befragte Prof. Margit Geiger, die den Lehrstuhl für Human Resource Management an der Hochschule Bochum führt, im Auftrag des BDC insgesamt 2.640 Chirurgen über ihre Vorstellungen zur Arbeitswelt. Die Befragten gehörten drei Generationen an: den sogenannten Baby-Boomern, die zwischen 1946 und 1964 geboren wurden und heute zwischen 49 und 68 Jahren alt sind; der Generation X, geboren zwischen 1965 und 1979, zwischen 34 und 48 Jahren alt; und der Generation Y, geboren ab 1980 und heute jünger als 34 Jahre.

In vielen Fragen sind die Unterschiede zwischen den Generationen nicht so groß, wie man vermuten könnte. So sind Image und Ausstattung der Klinik oder Praxis allen drei Generationen gleich wichtig. Auf einen sicheren Arbeitsplatz legen die Jungen genau so großen Wert wie die älteren Kollegen, ebenso auf gute Zusammenarbeit. Den meisten (63 Prozent) ist die Trennung von Arbeit und Privatleben wichtig – diese Aussage ist bei allen drei Altersgruppen deckungsgleich. Das Klischee, dass alle Chirurgen Workaholics sind oder sich zumindest als solche betrachten, wird widerlegt – das sagt nämlich nur ein knappes Drittel über sich selbst.

Doch bei der Ausgestaltung des Arbeitslebens klaffen die Vorstellungen bei Jung und Alt weit auseinander. Während nur 62 Prozent der Baby-Boomer auf die Karriere-Perspektiven schauen, sind es bei der Generation Y 85 Prozent. Dazu passt, dass 91 Prozent der Nachwuchschirurgen angeben, eine „exzellente Weiterbildung“ sei ein wichtiges Kriterium für die Auswahl des Arbeitgebers. Bei den Baby-Boomern denkt das nur die Hälfte. „Der Chef bekommt wieder eine Vorbildfunktion“, erläutert BDC-Geschäftsführer Jörg Ansorg weiter. Der BDC bietet Train-the-Trainer-Kurse an, um Weiterbilder dabei zu unterstützen, diese Rolle auch auszufüllen. „Noch werden diese Kurse nicht sehr gut angenommen. Daran müssen wir arbeiten“, so Ansorg, „denn wir dürfen die hochmotivierten jungen Leute nicht verlieren.“



Foto: Fotolia

Jana Ehrhardt-Joswig

„Die Neuen wollen Spaß haben, schnell voran kommen, weniger Zeit im Job verbringen und nebenbei auch noch die Welt retten.“

Die Zeit, „Wollen die auch arbeiten?“, März 2013

Mit Geld kann man sie jedenfalls nicht an sich binden: Nur jeder Dritte der Generation Y würde für ein besseres finanzielles Angebot den Arbeitgeber wechseln. Wohl aber mit attraktiveren Arbeitsaufgaben: Dafür würden 92 Prozent wechseln. Betriebliche Sozialleistungen sind für 67 Prozent der Baby-Boomer wichtig, in der Generation Y nur noch für 51 Prozent. Eine gute Ausstattung der Sozialräume ist wiederum der Hälfte der Generation Y wichtig, bei den Baby-Boomern nur circa jedem Dritten. Ein Statussymbol wie ein Dienstwagen hingegen ist für knapp 64 Prozent der Generation Y interessant.

Dauerbrenner: Work-Life-Balance

Ein wichtiges Thema für die Jungen ist die Work-Life-Balance – das geben 67 Prozent der Generation Y an, aber nur 46 Prozent der Baby-Boomer. Flexible Arbeitszeitmodelle werden von 76 Prozent der Jungen hoch geschätzt. Die Baby-Boomer interessieren sich dafür weniger (53 Prozent). Die Familienfreundlichkeit einer Klinik oder Praxis bewerten 73 Prozent der Generation-Y-Chirurgen als wichtig, aber nur 52 Prozent der Baby-Boomer. Fast die Hälfte der jungen Chirurgen wünscht sich einen Betriebskindergarten. Ein pünktliches Arbeitsende ist knapp einem Drittel der Generation Y wichtig. Bei den Baby-Boomern interessiert das nur 15 Prozent.

„Für die Generation Y gibt es ein Leben außerhalb der Klinik, und das ist bei den Baby-Boomern und der Generation X nicht so“, fasst Ansorg die Studienergebnisse zusammen. Der Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance sei jedoch nicht dahingehend zu verstehen, dass die jungen Leute mehr Zeit fürs Schwimmbad haben wollen. „Sie möchten Zeit mit ihren Kindern verbringen und sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern können.“ Arbeitgeber müssten diese Bedürfnisse beherzigen und unterstützen, fügt Prof. Geiger an. „Die Arbeitswelt hat sich verändert. Im Kampf um qualifizierte Mitarbeiter schneiden die Unternehmen am besten ab, die Mitarbeitern Entwicklungschancen einräumen und eine Work-Life-Balance ermöglichen.“



Behandlungsfehler

Gierige Ärzte

Überhöhte OP-Zahlen

Schadhafte Hüftgelenke

Die Öffentlichkeit weidet sich an negativen Schlagzeilen, ob dies nun Behandlungsfehler, vermeintlich ärztliche Gier oder Korruptionsvorwürfe betrifft.

IN EIGENER SACHE

Ein Image-Flyer für O und U

Orthopäden und Unfallchirurgen werden in den Medien seit Jahren mit vorwiegend negativen Schlagzeilen präsentiert. In den letzten Monaten vergeht kaum ein Tag ohne neue Zeitungsartikel und Fernsehsendungen zu den unerfreulichen Themen: hohe Operationszahlen für Hüft- und Kniegelenk-
endoprothesen – Behandlungsfehler – Abrechnungsbetrug und Bestechlichkeit.

In Beiträgen des Enthüllungsjournalismus' und Studien der Krankenkassen werden diese Themen mit zunehmender Frequenz bearbeitet und die Vorwürfe an unsere Fachgruppe anschließend in Talkshows gebetsmühlenartig wiederholt mit dem offensichtlichen Ziel, das in der Bevölkerung immer noch sehr hohe Ansehen des Arztberufes zu schmälern und speziell unsere Fachgruppe reif für weitere Leistungskürzungen zu machen.

Die Reaktion unserer Patienten kann man gut in einem Satz zusammenfassen: „Die Ärzte sind schlecht, aber mein Arzt ist gut.“

Nach Meinung der Vorstände des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft können wir uns eine passive Haltung nicht länger leisten, wenn wir zu einer Änderung der Umstände kommen wollen.

Erstaunlich ist die Reaktion in unserer eigenen Fachgruppe: keine Aufschreie, Diskussionen mit Politikern und Kassensfunktionären, keine größer angelegten Rechtfertigungsversuche gegenüber den Patienten, sondern im wesentlichen Achselzucken und schweigendes Erdulden, offenbar in der Hoffnung, dass die Kam-

pagnen irgendwann einmal von selbst aufhören mögen.

Kollegen werden demotiviert

Wesentlich verantwortlich für diese passive Reaktion dürfte die getrübe Stimmung der Kollegen in den Kliniken und

Praxen sein, die in ihrem Arbeitsalltag den eigentlichen ärztlichen Aufgaben in einem rigide geregelten Umfeld nur noch eingeschränkt nachkommen können. In den Kliniken ist das Arbeitspensum bei häufig dünner Personaldecke infolge unzureichender DRG-Vergütung und Nachwuchsmangel hoch und kollidiert mit den geänderten Vorstellungen von der Work-Life-Balance. Unzureichende Vergütung, Überstunden, umfangreiche Fort- und Weiterbildung in Eigeninitiative und auf eigene Kosten demotivieren die Kollegen in der Weiterbildung und sorgen für die bekannte Abwanderungstendenz in das Ausland. In den Praxen arbeiten die Kollegen bei unverändert hohen Fallzahlen und zunehmenden Qualitätsvoraussetzungen für sinkende Regelleistungsvolumina unter der Androhung von Regresszahlungen für Heilmittel und Medikamente.

Gemeinsam erleben wir in Praxis und Klinik die Veränderung des Arbeitsalltags unter ökonomischen Zwängen hin zu einer industrialisierten Medizin mit hohen Fallzahlen zu geringen Kosten bei hohen Qualitätsanforderungen und maximalem bürokratischen Aufwand. Widerspruchslos helfen wir damit der Politik und den Krankenkassen, Leistungen zu rationieren. Für unsere Patienten entsteht dabei fatalerweise der Eindruck, das billigere Medikament oder die verweigerte Verordnung von Krankengymnastik seien dem Sparwillen seines Arztes geschuldet.

Passivität bringt uns nicht weiter

Nach Meinung der Vorstände des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft können wir uns eine passive Haltung nicht länger leisten, wenn wir zu einer Änderung der Umstände kommen wollen. Es ist notwendig, den Vorwürfen auf sachlicher Ebene zu begegnen und die Hintergedanken der Urheber der Kampagnen offen anzuspre-



chen. Dazu ist es gerade in einem Wahljahr notwendig, unsere Forderungen an die Politik klar zu artikulieren. Dies kann uns nur gelingen, wenn wir die teilweise komplexen Zusammenhänge unseren Patienten plakativ verständlich machen und nachvollziehbare Forderungen erheben, in denen klargestellt wird, dass wir dies nicht zu unserem Eigennutz, sondern im Sinne unserer Patienten tun.

Die aufgrund des demografischen Wandels immer weiter aufgehende Schere zwischen den erforderlichen Aufwendungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung und den finanziellen Ressourcen muss angesprochen werden. Politik und Kassen sollen klar Stellung beziehen, wie die Probleme gelöst wer-

den sollen. Auf keinen Fall dürfen sich Orthopäden und Unfallchirurgen wie in der Vergangenheit als Sparkommissare der Kassen betätigen.

Die Idee zu einem gemeinsamen Image-Flyer für Orthopäden und Unfallchirurgen in Klinik und Praxis entstand, noch bevor die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ und die Krankenhausgesellschaften mit der Aktion „Wir alle sind das Krankenhaus“ starteten. Wegen der gezielten öffentlichen Vorwürfe halten wir einen ergänzenden eigenen Image-Flyer unserer Fachgruppe für unbedingt notwendig. Konzeptionell ist er inhaltlich und optisch bewusst als Ergänzung der beiden vorgenannten Initiativen zu sehen.

DGOU Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie



Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

MACHEN SIE MIT!

Wir bitten Sie, das gemeinsame Anliegen von Klinik und Praxis durch Aufhängen der Plakate und Auslage der Flyer zu unterstützen. Je 20 Flyer und 2 Plakate liegen dieser Ausgabe der OUMN bei, ebenso wie ein Anschreiben zur Erläuterung. Gespräche mit interessierten Patienten und mit den Politikern ihres Wahlkreises wären eine perfekte Ergänzung!

Bestellungen bitte per E-Mail unter Angabe Ihrer Praxis-/Klinikanschrift an: **bvou@bvou.net** (bitte in der Betreffzeile angeben: Image-Flyer O + U)



Feueralarm: Die Konferenz lief noch keine zehn Minuten, als alle Teilnehmer – unter ihnen Gesundheitsminister Bahr – wegen eines Feueralarms die Hertie School of Governance verlassen mussten.

OECD-BERICHT

Die Hütte brennt

Die Fallzahlen im Krankenhaus steigen. Trends und Ursachen der Mengenausweitung standen im Mittelpunkt einer Konferenz, die das Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) am 11. April 2013 veranstaltete.

„Deutschlands Ärzte sind OP-Rekordler“. So kommentierte Jürgen Graalman, Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes, den OECD-Bericht „Managing Hospital Volumes“. Doch die wesentliche Aussage der Studie, die im Rahmen der Konferenz „Mengenentwicklung im Krankenhausbereich“ präsentiert wurde, war eine andere.

Dass die Mengenentwicklung im deutschen Krankenhauswesen besorgniserregend ist, hatte der Bundesgesundheitsminister schon akzeptiert, als er die Finanznot der Krankenhäuser mit einer Finanzspritze von 1,1 Milliarde Euro lindern musste. Dass sich die Finanznot vorwiegend beim Personal auswirkt und daher manchenorts „die Hütte brennt“, ist inzwischen auch beim Patienten angekommen. Bahr war nicht mehr dabei, als der Bericht der OECD und in der anschließenden Diskussion die wahren Probleme dargestellt wurden: Es sei das DRG-System, das als ausschließliches Vergütungssystem die Krankenhäuser in einen (ruinösen) Wettbewerb zwingt und mittelbar die Mengenzunahme auslösen würde. Nach wie vor gebe es in Deutschland zu viele Krankenhäuser (► **Abb. 2**), zu viele Krankenhausbetten (► **Abb. 3**) und mit dem Wettbewerb einen Anstieg der Krankenhausleistungen (► **Abb. 4**).

Krankenhausesleistungen nehmen über alle Indikationen hinweg zu

Dazu gehören nicht nur steigende Operationszahlen – schon gar nicht nur bei den muskuloskelettalen Erkrankungen –, son-

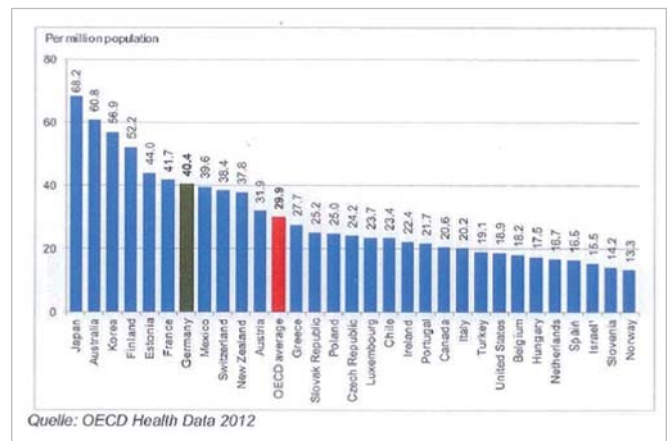


Abb. 2 Krankenhäuser pro Million Einwohner, 2010 (oder letztes Jahr, für das Zahlen vorliegen)

dern eine höhere Inanspruchnahme von Krankenausleistungen allgemein. Auch bei den kardiologischen Interventionen (Herzkatheter, Koronarbypass) ist Deutschland „Weltmeister“, bei der Inguinal- und Schenkelhernienoperation, bei der brusterhaltenden Chirurgie und sogar bei der stationären Behandlung von Krebserkrankungen. Man muss vermuten, dass sich neuerdings die psychisch bedingten Krankenhausaufenthalte an die Spitze setzen, obwohl sie in der Studie nicht untersucht wurden (► **Abb. 5**).

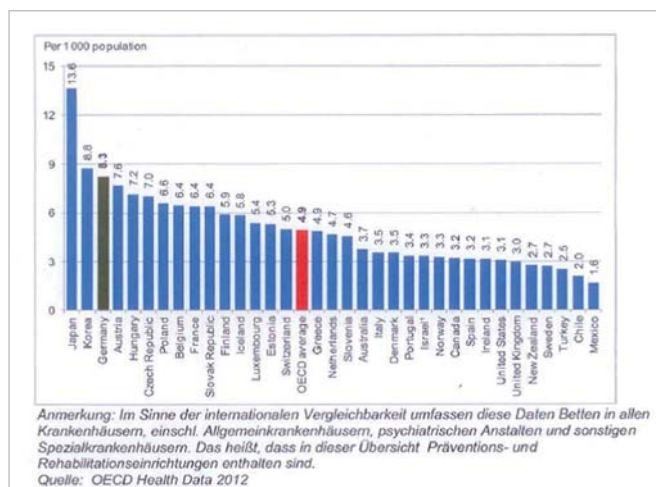


Abb. 3 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, 2010 (oder letztes Jahr, für das Zahlen vorliegen)

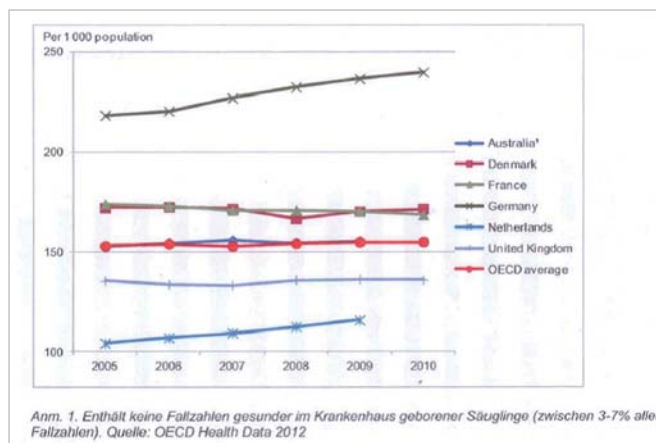


Abb. 4 Anstieg der Krankenhausleistungen in den letzten fünf Jahren, ausgewählte OECD-Staaten

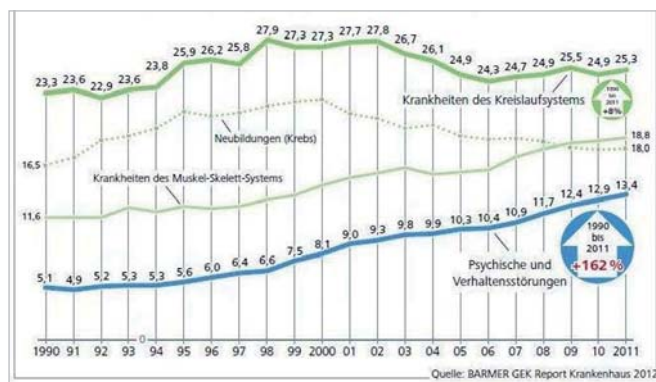


Abb. 5 Immer mehr mit psychischen Erkrankungen im Krankenhaus. Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte mit Diagnose

Der durch das DRG-System ausgelöste Preiswettbewerb treibt die Krankenhäuser zu immer mehr Leistungen und setzt das Personal – nicht nur die Ärzte – unter Druck.

Was machen die anderen Staaten, was in Deutschland nicht funktioniert? Die Aussage der OECD ist deutlich: „In Deutschland hat man nicht versucht, die vorhandenen Instrumente (des DRG-Systems, Anmerkung des Autors) für eine prospektive Budgetierung einzusetzen. Man verfügt zwar über die notwendigen Einrichtungen und Informationen, um eine stärkere Regulierung von Leistungsmengen vorzunehmen, doch ist dies in der Praxis nicht der Fall. Die Erfahrungen aus anderen OECD-Staaten legen nahe, dass eine aktive Regelung von Preisen und Mengen über das ganze Jahr Hand in Hand gehen kann mit einem sehr guten Zugang zu Krankenhausleistungen.“ Die OECD kritisiert also, dass in Deutschland eine DRG-basierte Vergütung gilt, in anderen Ländern aber „nur“ eine DRG-basierte Haushaltsplanung.

Es ist also nicht die vermeintlich „ausnahmslos“ hohe Rate an Hüft- und Kniegelenksendoprothesen, die das Problem „Mengenentwicklung“ beschreibt. Es ist der durch ein „DRG-System mit Vollkommenheitsanspruch“ ausgelöste Preiswettbewerb, der die Krankenhäuser zu immer mehr Leistungen treibt und das Personal – nicht nur die Ärzte – unter Druck setzt.

„Wider die ökonomisierte Medizin!“ schreibt Giovanni Maio im Editorial der „Forschung und Lehre“ (Heft 4/2013). In seiner Eröffnungsansprache machte auch Bahr die Mengenentwicklung und die daraus folgende Arbeitsverdichtung zum Hauptthema. – Wohl wahr; denn selbst in vermeintlich besonders arztfreundlichen Klinikketten kommt es inzwischen zum Aufstand: So haben 188 Klinikärzte in Berlin ihre Opt-out-Regelung gekündigt, nachdem man Personalschlüssel und die Gehälter absenken wollte (Marburger Bund Zeitung). – „Die Hütte brennt...“

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

Kostendämpfung beseitigt Strukturprobleme nicht

VSOU-Kongresspräsident Dr. Hermann Locher hat mit der Special Lecture „Parteien und KVen im Wahljahr“ am 2. Mai 2013 ein neues Format im Kongresskalender eingeführt. Bundes- und Ärztopolitik waren daher in Baden-Baden vertreten.

Die Lage der Kassen dürfte auch im Jahr 2014 noch komfortabel sein, doch dann müsse wieder mit Löchern gerechnet werden, schilderte Ulrike Flach, FDP, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium: „Kostendämpfung beseitigt keine Strukturprobleme“ – dies bedeutet, eine weitere Gesundheitsreform ist unvermeidbar. Aus Sicht der FDP würde diese aber keinesfalls die Überschrift „Bürgerversicherung“ tragen, kurz „Einheitsversicherung“. Die zweigliedrige Versicherungslandschaft, durch den Wettbewerb geprägt, muss erhalten bleiben, so Ulrike Flach. Kritik übte sie koalitionsintern am Umgang mit dem Gesundheitsfonds: „Der Gesundheitsfonds ist keine Spielmasse, aus der man beliebig Gelder herauschneiden kann“, kritisierte die Politikerin den Vorstoß des CDU-geführten Finanzministeriums, die Zuschüsse zum Fonds zu kürzen: „Entweder finanzieren wir versicherungsfremde Leistungen, oder wir lassen es.“

Lothar Riebsamen, der CDU-Bundestagsabgeordnete für den Bodenseekreis, war ein weiterer Bundespolitiker, der in Baden-Baden zu den Orthopäden/Unfallchirurgen sprach. Riebsamen hatte vor einigen Jahren erste bundespolitische Aufmerksamkeit erregt, setzte er sich doch gegen Oswald Metzger durch – der war 2007 bei den baden-württembergischen Grünen mit Aplomb ausgetreten, zuvor schon aus der SPD, und strebte das CDU-Bundestagsmandat für den Bodenseekreis an. Daraus wurde – offensichtlich – nichts. Den meisten Ärzten dürfte er mit seiner Kritik an der Abschaffung der Kassengebühr als Strukturelement einer Eigenbeteiligung aus dem Herzen gesprochen haben – abgelehnt wurde die Gebühr vor allem wegen des Namens, die das Patien-



Ulrike Flach, FDP, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG: „Der Gesundheitsfonds ist keine Spielmasse, aus der man beliebig Gelder herauschneiden kann. Entweder finanzieren wir versicherungsfremde Leistungen, oder wir lassen es.“

ten-Arzt-Verhältnis unnötig trübte, und der zusätzlichen Arbeitsbelastung.

Dritter im Bunde, aber geistig im Bündnis mit den Bundespolitikern, war Dr. Norbert Metke, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg: „Wir haben jetzt vier Jahre hinter uns, in denen die Ärzte seitens der Regierenden nicht systematisch verunglimpft werden. Die Korruptionsdebatte wurde von den Kassen angezettelt und wird von ihnen laufend weiter befeuert – die Politik musste darauf reagieren.“

Versorgungsstrukturgesetz und AMNOG sind richtungsweisend

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) sieht Norbert Metke als richtungsweisend an: „Wir beginnen aus den Regressen und den Richtgrößen auszusteigen. Seit dem AMNOG sind die Arzneimittelpreise deutlich gesunken, die Richtgrößen sind aber gleich geblie-

ben – das hat die Ärzte entlastet.“ Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz habe die Beratung vor Regress und die zweijährige Befristung der Schadenssumme begrenzt auf jeweils 12.500 Euro eingeführt. „In BaWü haben nur sechs Ärzte einen Arzneimittelregress bekommen. Hätten wir diese Gesetzgebung nicht gehabt, wären es 128 Betroffene gewesen. Durch die neue Gesetzgebung ist das Regressrisiko um 90 Prozent gesunken.“ Das gelte auch für den Heilmittelbereich: „Warum hinkt der Großteil der Endoprothesenpatienten? Weil Sie bislang kein Geld hatten, die Muskulatur aufzubauen. Aus der Reha kommen die Patienten mit guter Beweglichkeit, aber die ‚Kraft‘ konnten Sie nicht verordnen bei einem Regelleistungsvolumen (RLV) von 32 Euro und Physiotherapiekosten von 25 Euro. Das gehört jetzt der Geschichte an“, so der KV-Vorsitzende.

Die Staatssekretärin Ulrike Flach bat Norbert Metke, sich für Verträge nach Kassenarten einzusetzen: „Jetzt müssen wir für alle Kassen einheitlich abschließen, und da bremst die langsamste Kasse die Karawane aus. Das wäre endlich Wettbewerb und würde ordentlich Dampf reinlassen.“

Wie bereits andere Funktionsträger richtete auch der KV-Vorsitzende – von Hause aus ebenfalls Orthopäde/ Unfallchirurg – einen Appell an seine Kollegen: 40 Prozent der Ärzte aus dem Fachgebiet würden die RLV nicht abrufen, drei bis vier Millionen Euro seien übrig – Geld, dass in andere Töpfe fließen würde: „Bitte nicht alles auf den EBM und seine Pauschalierung schieben – 60 Prozent rechnen ja danach ab. Daher sollte jeder den EBM nochmals lesen und vor allem anwenden.“

Joachim Stier



VSOU-JAHRESTAGUNG

Ein Kongress der Lebensfreude

Vom 1. bis 4. Mai fand in Baden-Baden die 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt. Mit seinem Programm konnte Kongresspräsident Dr. Hermann Locher circa 3.000 Kolleginnen und Kollegen in den Schwarzwald locken.

Aus unserem Fach



„Große Freude über das gute Gelingen, tiefste Bewegung über unzählige, ermutigende und freundliche Begegnungen und absolute Zufriedenheit über den konstruktiven Geist dieses beachtlichen Kongresses. Eine beeindruckende und erfolgreiche Gemeinschaftsleistung mit weit über das eigentliche Fach herausragender Breite und ermutigenden Optionen für die konservative Orthopädie der Zukunft“, so beschreibt Kongresspräsident Dr. Hermann Locher sein persönliches Kongress-Fazit. Besonders gefreut habe er sich, erzählt der niedergelassene Orthopäde aus dem Bodenseekreis, dass einer der Kongressteilnehmer zu ihm gesagt habe: „Dies war ein wahrer Kongress der Lebensfreude.“

Starke persönliche Einfärbung

Solche Sätze hört man seit jeher über den Baden-Bader Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress – denn er ist der erste Kongress des Jahres, bei dem man Wintermäntel zu Hause lassen, Kollegen in einer blühenden Umgebung treffen und die ersten warmen Tage des Jahres genießen kann. In diesem Jahr hat sicher auch die Persönlichkeit des Kongresspräsidenten zu diesem Eindruck beigetragen. Denn es ist Hermann Locher gelungen, der Tagung seinen ganz persönlichen Stempel aufzudrücken – einmal mittels der wissenschaftlichen Schwerpunktthemen, die ihn als „Mann des Kreuzschmerzes“ (► siehe Interview auf Seite 254ff.) charakterisieren; zum anderen mittels seiner Auftritte, in denen er sich als wortgewandter Redner nicht nur mit fachlichem Know-how, sondern auch mit großem Kunst- und Kulturverständnis präsentierte. Die Kongressteilnehmer erlebten eine Eröffnungsveranstaltung mit einer erlesenen und außergewöhnlichen musikalischen Umrahmung – Züricher Perkussionsstudenten unter der Leitung von Edzard Locher, dem Sohn des Präsidenten, boten noch nicht gehörte Stücke dar, etwa eine afrikanische Kriegsmetapher für Perkussion, eine dreistimmige Orgelfuge von Johann Sebastian Bach auf Vibra- und Marimbaphon und atemberaubende Ragtimes von Scott Joplin. Anstelle eines eingeladenen Festredners hielt Locher selbst eine fast einstündige Ansprache, berufspolitisch sehr akzentuiert und sehr lebendig mit zahlreichen Querverweisen "über den Tellerrand" hinaus, etwa auf Troja, Augustus, Rom und andere gesellschaftspolitische Phänomene. Ungewöhnlich, aber: „Ich wollte diese Stunde einfach dazu nutzen, meinen Kolleginnen und Kollegen mitzuteilen, wo ich die Probleme in unserem Fach verorte, welche Zukunftsperspektiven ich sehe und wie der Weg der Orthopädie und Unfallchirurgie in den nächsten Jahren aussehen könnte.“ Nicht zu überhören war sein großes Engagement für die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. Seine Botschaft: Wollen wir den Ursprung unseres Faches, die traditionelle konservative O und U in ihrer Vielfalt und Breite erhalten, kommen wir nicht umhin, ausgetretene Pfade zu verlassen und uns neuen Gebieten zuzuwenden. Weil sich die Orthopädie und Unfallchirurgie stetig und unaufhaltsam verändert, hatte Locher für seinen Kongress den Leitspruch gewählt: „Heute war gestern noch morgen“ – mit dem dahineilenden Radfahrer auf dem Kongressprogramm als Symbol für die Schnelligkeit, mit der sich dieser Wandel vollzieht.



„Es steht heute vollkommen außer Zweifel, dass die Fusion von Orthopädie und Unfallchirurgie unausweichlich war und auch in Deutschland stattfinden müssen. Dies ist allein schon der europäischen Entwicklung geschuldet, innerhalb derer Deutschland gleichziehen musste, um dialogfähig zu bleiben.“

Hermann Locher in seiner Kongressansprache

Breitgefächertes Kongressprogramm

Die Gebiete, die Locher besonders am Herzen liegen, fanden sich auf der Kongress-Agenda wieder: Low Back Pain, Orthopädie und Traumatologie bei Kindern und Jugendlichen, degenerative und metabolische Veränderungen und Erkrankungen an Knochen, Gelenken und Muskeln sowie Epidemiologie, Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik. Die Betonung konservativer Themen ist nicht nur vor dem Hintergrund zu sehen, dass das Baden-Badener Orthopäden- und Unfallchirurgetreffen seit jeher als traditionsreicher Kongress gilt, der ganz besonders auf die Belange der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie zugeschnitten ist. „Der diesjährige Präsident Dr. Hermann Locher ist niedergelassener Arzt in Tettngang. Das letzte Mal war der Kongress von einem Niedergelassenen

POSTERPREISE UND OUP-BESTPREIS

Andreas Bosse aus Bad Füssing erhielt den ersten Posterpreis für die Arbeit „Vergleich einer Standardtherapie mit einer individuell betreuten Therapie bei Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen“. Die zweitplatzierte Arbeit von Jürgen Hettfleisch aus Darmstadt-Weiterstadt trägt den Titel „Der Meniskusschaden des Leistungsfußballers: eine Berufskrankheit?“. Den dritten Preis erhielt Alexander Schuh aus Neumarkt – er hatte ein Poster über den „40-Jahres-Verlauf eines konservativ behandelten CAM-Implingements beider Hüftgelenke“ eingereicht. Bei der VSOU-Jahrestagung wird außerdem immer der OUP-Bestpreis verliehen. Die OUP – Zeitschrift für die orthopädische und unfallchirurgische Praxis ist das offizielle Organ der VSOU. Der diesjährige OP-Bestpreis ging an Prof. Jörg Jerosch, Neuss, für seinen Artikel „Kurzschafft ist nicht gleich Kurzschafft“, erschienen in der OUP 7-8/2012.



Prof. Dr. Jürgen Heisel überreichte den 1. Posterpreis an Andreas Bosse, Bad Füssing.

DIE ERSTE KONGRESSPRÄSIDENTIN



Prof. Dr. Andrea Meurer, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt/Main

2014 gibt es eine Premiere: Der scheidende Kongresspräsident Dr. Hermann Locher übergab das Kongresszepter an Prof. Dr. Andrea Meurer, Frankfurt. Damit wird erstmals eine Frau an der Spitze des Süddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongresses stehen. Ihre Schwerpunktthemen: Sicherheit der Patientenversorgung, die Ausbildung des Nachwuchses sowie die „Problempatienten“ – das Kind, der ältere Mensch, Revisionsfälle und septische Patienten.

vor 31 Jahren, nämlich zur 30. Jahrestagung 1982, ausgerichtet worden“, erzählte Dr. Thomas Möller, 1. Vorsitzender der VSOU. Etwa 400 Programmpunkte griffen diese Schwerpunktthemen auf, darunter Fach-Vorträge, Workshops, Seminare und Podiumsdiskussionen. Die Industrieausstellung von 162 Ausstellern hatte im neuen Anbau ein paar Quadratmeter mehr Platz als in den Jahren zuvor. Alles in allem zog dieses breitgefächerte Angebot etwa 3.000 Fachbesucher an.

Gerade der Kreuzschmerz oder Low Back Pain sei von essenzieller Bedeutung für das Fach, weil es im Zuge der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL Kreuzschmerz) immer wichtiger werde, den spezifischen Rückenschmerz zu definieren, erklärte Locher bei der Eröffnungspressekonferenz. Auf dem Boden dieser NVL habe ein Orthopäde beim unspezifischen Kreuzschmerz nämlich eigentlich nichts zu suchen, da die typischen Elemente einer konservativen orthopädischen Behandlung – manuelle Medizin, Physiotherapie inklusive physikalischer Therapie, diagnostische und therapeutische Injektionen, Verordnung orthopädischer Hilfsmittel sowie Haltings- und Verhaltenstraining – nicht zu den in der Leitlinie empfohlenen Therapiemaßnahmen gehören (► lesen Sie dazu auch den Beitrag „Konservative Therapie im Fokus“, Seite 282; dieses Thema wurde bereits beim DKOU 2012 diskutiert). „Es besteht die Gefahr, dass die konservative Behandlung des volkswirtschaftlichen Problems Kreuzschmerz in andere Bereiche abwandert“, warnte Locher, „wir müssen uns deshalb auf einem Level etablieren, auf dem andere Gruppen längst sind.“ Dazu gehört auch die Schmerztherapie. Maximal zehn Prozent der Orthopäden sind ausgewiesene Schmerztherapeuten, obwohl 80 Prozent aller Schmerzdiagnosen den Bewegungsapparat betreffen. „Der sogenannte unspezifische Rückenschmerz ist letztlich nur das Spiegelbild einer unzulänglichen Diagnostik“, erklärte Dr. Cordelia Schott, Präsidentin der IGOST (Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie). „Bedauerlicherweise kann die Schmerztherapie wohl immer noch als ungeliebtes Kind der Politik bezeichnet werden. Aktuell sei auf den haarsträubenden Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 290. Sitzung hingewiesen, wobei die tatsächliche Umsetzung noch entsetzender ist.“

VSOU-NACHWUCHSFÖRDERPREIS



Florian Schmidutz aus München belegte beim VSOU-Nachwuchsförderpreis den 1. Platz

Die Nachwuchsförderung ist ein großes Anliegen der VSOU. So gab es auch in diesem Jahr ein spezielles Assistentenprogramm mit Kongress-Monitoring durch erfahrene Ärzte sowie einen Förderpreis. Dieser Preis soll es jungen Assistenzärzten ermöglichen, wissenschaftliche Arbeiten vorzustellen. Der mit 750 Euro dotierte 1. Preis ging an Florian Schmidutz, München, der einen Vortrag über „Die knöchernen Integration von Hemi-Resurfacing Implantaten der Schulter“ gehalten hatte. Der 2. Preis in Höhe von 500 Euro ging an Tobias Grossner, Heidelberg, und über 250 Euro konnte sich der drittplatzierte Alexander Paulus aus München freuen.

Berufspolitik auf der Kongress-Agenda

Im Zuge dieses Beschlusses hat der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) zusammen mit der IGOST eine Kampagne „Es geht auch ohne Strahlen“ initiiert, die BVOU-Präsident Helmut Mälzer kurz vorstellte (► lesen Sie dazu: „PRT sichern – orthopädische Schmerztherapie ausbauen“, Seite 257). Den Patienten werde derzeit der Eindruck vermittelt, dass die Spritze unter Zuhilfenahme der Computertomografie besonders treffsicher sei – „aber wenn ich den Weg kenne, brauche ich kein GPS, um an mein Ziel zu kommen.“ Daneben plädierte der BVOU-Präsident für die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft, die zunehmend von den Vorgaben des Sozialgesetzbuches 5 gegängelt werde. Die Bürokratie vermehre sich selbst und raube den Ärzten die Zeit, die sie eigentlich für ihre Patienten brauchen. „Deshalb verlassen so viele Ärzte das Land“, so Mälzer, „auf eine Ärzteschwemme folgt zyklisch ein Ärztemangel.“ Vor diesem Hintergrund ist es mehr als verständlich, dass die Berufspolitik keinen kleinen Raum im Kongressprogramm einnahm. Dabei wurde durchaus auch Positives vermeldet. Seit vier Jahren sei eine Regierung am Zuge, die die Ärzte nicht systematisch verunglimpfe, konstatierte Dr. Norbert Metke, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, in einer Special Lecture. Versorgungsstrukturgesetz und Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hätten den Ärzten gutgetan, denn man könne nun langsam aus den Regressen und Richtgrößen aussteigen (► lesen Sie dazu: „Kostendämpfung beseitigt Strukturprobleme nicht“, Seite 248).

Tag der Technischen Orthopädie

Erstmals fand ein Tag der Technischen Orthopädie statt, wie schon beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2011 und 2012 in Berlin. Um ihre Zusammenarbeit zu intensivieren, haben die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie

„Orthopäde und Unfallchirurg zu sein erzeugt jeden Tag eine besondere professionelle Motivation und ist eine Ursache substanzieller Lebensqualität.“

Hermann Locher in seiner Kongressansprache

und Orthopädische Chirurgie und der Bundesinventionsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) im vergangenen Jahr einen Fachbeirat Technische Orthopädie gegründet, und es ist unwahrscheinlich, dass die Technische Orthopädie aus den Programmen künftiger Fachkongresse wieder verschwinden wird – ist sie doch die eigentliche Wurzel, aus der sich das medizinische Fach einst entwickelt hat. „Das Fachwissen im Bereich der Technischen Orthopädie bricht weg“, warnte Klaus-Jürgen Lotz, Präsident des Bundesinventionsverbandes Orthopädiotechnik (BIV-OT). Im Team könnten Mediziner, Therapeuten und Ingenieure den Patienten gemeinsam helfen. „Was die Technische Orthopädie alles kann, haben wir bei den Paralympics in London gesehen. Doch um das interdisziplinäre Wissen zu erhalten, müssen wir gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen implementieren.“ So geschehen beim Tag der Technischen Orthopädie. In Zusammenarbeit mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) fand unter der Leitung von Dr. Hartmut Stinus ein sehr gut besuchter Fortbildungs-Workshop zu „Einlagen und Orthopädienschuhtechnik“ statt. Daneben gab es zwei Symposien, die jeweils gemeinsam von einem Arzt und einem Techniker moderiert wurden. „Großartig“ fand ein niedergelassener Orthopäde die Session über Lumbalorthesen unter dem Vorsitz von Prof. Bernhard Greitemann und Olaf Kelz vom BIV-OT. „Die Veranstaltung war ein einziges Plädoyer für die Zusammenarbeit von Orthopäden und Orthopädie-Technikern“, begründet der Niedergelassene seine Begeisterung. In seiner eigenen Praxis biete er eine gemeinsame Sprechstunde mit einem Orthopädie-Techniker an. „Es geht gar nicht ohne Kooperation, schon allein um der Patienten-Compliance willen.“

Wie wichtig ihm interdisziplinäre Zusammenarbeit ist, hatte Kongresspräsident Hermann Locher schon im Vorfeld der Jahrestagung betont. „Gerade in einer Zeit der schnellen Veränderungen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unverzichtbar und bedarf der ständigen Förderung, um die besten Lösungen zu erarbeiten und die beste Qualität in der Patientenversorgung zu erreichen.“ Davon konnten sich die Kongressbesucher – unter ihnen nicht nur Ärzte und Rehabilitationsmediziner, sondern auch Physiotherapeuten, Pflegefachkräfte und Orthopädie-Techniker sowie –Schuhtechniker – mehr als überzeugen.

Jana Ehrhardt-Joswig



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



INTERVIEW

„Ich bin ein Mann des Kreuzschmerzes“

Dr. Hermann Locher, Tettang, war der Präsident der diesjährigen Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen. Wie ein niedergelassener Orthopäde neben seiner Praxis noch einen Kongress organisiert, eine Rede schreibt und einen Brahms-Abend einstudiert, darüber spricht er im OUMN-Interview.

Wie fühlen Sie sich im am dritten Tag Ihres Kongresses?

Locher: Wohler kann sich ein Mensch auf dem Höhepunkt seines professionellen Lebens nicht fühlen.

Dies ist schon die 61. Jahrestagung der VSOU. Sie sind erst der zweite niedergelassene Orthopäde, der das Amt des Kongresspräsidenten inne hat. Das wurde mal wieder Zeit, oder?

Wahrscheinlich wäre es wünschenswert, dass in der Reihe der Präsidenten eine gewisse Parität zwischen Klinikern und Niedergelassenen entsteht. Ich habe allerdings erkennen müssen, dass es aus der Praxis heraus eine nahezu existenzielle Herausforderung ist, einen solchen Kongress zu organisieren. Ohne ein Team, wie es einem Chefarzt einer klinischen Abteilung beigegeben ist, kann man durchaus an seine Grenzen geraten. Ich musste mir einen erheblichen Freiraum dafür schaffen.

Ist es eine besondere Herausforderung, bei einem Kongress, der eine lange Tradition als Kongress für niedergelassene

„Solange wir nicht genau sagen können, was der spezifische Rückenschmerz eigentlich ist, können wir auch nicht behaupten, dass es den nicht-spezifischen Kreuzschmerz nicht gibt.“

Orthopäden hat, die unfallchirurgischen Kollegen mit ins Boot zu holen?

Einen Kongress schwerpunktmäßig für konservative Orthopäden zu gestalten, wäre in der heutigen Landschaft von Orthopädie und Unfallchirurgie gar nicht mehr realisierbar. Natürlich kann man so viele konservative Inhalte wie möglich auf den Campus holen. Aber ohne substanzvolle operative Inhalte könnte man bei diesem Kongress gar nicht das gesamte Fach abbilden.

Jeder Präsident bringt die Themen in den Kongress ein, die ihm besonders am Herzen liegen. Bei Ihnen ist das unter anderem der Low Back Pain. Warum ist Ihnen dieses Thema so wichtig?

Vor 30 Jahren habe ich chronische Kreuzschmerzen operativ behandelt. Sehr schnell bin ich dabei an die Gren-

zen dieser Verfahren gestoßen. Ich habe mich dann sehr umfassend mit manueller Medizin und der damals ganz modernen Schmerztherapie beschäftigt, und so bin ich heute eben ein Mann des Kreuzschmerzes. Das drückt sich unter anderem darin aus, dass ich Mitautor der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz bin.

Dabei handelt es sich um eine Leitlinie für den nicht-spezifischen Kreuzschmerz. Wann kommt eine Leitlinie zum spezifischen Kreuzschmerz?

In der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ist der spezifische Kreuzschmerz unter den red flags, den bedrohlichen Ursachen des Rückenschmerzes, abgebildet. Dazu gehören zum Beispiel Wirbelkörperfrakturen oder Bandscheibenvorfälle etc. Aber das Feld ist viel, viel breiter. Der sogenannte spezifische

Kreuzschmerz muss also von der DGOU zunächst einmal definiert werden. Es wurde bereits ein Arbeitskreis eingesetzt, der interdisziplinär diese Leitlinie erstellen wird.

Wie lange wird das dauern?

Lange. Mindestens drei Jahre.

Es gibt Stimmen, die argumentieren, den unspezifischen Rückenschmerz gebe es gar nicht.

Das ist eine relativ idealistische Wunschvorstellung von Vertretern des Organfaches Orthopädie und Unfallchirurgie. Aber solange wir nicht genau sagen können, was der spezifische Rückenschmerz eigentlich ist, können wir auch nicht behaupten, dass es den nicht-spezifischen Kreuzschmerz nicht gibt.

Eine Leitlinie zum spezifischen Kreuzschmerz hat also eine essenzielle Bedeutung für das Fach?

Absolut. 80 Prozent aller Schmerzdiagnosen betreffen das Bewegungsorgan. 60 bis 70 Prozent davon sind der Wirbelsäule zuzurechnen, wiederum die Hälfte davon der Lendenwirbelsäule. Diese Leitlinie hat schon allein deshalb essenzielle Bedeutung, weil auf dem Boden des nicht-spezifischen Kreuzschmerzes der Organfacharzt eigentlich nichts zu suchen hat. Infolgedessen driftet der Kreuzschmerz ab in andere Disziplinen, nur nicht mehr zur Orthopädie und Unfallchirurgie.

Angesichts der eben angesprochenen Schmerzdiagnosen: Wie viele Orthopäden sind Schmerztherapeuten?

Höchstens zehn Prozent.

Da besteht also Nachholbedarf?

Ein riesiger Nachholbedarf.

Wie kann das geschafft werden?

Die Kriterien für eine stationäre Schmerztherapie sind in den vergangenen Jahren immer weiter verfeinert und verschärft worden. Das hat die Kliniken in ihrer schmerztherapeutischen stationären Arbeit zunehmend beschränkt, so dass sie in diesem Bereich kaum noch eine Weiterbildung anbieten können.

„Unabhängig davon, was auf der politischen Spielwiese passiert, wird die flächendeckende ambulante Versorgung durch qualifizierte Fachärzte, egal ob im MVZ eines Krankenhauses oder in der Praxis, durch nichts zu ersetzen sein.“

Bleiben dafür eigentlich nur die freiberuflichen Strukturen der Praxen. Davon gibt es aber erstens auch zu wenige, und zweitens können sie sich einen Weiterbildungsassistenten aus wirtschaftlichen Gründen nicht leisten. Die Kliniken müssten also starke schmerztherapeutische Strukturen aufbauen. Die Assistenzärzte müssten diese Stationen ein Jahr lang durchlaufen, um die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie zu erwerben.

Sie haben die Berufspolitik als Schwerpunktthema auf die Kongress-Agenda gesetzt. Welche Botschaft möchten Sie Ihren Kollegen mit auf den Weg geben?

Dass sie eine bestmögliche Ausbildung absolvieren sollten. Sie sollten eine klare Entscheidung treffen, ob sie klinisch operativ, ambulant operativ oder ambulant konservativ arbeiten wollen und sich möglichst früh in dem Bereich, den sie anstreben, profilieren. Ich glaube, dass unabhängig davon, was auf der politischen Spielwiese passiert, die flächendeckende ambulante Versorgung durch qualifizierte Fachärzte, egal ob im MVZ eines Krankenhauses oder in der Praxis, durch nichts zu ersetzen sein wird. Unsere berufspolitische Session hat gezeigt, dass parteienübergreifend die Selbstverwaltung nicht in Frage gestellt wird.

ZUR PERSON

Dr. Hermann Locher ist als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Tettngang (Bodenseekreis) tätig. Er ist wissenschaftlicher Koordinator der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM-MWE) und Gründungsmitglied der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST). Er bildet Ärzte für die Qualifikation „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ in Deutschland, Österreich und Italien aus und ist wissenschaftlicher Direktor der italienischen Gesellschaft für Manuelle Medizin und Schmerztherapie. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Nationale Versorgungsleitlinie

Unter welchen Vergütungssystemen, ist natürlich eine andere Frage.

Apropos Vergütung: 40 Prozent der niedergelassenen Orthopäden schöpfen laut Dr. Nobert Metke, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, das Regelleistungsvolumen nicht vollständig ab, was zwangsläufig dazu führt, dass es im Lauf der Zeit sinkt. Können Sie das nachvollziehen?

Nein! Ich habe kein Verständnis für dieses Phänomen. Natürlich sind die Gebührenwerke in ihrer Kompliziertheit abschreckend – aber sie sind auch kein Hexenwerk. Jede Kollegin, jeder Kollege sollte sich einen Vormittag lang die Zeit nehmen und sich in die Gebührenordnung vertiefen. Man kann auch eine Abrechnungsberatung der KV in Anspruch nehmen. Wenn es um das wirtschaftliche Überleben der Praxis geht, wird man sich ja wohl ins Bild setzen können.

Welche neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vermittelt ihr Kongress?

Eine erdrutschartige Neuerung sehe ich nicht – aber auf alle Fälle eine Fortentwicklung der Techniken, der Inhalte, der Materialien und Verfahrensarten. In der Summe ist das auf jeden Fall ein weite-

Kreuzschmerz“ und arbeitet in der Schmerztherapiekommision der KV Baden-Württemberg sowie in der Qualitätskommission Akupunktur Baden-Württemberg. Er leitet die wissenschaftliche Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der DGOOC und ist Lehrbeauftragter für Manuelle Medizin an der Technischen Universität München (Klinikum Rechts der Isar). Darüber hinaus ist Locher passionierter Segler und ein Schöngest, der neben Medizin auch Schlagzeug, Gesang und Kunstgeschichte studierte. Die Besucher des VSOU-Kongresses überraschte er mit einem sehr anspruchsvollen Brahms-Liederabend.

Aus unserem Fach

rer Schritt nach vorn, zu dem es eben kommt, wenn sich 3.000 Kollegen vier Tage lang über ihr Fach unterhalten.

Es gibt erstmals einen Tag der Technischen Orthopädie. Warum ist es wichtig, dass Orthopädie/Unfallchirurgie und Orthopädiotechnik zusammenarbeiten?

Weil das zwei Dinge sind, die ohne einander gar nicht sein können. Sowohl die operative Orthopädie und Unfallchirurgie als auch die konservative O und U sind in vielen Bereichen auf eine sehr umfangreiche Versorgung mit Hilfsmitteln verschiedenster Art angewiesen.

Es ist ungewöhnlich, dass bei der Eröffnungsveranstaltung kein Gastredner auftritt, sondern der Präsident eine Stunde lang spricht. Was hat Sie dazu bewogen?

Ich wollte diese Stunde einfach dazu nutzen, meinen Kolleginnen und Kollegen mitzuteilen, wo ich die Probleme in unserem Fach verorte, welche Zukunftsperspektiven ich sehe und wie der Weg der Orthopädie und Unfallchirurgie in den nächsten Jahren aussehen könnte.

Eine Stunde am Stück reden ist wahrscheinlich nicht ganz leicht?

Es war ein zweijähriger gedanklicher Prozess. Ich habe zunächst Material ge-

sammelt. Habe mir in allen Lebenslagen – im Auto, im Skilift, im Bett – Notizen gemacht, wann immer mir etwas eingefallen ist. Das führte zu einer Sammlung von Skizzen, dann zu einer ersten architektonischen Gliederung, dann zu einem ersten Textentwurf. Es folgten vielfache Überarbeitungen, drei Probelesungen und schließlich die Endfassung.

Wie haben Sie neben Ihrer Praxis und der Kongressorganisation noch die Zeit gefunden, ein anspruchsvolles Brahms-Liederprogramm einzustudieren?

Jetzt kommen wir in den Bereich der Firmengeheimnisse... Das ist keine Frage der messbaren Zeit, sondern danach, wie ich mit den Minuten, die mir zur Verfügung stehen, umgehe. Ich kann 20 Minuten üben. Wenn ich also 20 Minuten frei habe, gehe ich ins Musikzimmer, setze mich ans Klavier und übe. Ich übe so intensiv, dass diese 20 Minuten wirklich effektiv sind.

Tun Sie auch einfach mal nichts?

So manch einer würde wahrscheinlich mit Blick auf meinen Tagesplan sagen, ich sei ein überaktiver Spinner... Ich widme mich meinen Freizeitaktivitäten mit der gleichen akribischen Konzentration wie meinem Beruf. Wenn ich segeln gehe, dann segle ich. Wenn ich Skifahren

gehe und dafür möglicherweise nur zwei Stunden habe, fahre ich so, dass es sich nach zwei Stunden so anfühlt, als wäre ich den ganzen Tag auf den Brettern gewesen.

Sie haben Schlagzeug und Gesang studiert. Wie kommt ein Schöngest wie Sie in das eher handwerklich ausgerichtete Fach Orthopädie?

Schlagzeug und Handwerk gehören ja zusammen. Den Ruf der Orthopädie habe ich als 16-Jähriger vernommen, als ich eine Reportage über eine Hüftgelenk-OP gelesen habe. Dieser Artikel gab den Ausschlag für meine Entscheidung, Orthopäde zu werden. Dieses Ziel habe ich verbissen verfolgt. Musik habe ich parallel zur Medizin studiert, einfach weil ich mich brennend dafür interessiert habe. Als Junge habe ich in einer Rockband und in einer Blaskapelle gespielt. In Musik habe ich allerdings keinen Abschluss gemacht.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Jana Ehrhardt-Joswig



Es geht auch ohne Strahlung: So heißt eine Kampagne von BVOU und IGOST, die Rückenschmerzpatienten darüber aufklären will, dass eine Strahlenbelastung bei Wirbelsäuleninjektionen nicht nötig ist.

AG SCHMERZTHERAPIE

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 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 OU 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. Cordelia Schott für die IGOST (Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V.).

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 Facharztausbildung vermittelte Behandlungsmetho-

de 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 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 die Orthopädie und Unfallchirurgie steht vor zwei Problemen:

- Die strahlenbelastende CT-gesteuerte Methode wird durch die Kostenträger zunehmend beworben und den Patienten ein Maß an Sicherheit vermittelt, das es nicht gibt. 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

FAKTENCHECK

- Problem „Flaschenhals“: Seit dem 1. April ist es Pflicht, den Patienten über einen Arzt mit Zusatzbezeichnung Schmerztherapie bzw. über eine Schmerzambulanz einer CT-gestützten PRT zuzuführen, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen. Es gibt ca. 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 muss 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 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.

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 die PRT unter Einsatz von Kortison angewendet werden kann. Der Leitfaden wurde in Form eines Rundschreibens im Februar versandt und kann bei Bedarf nachbestellt werden: bvou@bvou.net
- Die Haftpflicht deckt die Anwendung ab, wenn die aus dem Rundschrei-

BVOU/IGOST-AG SCHMERZTHERAPIE



Dr. Stefan Heidl, BVOU
Bezirksvorsitzender
Münster, IGOST



Dr. Christian
Baumgart, BVOU,
Wissenschaftlicher
Beirat IGOST



Dr. Cordelia Schott,
Präsidentin IGOST

ben 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 und 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

ES GEHT AUCH OHNE STRAHLUNG!

Aus einer *Presserklärung des BVOU und der IGOST vom 29. April 2013*: „Seit Jahrzehnten werden hochspezifische Injektionstechniken im Rahmen der fundierten orthopädischen schmerztherapeutischen Ausbildung im Facharzt für O und U ohne Strahlenbelastung für den Patienten gelehrt und angewendet. Zunehmend werden Patienten zu teuren und strahlenbelastenden, z. T. computertomographisch (CT) gestützten Injektionen (PRT) überwiesen. Es wird eine höhere Präzision suggeriert. Wiederholt haben der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST) vor unnötigen Injektionen unter Strahlenbelastung gewarnt, welche letztlich auch Krebs auslösen könnten. Seit dem 1. April 2013 stehen bandscheibengeplagte Patientinnen und Patienten nun vor einer neuen Situation. Der Gemeinsame Bun-

desausschuss (GBA) hat in seiner 290. Sitzung beschlossen, einer unnötigen Mengenausweitung dieser kostenintensiven Leistung entgegenzuwirken. Patienten müssen vor Durchführung von CT-gestützten Injektionstherapien an die Nerven nun einem Arzt mit der Abrechnungsgenehmigung „Spezielle Schmerztherapie“ vorgestellt werden. In Deutschland führen gegenwärtig nur ca. 300 Ärzte diese Zusatzbezeichnung: Ein Engpass für „Schmerzpatienten“, die auf Hilfe warten. Diese gibt es: Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist weiterhin die erste Adresse für Patienten mit Rückenschmerzen. Unter Einbeziehung anatomischer Landmarken hat er in seiner sechsjährigen Ausbildung Injektionstechniken ohne Strahlenbelastung erlernt und beherrscht diese. Man kommt also auch ohne GPS zum Ziel, wenn man ortskundig ist. Nur muss man die Karte lesen können! Es geht auch ohne Strahlung!

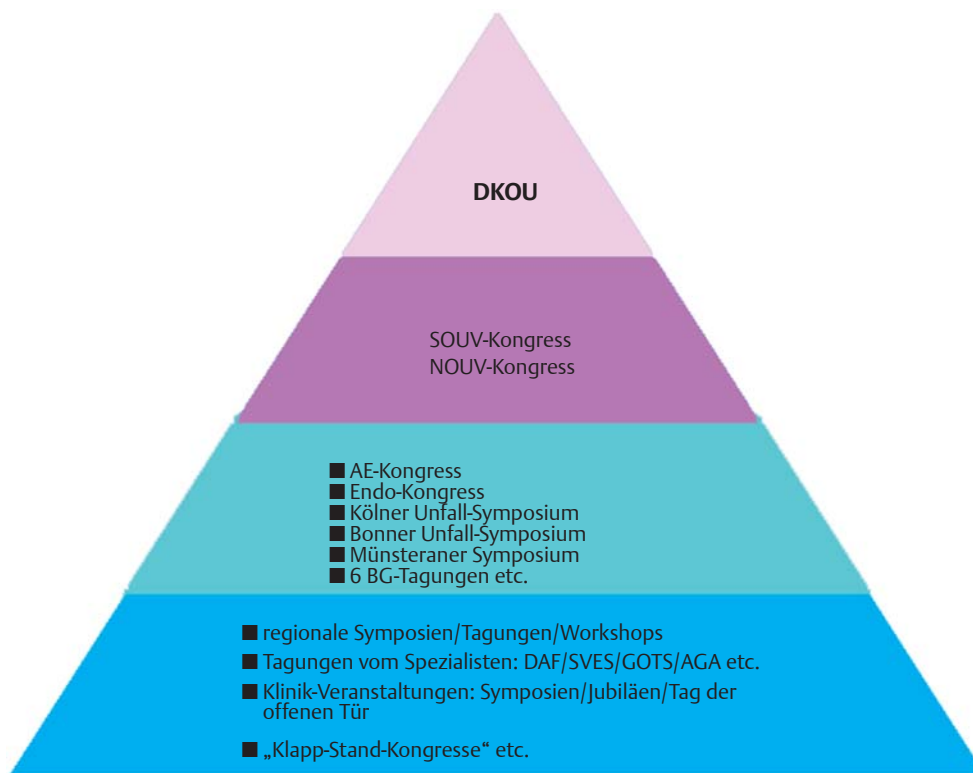


Abb. 1 Die Kongresslandschaft in Deutschland im Bereich Orthopädie-Unfallchirurgie

KONGRESSLANDSCHAFT

Chancen für die Nachhaltigkeit

Über die Zukunft des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie diskutierten im Rahmen des Baden-Badener Frühjahrskongresses das Medizintechnische und Pharmazeutische Forum (MuP) der DGOU mit Vertretern der Sektionen von DGOU, DGOOC und DGU sowie der großen Kongressveranstalter (VSOU, NOUV).

Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie ist ein Erfolgsmodell. Warum also über dessen Zukunft reden? – Nun, es gibt andere Veranstaltungen, die sich nicht in gleicher Weise platzieren können, die für die Teilnehmer ineffizient sind und gelegentlich nur durch das Rahmenprogramm beeindruckt. Und wahrscheinlich gibt es auch ein Überangebot: In Kongresskalendern kann man für jeden Tag des Jahres ein Angebot für Orthopädie und Unfallchirurgie finden (► **Abb. 1**). Gibt es also Ordnungsbedarf?

Sicht der Industrie

Otmar Wawrik als Vorsitzender des Ausstellerbeirates des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) und damit Vertreter von mehr als 160 Firmen erläutert die Sicht der Industrie: Demnach ist die Teilnahme an Kongressen ein Bestandteil des Marketing-Mixes: sowohl um Kunden- und Imagepflege zu betreiben, aber auch zur finanziellen Unterstützung der Ziele der Fachgesellschaften. Dies funktioniert nur, wenn Kongresse auf Grundlage einer Partnerschaft im beidseitigen Vorteil gestaltet werden und nicht in Abhängigkeitsverhältnissen. Zur Problemlage aus Sicht der Industrie: Immer häufiger richten professionelle Kongressorganisationen eine wachsende Zahl insbesondere mittelgroßer Kongresse aus.

Dadurch erhöhen sich die Kosten der Kongresse, auch weil die Quadratmeter-Preise von Ausstellerflächen schleichend ansteigen. So sind auch kleine Veranstaltungen in den vergangenen Jahren immer kostenintensiver geworden – bei gleichzeitig sinkenden Kongress-Budgets der Industrieunternehmen.

Sicht der Mediziner

Aus Sicht der Mediziner stellt sich das Problembündel so dar, dass die Teilnehmerzahl pro Veranstaltung rückläufig ist – zum Teil wegen einer Vielzahl der Angebote, wegen zunehmender Arbeitsbelastung in den Kliniken, weil die Bereitschaft zur Teilnahme am Wochenende sinkt („Generation Y“), und auch, weil die wissenschaftliche Qualität der Vorträge zum Teil zu wünschen übrig lässt.

Der Handlungsbedarf zur Harmonisierung erwächst also aus der Notwendigkeit zu höherer Effizienz auf beiden Seiten unter veränderten wirtschaftlichen (► **Abb. 2**) und rechtlichen Rahmenbedingungen und begrenzten Marketingbudgets. Der Mitteleinsatz der Industrie muss fokussiert werden auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mediziner. Zugleich muss genügend Raum für persönliche Kontakte und Produktpräsentationen geboten werden. Zur Entscheidungsfindung, bei welchem

Aus unserem Fach

Kongress eine Teilnahme Sinn macht – sowohl aus Sicht der Industrie als auch der Mediziner – will das MuP-Forum (als Forum der Medizintechnischen und Pharmazeutischen Industrie gemeinsam mit den Fachgesellschaften und deren Sektionen) eine Checkliste für Entscheider entwickeln.

Rechtliche Sicht

Aus Sicht der Juristin stellt Frau Dr. Jauch von der Firma Zimmer die Vielzahl von juristischen Bestimmungen und Gesetzen dar, die bei der Teilnahme und Gestaltung von Kongressen einzuhalten sind (zum Beispiel Werbemittelgesetz, Heilmittelgesetz, Strafrechtsgesetz usw.). Dies kann gewährleistet werden durch die Einhaltung von nur vier grundlegenden Compliance-Prinzipien:

- **Trennungsprinzip:** Umsatz und Sponsoring sind voneinander unabhängig (zum Beispiel kein Sponsoring von Golf-Turnieren oder nicht nur Sponsoring für „gute“ Kunden).
- **Äquivalenzprinzip:** Eine Leistung entspricht einer Gegenleistung.
- **Transparenzprinzip:** Bedingungen für das Sponsoring sind für alle gleich und offen.
- **Dokumentationsprinzip:** Alle Bedingungen und Leistungen werden festgehalten und sind nachprüfbar.

Es ist gesetzlich geregelt, dass die Industrie „angemessene“ Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Reise von Medizinern tragen darf. Was angemessen ist, ist jedoch Auslegungssache. Viele Firmen erlegen sich selbst Angemessenheits-Kriterien auf, die sie einhalten (so darf zum Beispiel ein gesetztes Abendessen maximal 60 Euro kosten), oder sie richten sich nach den Empfehlungen von Eucomed. Als angemessen betrachtet wird beispielsweise Hintergrundmusik, nicht jedoch ein Konzert. Veranstaltungen in Kurorten oder Orten mit Touristenattraktionen werden als nicht angemessen betrachtet, ebenso wie die Finanzierung der Unterkunft von mitreisenden Familienmitgliedern.

Sicht der Fachgesellschaften

Als Vorsitzender des MuP-Forums erläutert Fritz Uwe Niethard dessen aktuelle Aufgaben und die Sicht der Fachgesellschaften: Qualität und Sicherheit der Kongressveranstaltungen bedingen einander; denn nur ein attraktives Programm mit guten Themen und Referenten garantiert den Bestand eines Kongresses auf Dauer. Das hat die Online-Umfrage der DGOU zur Motivation der Kongressteilnehmer deutlich gezeigt (► **Abb. 3**).

Auch für die Fachgesellschaften gehört der effiziente Mittlereinsatz zu den Zielvorstellungen. Daher steht man gemeinsam vor der Frage, wie die Zahl der kleinen bzw. wenig effizienten Kongresse mit nur geringem wissenschaftlichem Anspruch zu reduzieren ist. Oder im Umkehrschluss: Wie ist es möglich, die Aufmerksamkeit in der ständig wachsenden Zahl der Angebote wieder mehr auf Kongresse bzw. Veranstaltungen mit hohem wissenschaftlichen Anspruch zu lenken?

Niethard zeigt, wie schwierig es ist, eine institutionelle Beurteilung der Kongressqualität aufzubauen: Die Fachgesellschaft kann dies nicht leisten, ohne in den „Geruch“ der Vorteilsnah-

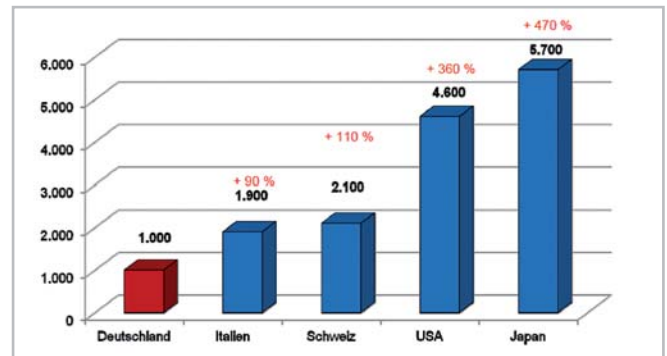


Abb. 2 Implantatpreise im weltweiten Vergleich: Hüftendoprothetik. Annahme: Implantatpreis in Deutschland 1.000 €

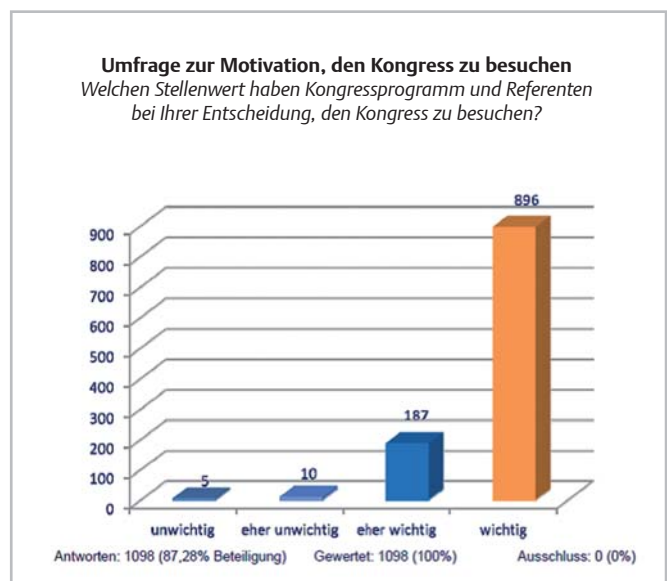


Abb. 3 Die Attraktivität des Kongressprogramms ist das Hauptkriterium bei der Entscheidung, den Kongress zu besuchen.

me zu geraten. Die Industrie kann dies nicht leisten ohne Gefahr für die Kundenbindung. Ein Ausweg bietet sich durch die Einführung eines „Qualitäts-Siegels“ an, das die Healthcare-Compliance-Konformität ganz in den Vordergrund stellt. Dem wird sich das MuP-Forum stellen und einen Vorschlag vorlegen.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard ist Generalsekretär der DGOOC, stellvertr. Generalsekretär der DGOU und Vorsitzender des MuP-Forums.



Die Youngsters OU:
Luisa Peter und Stefanie Weber (22 und 24) studieren im fünften Semester Medizin an der Universität Göttingen.

BVOU YOUNGSTERS

Die Werbetrommel für O und U

Luisa Peter und Stefanie Weber studieren Medizin in Göttingen. Als BVOU Youngsters haben sie im Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum ein Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie in die Vorklinik integriert. Wir sprachen mit ihnen darüber, was sie sonst noch vorhaben.

Wer verbirgt sich hinter den BVOU Youngsters?

Weber: Der Name Youngsters enthält mehrere Komponenten. Das „Y“ für Generation „Why?“, OU für Orthopädie und Unfallchirurgie und das „You“ als Gesamtes, um die junge Generation von Orthopäden und Unfallchirurgen direkt anzusprechen. Im Großen und Ganzen betrifft das uns Beide – wir arbeiten eng mit dem Jungen Forum der DGOU zusammen, und letztendlich haben wir es dem Präsidenten des BVOU zu verdanken, dass wir in Zusammenarbeit mit DGOU und BVOU die Youngsters OU sind.

Was genau tun Sie als BVOU Youngsters?

Peter: An der Universität Göttingen haben wir ein Wahlfach integriert, welches zunächst von den vorklinischen Studenten belegt werden kann. Die Wahlfächer waren in der Vorklinik sehr klinikarm, das heißt überwiegend theoretisch belastet. Deshalb haben wir uns überlegt, dass es gut wäre, ein klinisches Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie mit

einem höheren Praxisbezug in die Vorklinik zu integrieren. Zusammen mit Dr. Jan Schüttrumpf vom Jungen Forum der DGOU sind wir an die Universitätsklinik Göttingen herangetreten und konnten sie davon überzeugen. Wir haben jetzt ein Semester mit Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie hinter uns.

Weber: Zunächst ist dieses Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie ein „Pilotprojekt“ an der Universität Göttingen. Jetzt müssen wir abwarten, wie die Studierenden es evaluieren. Anhand der Evaluation werden wir sehen, wie oft wir das in Göttingen zukünftig umsetzen können. Wenn alles gut läuft, möchten wir versuchen, für diese Idee auch an anderen Universitäten zu werben.

Wie groß ist das Interesse am Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie?

Weber: Wir hatten relativ viele Bewerbungen. Ursprünglich war der Kurs für 16 Studenten ausgelegt, wurde aber aufgrund der großen Nachfrage auf 27 Plätze aufgestockt. Momentan überlegt man,

das Ganze zweimal im Semester anzubieten. Das hängt allerdings davon ab, ob die Assistenzärzte auf der Station dafür noch Kapazitäten haben.

Wissen Sie von Kommilitonen, dass sie sich aufgrund dieses Kurses dafür entschieden haben, nach dem Studium die Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie anzustreben?

Peter: Wir haben zusammen mit Herrn Dr. Schüttrumpf Evaluationsbögen erstellt und verteilt und natürlich auch persönlich mit den Kursteilnehmern gesprochen. Das Feedback war sehr positiv, sowohl was die Organisation des Kurses als auch seine Inhalte angeht. Zwei Studenten haben uns auch ihr Interesse bekundet, bei den Youngsters mitzumachen. Ob sie deswegen einmal in die Richtung Orthopädie und Unfallchirurgie gehen – das können wir nicht voraussagen. Aber ich denke schon, dass es uns gelungen ist, Interesse an dem Fach zu wecken oder zu bestärken.

Aus unserem Fach

Weber: Da kann ich Luisa nur zustimmen. Das Feedback war sehr gut, aber in der Regel wissen Studenten in der Vorklinik noch nicht 100-prozentig, welche Fachrichtung sie später belegen wollen. Aber ich denke, das Wahlfach Orthopädie und Unfallchirurgie ebnet den Weg für später, eine Famulatur oder auch ein Praktisches Jahr in O und U zu absolvieren.

Planen die Youngsters weitere Projekte?

Peter: Wir möchten einen universitätsübergreifenden Famulaturen-Pool einrichten, sprich eine Zusammenstellung möglicher Famulaturstellen in ganz Deutschland. Dafür haben wir die Kliniken angeschrieben, und 88 Famulaturstellen wurden uns bereits zugesichert. Diese haben wir bislang dokumentiert, wollen das Ganze aber zeitnah im Internet veröffentlichen. Wir haben das Physikum gerade hinter uns und können uns jetzt darum kümmern... Wir möchten in Zusammenarbeit mit kreativen Leuten eine eigene Homepage erstellen, auf der wir dann vielleicht auch noch einen Assistenzarzt-Pool, einen PJ-Pool oder einen Pflegepraktikums-Pool einrichten. Aber wir fangen erst einmal mit dem Famulaturen-Pool an. Die Famulatur ist schließlich auch die Zeit, in der sich viele Studierende für ihren späteren Berufsweg entscheiden.

Weber: Wir haben noch ein zweites Projekt in enger Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum, namentlich mit Frau Dr. Maya Niethard, die im Jungen Forum für die Weiterbildung zuständig ist. Mit ihr zusammen entwickeln wir bald ein Programm für den Tag der Vorklinik, der im nächsten Jahr beim Süddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress in Baden-Baden stattfinden soll. Die Präsidentin haben wir deswegen bereits angeschrieben. Wir denken an ein Programm für Studenten, die schon in der Vorklinik Interesse am Fach Orthopädie und Unfallchirurgie haben, bei dem sie Untersuchungsmethoden, Näh- und Knüpftechniken oder Operationsmaterialien kennenlernen können – so eine Art Schnupperkurs mit freiem Kongress-Eintritt. Über die genaue Ausgestaltung muss man allerdings noch diskutieren.

Ein Medizinstudium ist sehr anspruchsvoll. Woher nehmen Sie daneben die Zeit für all diese Aktivitäten?

Weber: Wir sind einfach ziemlich begeistert von dem, was wir tun, und deshalb fällt es uns nicht schwer, unsere freie Zeit damit zu verbringen. Natürlich war es in der Vorklinik nicht immer leicht, ein Zeitfenster dafür zu finden. Aber es gibt ja schließlich auch Semesterferien, Wochenenden und freie Tage. Wir haben als Studentinnen nicht so volle Tage wie Jemand, der tagtäglich arbeiten geht.

Woher rührt Ihre Begeisterung für die Orthopädie und Unfallchirurgie?

Peter: Bei mir liegt das an meinen sportlichen Wurzeln. Ich habe 12 Jahre Leichtathletik trainiert und mich schon immer sehr dafür interessiert, wie der Körper orthopädisch arbeitet. Als Sportler ist man einfach daran interessiert, was im Körper abläuft, wenn man sich verletzt hat. Als Stefanie mich gefragt hat, ob ich bei dem Projekt mitmachen möchte, habe ich spontan „Ja“ gesagt.

Weber: Ich habe nach dem Abitur nicht gleich einen Studienplatz bekommen und habe deshalb in Berlin in der Praxis von Herrn Mälzer, dem Präsidenten des Berufsverbandes, den Beruf zur medizinischen Fachangestellten erlernt. Herr Mälzer war einer meiner besten und lehrreichsten Mentoren. Er hat mich sehr schnell für die Orthopädie und Unfallchirurgie begeistert, indem ich mal eine Sonografie machen, Röntgen-, MRT- und CT-Bilder mit beschreiben und unter Anleitung Injektionen bzw. Punktionen durchführen durfte. Er hat mich „delegiert“ zu einem OP-Praktikum, wo ich bei Endoprothetik-OPs und Kreuzbandplastiken hospitieren konnte. Ich habe gesehen, dass man als Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie anpacken und Patienten wirklich schnell helfen kann. Da wusste ich, dass ich Orthopädin/Unfallchirurgin werden wollte.

Und die Werbetrommel für das Fach rühren wollen.

Weber: Der Impuls dafür kam von Herrn Mälzer, der mich angesprochen hat, ob ich nicht im Namen des BVOU für die Nachwuchsförderung tätig werden möchte. Als Studentin habe ich zu anderen Studenten ja einen viel kürzeren Draht.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit dem BVOU Vorstand?

Weber: Wir können uns frei entfalten bei unseren Projekten, die Geschäftsstelle und den Vorstand jederzeit per E-Mail oder Telefon kontaktieren und erhalten dann auch Unterstützung für unsere Projekte. Ganz besonders dankbar sind wir diesbezüglich für den beherzten Einsatz von Margit Henniger und Sibylle Reichelt aus der Geschäftsstelle des BVOU sowie unseres Mentors Dr. Helmut Weinhart. So konnten wir zum Beispiel die Formulare für den Famulaturen-Pool über den E-Mail-Verteiler des BVOU versenden.

Peter: Das ganze Youngsters-Projekt wurde ja von langer Hand geplant. Anfangs wurden wir dem kompletten Vorstand vorgestellt. Jetzt repräsentieren wir unsere Ideen und unsere Ergebnisse regelmäßig.

Die Orthopädie/Unfallchirurgie gilt als Männerdomäne. Nun kommen ausgerechnet zwei junge Frauen und werben für das Fach. Stehen Sie für einen Generationswandel?

Peter: Wäre ein männlicher Azubi in der Praxis von Herrn Mälzer gewesen – nun, dann wären die Youngsters jetzt vielleicht zwei Männer... Wir haben uns darüber natürlich auch Gedanken gemacht. Wir finden es großartig, wie sich gerade das Junge Forum für die Frauen in O und U einsetzt. Je attraktiver das Fach für Frauen wird, umso mehr Studentinnen werden sich dafür interessieren, davon bin ich überzeugt. Ob man das als Generationswandel bezeichnen kann, weiß ich allerdings nicht.

Weber: Man muss ja einfach sehen, dass Mädchen oft die besseren Abiturnoten und damit auch die besseren Zugangschancen zum Medizinstudium haben. Entsprechend ist der Anteil der weiblichen Medizinstudierenden auch höher als der Anteil der männlichen Studierenden, zumindest am Studienanfang. Man muss also umdenken und davon ausgehen, dass künftig mehr Frauen in der Chirurgie tätig sein werden. Den meisten Ärzten ist das mittlerweile bewusst. Es ist also ... ein Wandel in Sicht, und wir wollen dabei aktiv mitwirken.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Jana Ehrhardt-Joswig



Foto: Peter Atkins/Fotolia

Wer den Studenten von heute später eine attraktive Weiterbildung in der Chirurgie bieten möchte, muss die ausgetretenen Pfade verlassen und neue Wege in den Beruf finden – und zwar schneller, als eine Novellierung der Weiterbildungsordnung für gewöhnlich dauert.

WEITERBILDUNG CHIRURGIE

Unkonventionelles Denken ist gefragt

Die Chirurgie steckt in der Krise: Aufgrund unattraktiver Arbeitsbedingungen und mangelnder Vereinbarkeit mit einem Familienleben findet sich nicht mehr genügend medizinischer Nachwuchs. Um der Lage Herr zu werden, müssen völlig neue Wege beschritten werden. Ein Vorschlag zur Diskussion.

War noch bis Ende der Neunzigerjahre das Hauptproblem des chirurgischen Nachwuchses eine mangelnde Stellensituation infolge der Ärzteschwemme, so hat sich nun innerhalb eines guten Jahrzehnts die Situation bedrohlich ins Gegenteil verkehrt. Allerorten hört man auf Kongressen über mangelnden und schlecht ausgebildeten Nachwuchs, der in vielen Abteilungen nur durch Ärzte aus dem Ausland kompensiert werden kann. Da diese Kollegen, insbesondere wenn sie aus dem osteuropäischen Raum kommen, oftmals nur ungenügend ausgebildet und der deutschen Sprache kaum mächtig sind, verschärft sich das Problem der Weiterbildung in den Krankenhäusern noch weiter. Die deutsch sprechenden Ärzte werden in der Patientenversorgung auf der Station oder in der Am-

balanz und bei der medizinischen Dokumentation eingesetzt, die ausländischen Kollegen arbeiten im OP und assistieren bei den immer seltener werdenden Ausbildungsoperationen. Kein Wunder, dass in dieser Situation die deutsch sprechenden Weiterbildungsassistenten schnell das Weite suchen.

Die Patienten werden immer älter – die Ärzte auch

Das Thema Weiterbildung wird heute bestimmt durch eine immer weiter aufgehende Schere zwischen erhöhtem Bedarf und schrumpfenden Ressourcen. Der Bedarf wird im Wesentlichen definiert über die Demografie mit dem Alter- und damit Kränkerwerden der Gesellschaft. Aber auch die Altersstruktur der chirur-

gischen Fachärzte lässt die Alarmglocken schrillen. So sind die im chirurgischen Bereich tätigen Ärzte im Krankenhaus in den Jahren von 1993 bis 2009 nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) im Durchschnitt um drei Jahre gealtert, im vertragsärztlichen Sektor sogar um sechs Jahre. Der Umstand, dass diese Gruppe im Durchschnitt immer älter wird, ist nur dadurch zu erklären, dass nicht ausreichend interessierte Fachärzte zur Verfügung stehen und nachrücken. Warum das so ist, ist in den letzten Jahren vielfach untersucht worden und soll hier nur kurz skizziert dargestellt werden.

Der Attraktivitätsverlust beginnt bereits während des Studiums. So ist zwar auf der einen Seite der Studienplatz selber begehrt wie eh und je, ablesbar an ei-

50 Prozent der Medizinstudenten können sich eine spätere Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin vorstellen. Nicht auszudenken, was das für die Patientenversorgung bedeutet.

nem Numerus Clausus, der nahe bei 1,0 liegt. Auf der anderen Seite aber stehen uns nach Abschluss des Studiums immer weniger Kollegen für die kurative Medizin zur Verfügung. Etwa 20 Prozent der Medizinstudenten führen das Studium nicht zu Ende, und noch einmal die gleiche Prozentzahl geht nach dem Examen in Tätigkeiten wie zum Beispiel Wirtschaftsberatung, Controlling, Medien oder Forschung und stehen somit der Versorgung am Patienten ebenso wenig zur Verfügung wie die ins Ausland drängenden Kollegen.

Nach einer neueren Untersuchung des Hartmannbundes aus dem Jahr 2012 können sich sogar 50 Prozent der Medizinstudenten eine Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin vorstellen – die Konsequenzen mag man sich gar nicht ausdenken. Weiß man weiterhin, dass zum Anfang eines Medizinstudiums etwa 25 Prozent der Studienanfänger eine operative Tätigkeit anstreben möchten, am Ende des Studiums aber nur 10 Prozent tatsächlich in eine chirurgische Weiterbildung eintreten, so muss man nüchtern feststellen, dass unser Fachgebiet ganz offensichtlich unter einem erheblichen Attraktivitätsverlust leidet.

Schlechte Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen

Nach einer Umfrage des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) unter Weiterbildungsassistenten aus dem Jahr 2011 wurden als Hauptgrund für den Attraktivitätsverlust familienunfreundliche Arbeitszeiten und eine veränderte Lebenseinstellung („work life balance“) genannt. Unmittelbar dahinter rangiert aus Sicht der Weiterbildungsassistenten eine ungenügende Qualität der chirurgischen Weiterbildung. Genau so sehen dies im Übrigen auch die auszubildenden Chefärzte, wie eine Online-Umfrage unter den im BDC organisierten leitenden Ärzten in Schleswig-Holstein Ende des letzten Jahres offenbarte. Die Ausbildungsinhalte können immer seltener vollumfänglich erfüllt werden, und eine notwendige breite Erfahrung bis zum

Ende der Weiterbildung wird nur selten vermittelt. Selbst der im Vergleich zur alten Weiterbildungsordnung nicht unerheblich abgespeckte OP-Katalog wird immer öfter nur dadurch erfüllt, dass erste Assistenzen als eigenständig durchgeführte Operationen attestiert werden.

Speziell für den Vertragsarztbereich treten weitere Probleme hinzu. Zum einen leidet die Tätigkeit als Vertragsarzt unter einem nicht unerheblichen Attraktivitätsverlust durch eine ausufernde Bürokratie, eine ungenügende Finanzausstattung und die Angst vor Regressforderungen bei der Verordnung von Medikamenten. Zum anderen gelten im vertragsärztlichen Bereich weitere qualitative Anforderungen, die oftmals nicht oder nur schwer zu erfüllen sind. Ein Problem stellt hier die Teil-Radiologie dar, die immer häufiger wegen mangelnder Ermächtigung nicht mehr bescheinigt werden kann. Eine ähnliche Situation liegt bei der Sonografie und Arthroskopie vor, wo die Eingriffszahl des Facharztkataloges weit von derjenigen entfernt ist, die von der Kassenärztlichen Vereinigung gefordert wird. Eine weitere Problematik ergibt sich aus der zunehmenden Spezialisierung. Hier ist der Weg in die Niederlassung nur dann möglich, wenn dies mit anderen Kollegen zusammen erfolgt, in der Regel also nur in größeren Städten. Eine Versorgung in einer Einzelpraxis kann mit diesen Kollegen in der Fläche kaum gewährleistet werden.

Damit kann an dieser Stelle zusammenfassend festgestellt werden, dass wir uns bei der chirurgischen Versorgung in einem Dilemma befinden. Auf der einen Seite besteht ein Demografie bedingter zunehmender Bedarf an chirurgischen Leistungen. Auf der anderen Seite schwinden unsere Ressourcen durch eine Überalterung der Fachärzte und einen zusätzlichen Attraktivitätsverlust der chirurgischen Fächer mit damit verbundenen sinkenden Facharzzahlen. Diese immer weiter aufgehende Schere hat eine solch erhebliche Dynamik gewonnen, dass es dringend Zeit wird, sich mit diesem Thema intensiv zu beschäftigen.

Weiterbildungsnovellen dauern mehrere Jahre – auf jeden Fall zu lange

Demgegenüber steht nun aber die quälende Langsamkeit des bisherigen Systems. Selbst bei optimistischer Schätzung dauert eine Änderung der Weiterbildungsordnung leicht fünf Jahre. Ich persönlich habe die Befürchtung, dass dann nicht mehr allzu viel zu retten ist. So ist daher ein neues Denken angezeigt, um gegebenenfalls auch zu unkonventionellen Lösungen zu gelangen. Dies ist nach meiner festen Überzeugung nicht nur ein rein innerärztliches Problem, sondern hier muss auch die Gesellschaft mit einbezogen werden. Denn nur diese kann vorgeben, ob auch zukünftig Medizinstudenten ausgebildet werden sollen ohne die Verpflichtung, kurativ tätig zu werden, oder wie überhaupt die Finanzierung der Weiterbildung geregelt werden soll. Auch innerhalb der Ärzteschaft gilt es natürlich eine ganze Reihe von grundsätzlichen Fragen zu diskutieren. So erscheint die derzeit übliche Weiterbildungsermächtigung eines leitenden Arztes einer Abteilung zunehmend anachronistisch, wenn große und zentrale Anteile der Weiterbildungsinhalte gar nicht mehr im Krankenhaus angeboten werden.

Einen möglichen Ausweg aus dieser Misere zeigt ein Modell auf zur strukturierten Weiterbildung im Rahmen eines Verbundes. Ähnliche Systeme funktionieren schon seit Jahren in mehreren westlichen Ländern, wie zum Beispiel den USA. Hier bewirbt sich ein Weiterbildungskandidat nicht bei einem Chefarzt, sondern er schreibt sich ein in ein Weiterbildungsprogramm einer Universität. Diesem ist eine ganze Reihe von Abteilungen unterschiedlicher Versorgungsstufen angeschlossen.

In Deutschland wäre es gut vorstellbar, wenn die Herrin des Verfahrens nicht eine Universität, sondern die Landesärztekammer ist. Schließlich ist diese sowieso schon mit der Weiterbildung befasst. Die Finanzierung der Weiterbildung müsste über einen Fonds geschaffen werden, der aus unterschiedlichen Finanzquellen gespeist werden könnte (Krankenkassen, KV, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Steuern). Die Ärztekammer würde dann Teilweiterbildungsermächtigungen für Krankenhäuser, Praxen oder ambulante Operations-

zentren ausstellen, die alleine an das angebotene Spektrum geknüpft würden. Diese Weiterbildungseinheiten erhielten dann für eine definierte Zeit einen Weiterbildungsassistenten zugewiesen. Damit würde ein mandatorisches und überörtliches Rotationsverfahren implementiert, das zwar den Nachteil in sich birgt, dass der Weiterbildungsassistent umziehen muss. Auf der anderen Seite würde ihm aber eine Eingriffszahl und hohe Qualität der Ausbildung garantiert.

Stetige Evaluation der Weiterbildung als Qualitätsgarant

Eben dies würde ständig evaluiert durch Befragung der Weiterbildungsassistenten. Bei nicht erfüllten Verpflichtungen würde die Weiterbildungseinheit zukünftig keine Assistenten mehr zugewiesen bekommen. Damit bestünde ein ur-

eigenes Interesse der Weiterbilder an einer qualitativ hochwertigen Ausbildung, denn nur so würde ihnen ja eine Arbeitskraft zugeteilt werden. Andererseits darf der Weiterbildungsassistent für seine Arbeitskraft eine qualitativ hochwertige Ausbildung erwarten. Verbunden werden müsste dieses System in jedem Falle mit einem weiteren Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, und auch von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellter Wohnraum wäre anzustreben, insbesondere bei nur kurzfristiger Rotation über wenige Monate.

Im Ergebnis würde das vorgestellte Verfahren zu gut oder zumindest besser ausgebildeten chirurgischen Fachärzten führen. Darüber hinaus könnte die fachärztliche Versorgung sowohl in der Fläche als auch für die Zukunft betrachtet am ehesten gesichert werden. Und last,

but not least, würde das sektorenübergreifende Arbeiten in dem Ausbildungsverbund zu einem besseren Verständnis der beteiligten Ärzte auf Niederlassungs- und Krankenhausseite führen, und es wäre durchaus vorstellbar, dass so auch die vertragsärztliche Tätigkeit für junge Kollegen wieder interessant wird.

Dr. Ralf W. Schmitz



Dr. Ralf W. Schmitz ist Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) Schleswig-Holstein.

Was die Ärzteschaft bewegt

Vom 28. bis zum 31. Mai 2013 fand der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover statt. Der erste Tag war von den berufspolitischen Reden der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker, des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr und des Bundesärztekammerpräsidenten Frank Ulrich Montgomery geprägt. Im Anschluss leiteten die Delegierten der 17 Ärztekammern im Plenarsaal eine angeregte Diskussion ein.

Die Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik steht zu Beginn eines jeden Ärztetages im Mittelpunkt. Neben dem Referat zu den Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft von Prof. Montgomery sprach der Direktor des Institutes für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, Prof. Dr. Giovanni Maio, zum Thema „Wieviel Markt verträgt die Medizin“: Zwar sei ökonomisches Denken eine Notwendigkeit, doch dürfe die Ökonomie nicht das ärztliche Handeln bestimmen, warnte er. „Innerhalb der ökonomischen Logik wird die ärztliche Arbeit wie eine technische Reparatur aufgefasst, die dann ebenso kostensparend ablaufen soll; dabei wird aber der Mensch mit seiner Befindlichkeit und die psychosoziale Dimension des Krankseins zu sehr vernachlässigt.“ Ökonomen müssten lernen, medizinisch zu denken, um zu wissen, wo das ökonomische dem medizinischen Denken Platz machen müsse, forderte Maio. „Seit Jahren steigt die Zahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis, die Zahl der tatsächlich zur Verfügung ste-

henden Arztstunden aber ist rückläufig. Zugleich nimmt der ökonomische Druck durch fortwährende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich wie auch in der Klinik zu“, konstatierte der Ärztetag in einer Entschließung mit dem Titel „Menschen statt Margen in der Medizin“. Die Folge dieser Entwicklung sei eine Verdichtung von Arbeit, Überlastung und Demotivation von Ärzten.

In einer weiteren Entschließung plädierte der Ärztetag für den Erhalt der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenkasse und lehnte die von SPD und Bündnis 90/Die Grünen geplante Bürgerversicherung ab.

Arme Menschen sterben früher

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Direktor des Institutes für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, referierte über „Gesundheitliche Auswirkungen von Armut“: Er wies darauf hin, dass Männer, die einer höheren Einkommensschicht angehören, eine um 10,8 Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer, die in relativer Armut leben. Bei Frauen beträgt der Unterschied immerhin 8,4 Jahre. Die Unterschiede in der Lebenserwartung erstrecken sich auf das gesamte Einkommensspektrum. Je niedriger das Einkommen, desto niedriger die Lebenserwartung. Auch das Risiko von Herzinfarkten und Schlaganfällen sowie von Fettleibigkeit im Kindesalter und psychischen Auffälligkeiten ist bei ärmeren Bevölkerungsgruppen ungleich größer. Die Unterschiede sind vor allem in den verschiedenen materiellen Lebensbedingungen, der Verteilung von psychosozialen Belastungsfaktoren, Unterschieden des Gesundheitsverhaltens und Faktoren der gesundheitlichen Versorgung

begründet. Auch auf die Auswirkungen auf den Bewegungsapparat wies von dem Knesebeck in seinem Bericht hin.

Zwei Tage Diskussion über die Weiterbildungsordnung

Die Weiterbildung ist ein fester Punkt auf der Agenda eines Ärztetages. Dr. Franz-Joseph Bartmann berichtete als Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer über den Stand der Novellierung der Weiterbildungsordnung. Da die Fachgesellschaften ihre Vorschläge zur Novellierung der (Muster)-Weiterbildungsordnung (MWBO) erst kürzlich eingereicht hatten, konnte Dr. Bartmann noch keinen Überblick abgeben. Insgesamt war er mit dem Vorgehen sehr zufrieden und hofft, dass im kommenden Jahr eine novellierte MWBO vorgelegt werden kann. Nun seien die Landesärztekammern gefordert und mit diesen die kammeraktiven Mitglieder aus O und U. Dass die Weiterbildung über nahezu zwei Tage diskutiert wurde, lag an einem Antrag, den Delegierte über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Tag vor Beginn des Ärztetages eingebracht hatten. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, stellte diesen Antrag vor und plädierte dafür, eine ambulante Pflichtweiterbildung einzuführen. Dieser Vorschlag wurde von Seiten des Marburger Bundes abgelehnt. Es ergab sich eine hitzige Diskussion, die im folgenden Kompromiss endete:

„Der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat sich für eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ausgesprochen. Die Weiterbildung sollte sich, in ihrer Struktur flexibel, an den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes beziehungsweise Schwerpunktes orientieren. Inhaltliche

ZUM WEITERLESEN

Weiterführende Informationen über den Deutschen Ärztetag finden Sie auf der Internetseite der Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de



Anforderungen, wie etwa das Kennenlernen von Krankheitsverläufen, soll in den Vordergrund gerückt werden. Mit Blick auf die anstehende Überarbeitung der (Muster)-Weiterbildungsordnung (MWBO) betonte das Ärzteparlament in seinem Beschluss, dass sich die für die ambulante Versorgung relevanten Weiterbildungsinhalte ausdrücklich in der MWBO wiederfinden müssten. Sie sollten – wo sinnvoll und notwendig – in den definierten Kompetenzblöcken der MWBO aufgegriffen werden.

Das neue Weiterbildungskonzept sieht vor, dass Weiterbildungsinhalte in begrenztem Umfang auch durch eine tages- oder stundenweise Tätigkeit an einer anderen Weiterbildungsstätte erlernt werden können. Beispielsweise wäre es in einer fortgeschrittenen Weiterbildungsphase möglich, neben der Tätigkeit im Krankenhaus an einem oder einem halben Tag pro Woche in der Praxis eines niedergelassenen Facharztes zu arbeiten. Der Ärztetag betonte zudem, dass die Etablierung eines Gesamtverantwortlichen zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung beitragen könnte. Dieser wäre dafür verantwortlich, die Kooperation zwischen verschiedenen Weiterbildungsstätten zu organisieren. Zudem müsste er gewährleisten, dass alle vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte vollständig vermittelt werden.“

Zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung stellte der Deutsche Ärztetag darüber hinaus in einem weiteren Beschluss klar:

■ Aus den im Entschließungsantrag des BÄK-Vorstands zutreffend beschriebenen Sachverhalten müssen in einer (Muster)-Weiterbildungsordnung (MWBO) mit sektorenübergreifendem Charakter nur in der ambulanten Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der ambulanten Versorgung, nur in der stationären Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der stationären Versorgung und in beiden Bereichen vermittelbare Kompetenzen und Inhalte wahlweise in einem der beiden Bereiche vermittelt werden. Um dies im notwendigen Umfang zu ermöglichen, muss eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung geschaffen werden. Die MWBO kann erst nach Erfüllung

„Innerhalb der ökonomischen Logik wird die ärztliche Arbeit wie eine technische Reparatur aufgefasst, die dann ebenso kostensparend ablaufen soll; dabei wird aber der Mensch mit seiner Befindlichkeit und die psychosoziale Dimension des Krankseins zu sehr vernachlässigt.“ Prof. Dr. Giovanni Maio

der im Folgenden beschriebenen Voraussetzungen in entsprechender Weise verändert werden.

- Die Wahl der Weiterbildungsstätte ist den Weiterzubildenden selbstverständlich auch im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich freigestellt. Es muss sich allerdings um weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten handeln. §6 der MWBO enthält Regelungen über die Zulassung als Weiterbildungsstätte. Nach §6, Absatz 1, Satz 2, MWBO können dazu auch Praxen niedergelassener Ärzte zählen.
- Um den Weiterzubildenden eine effiziente sektorenübergreifende Weiterbildung zu garantieren, werden bei den Landesärztekammern „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ aufgebaut. Diese gewährleisten die vollständige Vermittlung aller im ambulanten Bereich vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und ermöglichen einen reibungslosen und unterbrechungsfreien Übergang zwischen den Weiterbildungsstätten. In den Organisationsstellen soll der ärztliche Sachverstand der Weiterbildungsbefugten repräsentiert sein.
- Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisation ein Vertrag abgeschlossen, der dies sicherstellt. Für die arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden ein funktionsfähiges Organisationsmodell entwickelt.
- Der zusätzliche Aufwand, den eine Weiterbildungsstätte neben der Vergütung von Weiterzubildenden hat,

wird durch einen Zuschlag zum Orientierungswert gemäß §87a Absatz 2, Satz 3, SGB V vergütet. Hierzu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

- Die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgungsstruktur mit Haus- und Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb muss die Finanzierung der Mittel für die oben beschriebenen Maßnahmen dauerhaft aus dem Gesundheitsfonds und somit aus den entsprechend erhöhten Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Diese Mittel werden auf Nachweis von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abgerufen. Über die Mittelanforderung und -verwendung wird neben den an dem Verfahren Beteiligten jährlich dem deutschen Bundestag und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) berichtet. Der Bericht wird veröffentlicht. Das Förderprogramm Allgemeinmedizin gemäß Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) wird solange weitergeführt und kann dann durch die beschriebene Finanzierung ersetzt werden. Zur Umsetzung dieses Verfahrens ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Beschlüsse zu einer Stärkung der ambulanten Versorgung und damit der konservativen, nur in der ambulanten Praxis vermittelbaren Inhalte auch im Fach O und U beiträgt.

PD Dr. Hansjörg Heep



PD Dr. Hansjörg Heep ist leitender Oberarzt an der Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Essen.

ÖSTERREICH

Die Zeit ist reif für einen neuen Facharzt?!



Das österreichische Gesundheitsministerium hat die Fachgesellschaften beauftragt, Vorschläge für eine neue Weiterbildung vorzulegen. Schon im nächsten Jahr sollen die ersten Facharztanwärter entsprechend weitergebildet werden. Ob sie Fachärzte für Orthopädie oder Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie werden, darüber sprachen wir mit Prof. Dr. Stefan Nehrer, dem Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ÖGO).

In Österreich sollen die Fachärzte für Orthopädie und für Traumatologie zu einem Facharzt zusammengelegt werden. Wie kommt das?

Prof. Nehrer: Das kann man so nicht sagen. In unserer Fachgesellschaft vertreten wir den Standpunkt, dass wir kein gemeinsames Fach, sondern ein neues Fach wollen. In Österreich haben die Orthopädie und Unfallchirurgie – anders als in anderen europäischen Ländern – eine getrennte Entwicklung genommen, so dass wir zwei eigenständige Fachdisziplinen haben: eben die Orthopädie und die Unfallchirurgie mit jeweils sehr hohen Spezialisierungsausprägungen. Anders als in Deutschland ist die Unfallchirurgie in Österreich auch kein Zusatzfach der Chirurgie, sondern völlig autark.

Zurzeit schreibt die UEMS (European Union of Medical Specialists) am berühmten Kapitel 6 der europäischen Ausbildungsordnung. Darin werden gemeinsame Fachinhalte der Orthopädie und Unfallchirurgie definiert. Im Zuge dessen hat das österreichische Gesundheitsministerium bestimmt, dass wir für 2014/15 neue Ausbildungscurricula erarbeiten sollen – auch weil die Facharztausbildung auf Wunsch vieler Fachgesellschaften neu strukturiert werden soll. Das hat damit zu tun, dass im Rahmen der österreichischen Facharztausbildung eine gewisse Zeit in einem sogenannten

Gegenfach absolviert werden muss, ein Orthopäde also beispielsweise ein Jahr in der Chirurgie oder in der Kinderneurologie ableisten muss. Dieses Konzept hat sich nicht bewährt. Die Ausbildung soll nun im Hauptfach in den Mittelpunkt gerückt werden, wie das international üblich ist – sprich fünf Jahre Facharztausbildung im gewählten Fach.

Deshalb sollen wir eine neue Facharztausbildung kreieren, sowohl für die Orthopädie als auch für die Unfallchirurgie. Nun haben aber Politiker, Gesundheits-träger sowie die Orthopäden und Unfallchirurgen selbst den Wunsch geäußert, die Gelegenheit zu nutzen und einen Facharzt zu schaffen, der den EU-Richtlinien entspricht.

Was soll dieser neue Facharzt können?

Angesichts des hohen Spezialisierungsgrades der Orthopädie und der Unfallchirurgie macht es keinen Sinn, die Fächer einfach zusammenzulegen. Wir brauchen die Orthopädie, sozusagen als Medizin des Bewegungsapparates vom Baby bis zum Greis, und wollen die Traumatologie mit hineinnehmen. Wenn man sich international die Ausbildungsordnungen ansieht, beträgt das Verhältnis etwa 70 Prozent Orthopädie und 30 Prozent Traumatologie. Die Unfallchirurgie in Österreich beinhaltet auch die Versorgung von Schwerstverletzten – also Schädelverlet-



Prof. Dr. Stefan Nehrer ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

zungen, Gefäßverletzungen, Bauchhöhle und so weiter. Diese liegt in anderen Ländern häufig in den Händen von Chirurgen, Notfallmedizinerinnen oder Anästhesisten. Die Schwerstverletztenbehandlung sollte ein Additiv-Fach im Rahmen einer Spezialisierung werden und nicht in das gemeinsame Fach hineinkommen.

Wie soll der neue Facharzt heißen?

Unser Wunsch wäre es, dass er Facharzt für Orthopädie heißt, so wie in 17 von 27 EU-Staaten. Wir könnten uns auch Facharzt für Orthopädie und Traumatologie vorstellen, allerdings nicht Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Traumatologie befasst sich mehr mit Verletzungen am Bewegungsapparat und nicht mit der Behandlung von Schwerstverletzten, wie das in der Unfallchirurgie der Fall ist. Aber das ist alles noch sehr offen. Sicher ist, dass die neue Bezeichnung die Orthopädie beinhalten wird, mit Zu-

Wir beobachten derzeit eine Überchirurgisierung. Gerade in den Ländern, in denen die Orthopädie chirurgisch ausgeprägt ist – wie in Deutschland oder Österreich –, nehmen die Operationszahlen rapide zu.

sätzen oder Spezialisierungsausprägungen.

Was sagen die Unfallchirurgen oder Traumatologen in Österreich zu diesen Überlegungen?

Wir haben ja gerade erst mit den Verhandlungen angefangen. Es hat schon früher immer wieder Vorschläge gegeben, die Fächer zusammenzulegen, auch von Seiten der Unfallchirurgie. Vor zehn Jahren haben aber die Ordinarien der jeweiligen Fächer befunden, dass der getrennte Weg der bessere ist, weil die Spezialisierung so weit vorangeschritten ist, dass man in einer orthopädischen Abteilung keinen Unfallchirurgen mehr ausbilden kann und auf einer unfallchirurgischen Station keinen Orthopäden. Das liegt an den Strukturen in Österreich: Wir haben Unfallhäuser, und wir haben reine Orthopädieabteilungen. Eine bloße Zusammenlegung würde zur Auflösung der Fachqualität führen, weil man in einer Unfallklinik keine Orthopädie machen kann und umgekehrt in einer orthopädischen Abteilung keine Unfallchirurgie. Deswegen wehren wir uns auch gegen den Begriff Zusammenlegung oder Fusion – wir wollen ein neues Fach.

Das geht aber nur, wenn wir die Strukturen ändern. Wir haben zurzeit ein unfallchirurgisches Überangebot. Glücklicherweise hat die Anzahl von Schwerverletzten dramatisch abgenommen. Damit sich die unfallchirurgischen Häuser trotzdem halten können, haben sie vermehrt orthopädische Eingriffe, überwiegend im Bereich der Prothetik, übernommen. Das setzt die Träger unter Druck. Die sagen zu uns: ‚Schafft doch ein neues Fach, das den tatsächlichen Bedarf repräsentiert.‘ Das wäre unserer Meinung nach die Orthopädie und Traumatologie, wie ich sie bereits geschildert habe. Wir könnten für schwerstverletzte Patienten nach Schweizer Vorbild sieben oder acht unfallchirurgische Zentren einrichten, wo sie multidisziplinär behandelt werden können. Die vielen kleineren unfallchirurgischen Häuser könnten in Orthopädien mit traumatologischer Kompetenz umgewandelt werden und zum Beispiel Sportverletzungen mit übernehmen. Dem Gesundheitssystem würde damit viel erspart – denn eine orthopädische Operation in einem unfallchirurgischen Haus ist die teuerste Medizin, die man machen kann. Bedenken Sie, was in der

Wenn wir die konservative Kompetenz aufgeben, wird sie abwandern in andere Bereiche, in die rheumatologische oder physikalische Medizin, wohin auch immer.

Unfallchirurgie alles benötigt wird: ein Schockraum, die ganze Mannschaft, die Tag und Nacht dafür bereitstehen muss... eine elektive Hüfte in einem solchen Rahmen ist reine Geldverschwendung.

Jetzt haben wir viel über die Unfallchirurgie gesprochen. Wie sieht es mit der Orthopädie aus. Soll sich da auch etwas ändern?

Unsere Prämisse ist es, die Breite des Faches, auch in der konservativen Therapie, zu erhalten. Ein Operateur muss spezialisiert sein, aber eine orthopädische konservative Kompetenz ist für die richtige Operationsentscheidung ganz entscheidend. Wir beobachten derzeit eine Überchirurgisierung. Gerade in den Ländern, in denen die Orthopädie chirurgisch ausgeprägt ist – wie in Deutschland oder Österreich –, nehmen die Operationszahlen rapide zu. Auch deshalb brauchen wir diesen neuen Facharzt.

Ist die Vorgabe des österreichischen Gesundheitsministeriums als Versuch zu werten, die konservative Orthopädie zu stärken?

Zumindest als Maßnahme, um zu verhindern, dass die Orthopädie ein rein chirurgisches Fach wird. Das ist in unserem ureigenen Interesse. Denn wenn wir die konservative Kompetenz aufgeben, wird sie abwandern in andere Bereiche, in die rheumatologische oder physikalische Medizin, wohin auch immer. Dort wird bisher nicht operiert. Das kann für die Patienten von großem Nachteil sein: wenn nicht operiert wird, obwohl eigentlich operiert werden müsste.

Wie finden Sie das deutsche Modell Orthopädie und Unfallchirurgie?

Das hat uns sehr zu denken gegeben. Wir haben vermehrt Vertreter der deutschen Fachgesellschaft zu uns nach Österreich eingeladen. Aber wir haben den Eindruck, dass die Zusammenlegung der chirurgischen Grundausbildung, auch die Auflösung im Common Trunk, eine fachspezifische Entwicklung nicht wirk-

lich garantiert. Weder die konservativen Fähigkeiten eines Orthopäden werden darin weitreichend genug abgebildet noch die unfallchirurgischen.

Auch in Deutschland soll die Weiterbildung geändert werden. Common und Special Trunk entfallen, die Weiterbildung wird also nicht mehr nach Zeiten organisiert. Stattdessen soll sie in vier verschiedene Kompetenzlevel eingeteilt werden, in denen bestimmte Kompetenzblöcke – Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten – erworben werden können. Wie sieht das in Österreich aus?

Wir haben in der Orthopädie ein solches Ausbildungssystem bereits etabliert. Wir haben die Kenntnisse in 18 Module gefasst, die der Auszubildende während seiner Ausbildung durchläuft. Die Kenntnisse, die Erfahrungen und die Fertigkeiten werden in den Abteilungen entsprechend entwickelt. Künftig soll es so sein, dass wir ungefähr drei Jahre Basisausbildung Orthopädie haben und in den letzten zwei Jahren eine gewisse Modularisierung bzw. Spezialisierung. Auch andere Aspekte, etwa ethische Fragen, sollen dabei berücksichtigt werden. Es gibt in Österreich auch die Möglichkeit, ein Masterprogramm zu durchlaufen. Dafür haben wir ein standardisiertes Ausbildungs-Curriculum entwickelt. Die wissenschaftlich Interessierten können also Wissenschaft machen, unabhängig davon, ob sie an der Uni sind oder nicht. In manchen EU-Ländern ist das schon Pflicht. In den Niederlanden zum Beispiel muss ein Facharzt in Weiterbildung mindestens eine Arbeit geschrieben haben, die in einem Journal mit Impact-Faktor publiziert wurde. Man muss auch auf internationalen Kongressen vorgetragen haben. Ich finde, das ist ein sehr wichtiger Aspekt. Man verlangt von uns evidenzbasiertes Arbeiten, aber die Auszubildenden müssen sich nicht zwingend mit Wissenschaft auseinandersetzen. Wir müssen ihnen zumindest die Möglichkeit dafür einräumen.

Jetzt geht es darum, mit den Unfallchirurgen darüber zu reden, wie dieser

Aus unserem Fach

neue Facharzt aussehen kann. Ob sie sich wie wir einen Orthopäden mit traumato-logischer Kompetenz vorstellen können. Und ob die Struktur der Häuser sich da-ran anpasst.

Sie müssen sich ganz schön beeilen, wenn es 2014/15 mit der neuen Weiter-bildung losgehen soll.

Das stimmt, nächstes Jahr sollen die ers-ten Fachärzte in Weiterbildung in dieses Curriculum eingebunden werden, ohne Übergangsbestimmungen. Die ersten Fachärzte der neuen Prägung werden wir dann also 2020/21 haben. Bis dahin haben wir Zeit, die Abteilungen anzu-passen. Das heißt nicht, dass Abteilungen geschlossen werden. Sie sollen nur auf das fokussiert werden, was gebraucht wird. Der österreichische Spitalplan geht für die nächsten fünf Jahre von einer 15-prozentigen Steigerung des orthopä-dischen Bedarfes aus.

Bis wann müssen Sie Ihre Vorschläge für eine neue Weiterbildung präsentieren?

Bis Mitte Juli. Bis dahin müssen wir uns auf einen Namen geeinigt haben und wie der Fokus der Spezialisierung aussieht. Wir glauben, dass eine drei- oder dreiein-

halbjährige Basisausbildung, die den Be-wegungsapparat orthopädisch und traumatologisch umfasst, eine gute Grundla-ge ist. Das wären Kompetenzlevel 1 und 2. Kompetenzlevel 3 wäre eine zweijähri-ge Modularisierung, bei der man sich auf sein späteres Arbeitsgebiet orientieren kann. Wer in der Niederlassung tätig sein möchte, der kann zwischen den Modu-len Rehabilitation, konservative Therapie oder Schmerztherapie wählen. Derjeni-ge, der Hüften und Knie operieren möch-te, kann Endoprothetik-Module belegen. Level 4 ist ein Level, der sich an die Fach-arztausbildung anschließt, im Rahmen von Additiv-Facharzt-Ausbildungen oder echten Spezialisierungen, etwa Handchi-rurgie. Wir haben auch ein Additiv-Fach für Sportorthopädie und eins für Rheu-maorthopädie.

Können die Traumatologen im nächsten Jahr noch weiterbilden?

Es gibt noch einige Eckpfeiler, die ge-klärt werden müssen. Bei dieser Form der Weiterbildung sind wir ja auf die Traumatologen angewiesen. Die Basis-ausbildung fände dann hauptsächlich in einer orthopädischen Abteilung statt, aber zum Teil auch in einer traumatolo-gischen. Nach der Basisausbildung kann,

wer will, sich unfallchirurgisch speziali-sieren und sich zum Beispiel die Module Osteosynthese oder Schwerverletzten-versorgung aneignen.

Das sind jedoch alles Dinge, die ich mir als Präsident der Orthopädie wünsche und mit denen wir in die Verhandlungen gehen.

Vielen Dank für das Gespräch!

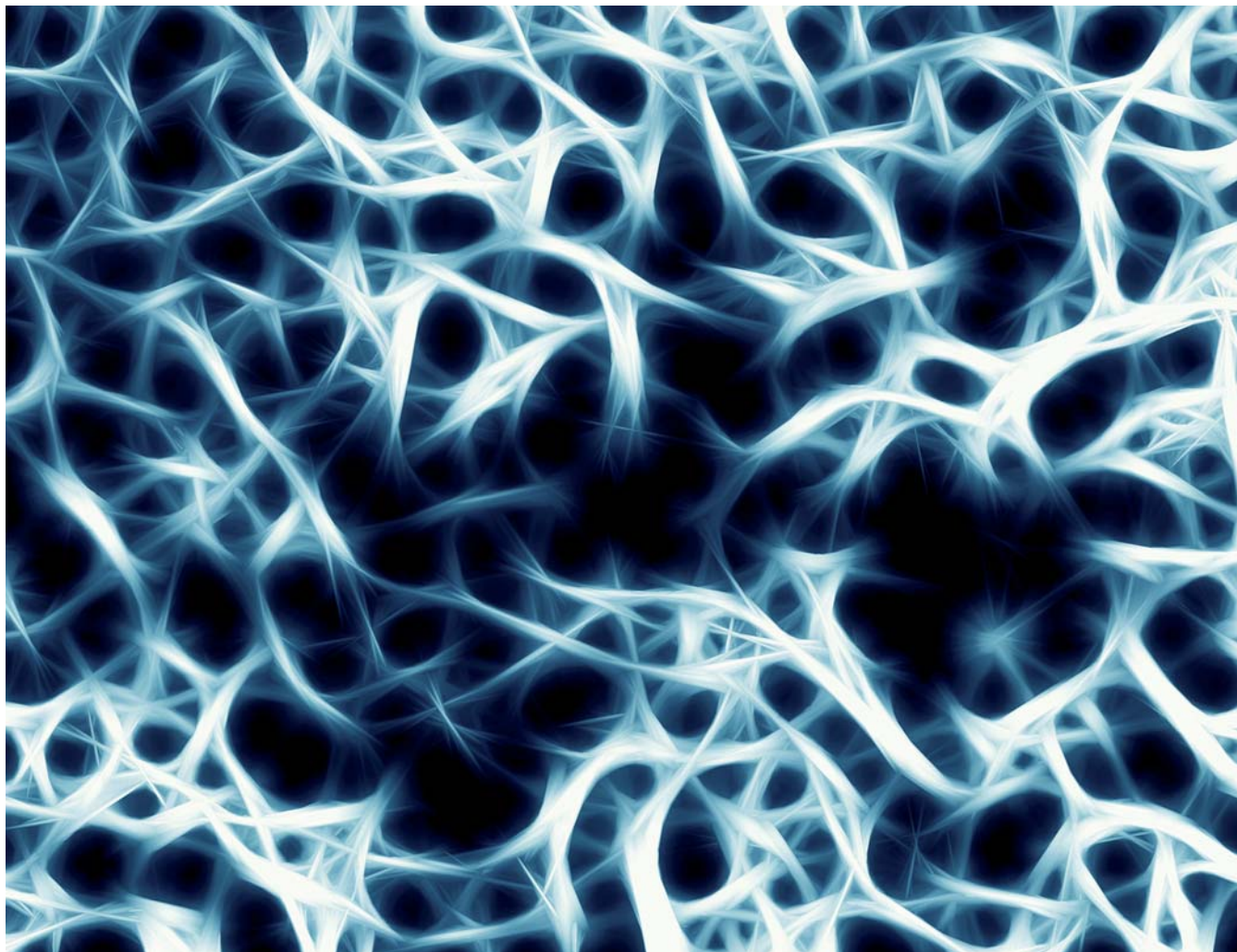
Interview: Jana Ehrhardt-Joswig



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

VORSCHAU

In der nächsten Ausgabe befragen wir einen Vertreter der unfallchirurgischen Fachgesellschaft Österreichs zu seiner Perspektive auf den neu zu schaffenden Facharzt.



Künftig soll es einfacher sein, eine Osteodensitometrie zu Lasten der GKV zu verordnen. So hat es der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen.

KNOCHENDICHTEMESSUNG

Neue Richtlinie zur Osteodensitometrie

Die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen zu können, wurden gelockert. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Der Beschluss wurde zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Am 10. Mai 2013 wurde er im Bundesanzeiger veröffentlicht und besitzt somit Gültigkeit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat in seiner Sitzung vom 21. Februar 2013 beschlossen, die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Osteodensitometrie bei Osteoporose“ vom 17. Januar 2006 wie folgt zu ändern. In der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ wird die Nr. 7 wie folgt neu gefasst: „Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund

konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, beispielsweise bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht. Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach fünf Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass auf Grund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist.“

Dieser GBA-Beschluss musste zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt werden. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet darüber, ob eine Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angewendet werden darf. Am 10. Mai 2013 wurde der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist damit wirksam geworden.

Primär hieß es in oben genannter Anlage, dass die Osteodensitometrie mittels

Aus unserem Fach

DXA bei Patienten anzuwenden ist, die eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig auf Grund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose besteht. Die Osteodensitometrie mittels DXA konnte also nur dann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose bestand und die Patienten zudem ohne adäquates Trauma eine Fraktur erlitten hatten.

Der GBA hatte ursprünglich einen Auftrag an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vergeben, wonach geprüft werden sollte, ob über die bekannte Indikation hinaus ein Nutzen der Osteodensitometrie mittels DXA bei solchen Personen besteht, die bisher noch keine Osteoporose typische Fraktur erlitten haben, um eine solche Fraktur durch eine wirksame Intervention zu vermeiden. Außerdem sollte geklärt werden, ob die Osteodensitometrie mittels DXA im Therapiemonitoring, also bei der Entscheidung darüber, ob eine Therapieänderung oder -beendigung erfolgen muss, sinnvoll eingesetzt werden kann. Im Ergebnis wurden unterschiedliche Positionen formuliert, deren Wortlaut an mehrere mit dem Krankheitsbild der Osteoporose und mit der Osteodensitometrie beschäftigte Organisationen zur Beurteilung geschickt wurde, darunter auch der Dachverband Osteologie (DVO), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

In ihren Stellungnahmen sprachen sich die Gesellschaften unter anderem für den leitliniengerechten Einsatz der DXA unter Beachtung des Frakturrisikos aus, was auch kürzere Nachuntersuchungsintervalle (im Sinne der Leitlinien zwei

Jahre) beinhaltet. Beispielgebend wurde auf die glukokortikoid-induzierte Osteoporose verwiesen. Die Osteodensitometrie mittels DXA als Goldstandard auch ohne vorangegangene Fraktur und zur Bewertung des aktuellen Frakturrisikos einzusetzen, wurde begrüßt. Ein flächendeckendes Screening mittels DXA zur Feststellung einer Osteoporose wurde abgelehnt. Eine zusätzliche mündliche Anhörung wurde stellvertretend vom DVO wahrgenommen. Hier wurde unter anderem nochmals darauf verwiesen, dass es nur Sinn macht, Patienten mit entsprechendem Risikoprofil zu messen und dann mit einer Therapie zu versorgen.

GKV übernimmt DXA bei medikamentöser Behandlungsabsicht

Letzten Endes unterstützte der G-BA keinen der vorgelegten Änderungsvorschläge vollständig und formulierte in Zusammenschau der Argumentationen oben genannten Beschluss. Der Empfehlung des GBA folgend kann in Zukunft die Osteodensitometrie mittels DXA zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht. Die klinisch manifeste Osteoporose mit osteoporotische Fraktur ist dazu nicht mehr Voraussetzung. Dieser Beschluss ist schlicht folgerichtig und geht mit den Leitlinien für Osteoporose konform. Der GBA verweist darauf, dass die Leitlinie des Dachverbandes Osteologie DVO zwei Jahre als geeigneten Zeitraum für die Reevaluierung einer laufenden medikamentösen Therapie nennt, ohne dies aber obligatorisch mit der Durchführung einer weiteren Densitometrie zu verbinden (Abschnitt 11.2 der Leitlinie). Demnach sei die Knochendichtemessung zur Abschätzung des medikamentösen Therapieerfolges als „nur bedingt taug-

lich“ eingestuft worden. Eine Wiederholungsmessung mit Ziel der Optimierung der Therapieentscheidung wird erst nach fünf Jahren für sinnvoll erachtet. Sie kann jedoch auch früher erfolgen, insofern die Indikation stimmt, nämlich wenn auf Grund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie mittels DXA geboten ist.

Bessere Behandlungsmöglichkeiten

Der GBA selbst wertete den Beschluss als erhebliche Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Osteoporose für betroffene Patienten. Dem kann man zustimmen. Jedoch ist unter den gegenwärtigen Bedingungen der Vergütung eine betriebswirtschaftlich akzeptable Umsetzung des Beschlusses nicht möglich. Aufgabe aller Beteiligten wird es sein, für eine kostendeckende Vergütung zu streiten.

PD Dr. Andreas Roth



PD Dr. Andreas Roth
leitet die Sektion
Osteologie der DGOOC.

MEHR INFOS

Die detaillierten Hintergründe und Begründungen des Beschlusses sind auf der Webseite des Gemeinsamen Bundesausschusses nachzulesen: www.gb-ba.de → Beschlüsse → Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Osteodensitometrie bei Osteoporose

Foto: Techniker Krankenkasse



Das Curriculum „Interdisziplinäre Notfallmedizin“ berücksichtigt sowohl medizinische als auch organisatorische Inhalte.

ZENTRALE NOTFALLAUFNAHME

Qualifizierte Fortbildung für Notfallmediziner

Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) fordert einen eigenen Facharzt für die Notaufnahme. Der Arbeitskreis Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin hält dem ein Curriculum für eine zertifizierte Fortbildung „Interdisziplinäre Notfallmedizin“ entgegen.

Die Einrichtung zentraler Notaufnahmen ist vor drei Jahrzehnten erstmalig beim Neubau von Großkliniken verwirklicht worden. Ausgangspunkt waren damals medizinische Überlegungen, für Notfallpatienten so rasch wie möglich eine gezielte und fachspezifisch angemessene Behandlung gewährleisten zu können. Unter medizinischen und zunehmend auch unter wirtschaftlichen Aspekten [1, 2] scheint sich das Modell einer zentralen und interdisziplinären Notaufnahme unter bestimmten Voraussetzungen zu bewähren, wobei Daten zur Effizienz bezogen auf die Versorgungsstrukturen in Deutschland bislang über „Fallberichte“ hinausgehend nicht verfügbar sind [11].

Unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck innerhalb des Gesundheitssystems einerseits und Änderungen bei

der Verfügbarkeit ärztlicher Mitarbeiter andererseits scheint es heute mehr als je zuvor erforderlich zu sein, medizinisch interdisziplinär genutzte Bereiche dort, wo es baulich und prozessual möglich ist, zu zentralisieren, das heißt gemeinsam zu nutzen [7]. Dies gilt auch für Notaufnahmen, die in Kliniken älterer Struktur noch für jedes Fachgebiet getrennt vorgehalten werden. Zentrale interdisziplinäre Notaufnahmen müssen vor allem die Fachkompetenz für die häufigsten und die relevanten medizinischen Bereiche tatsächlich an 365 Tagen und rund um die Uhr akut verfügbar vorhalten.

Notfallversorgung muss nach Facharztstandard erfolgen

Von Seiten der Fachgebiete, die wesentlich an der Versorgung von Notfallpatienten

beteiligt sind, wird dem Streben nach einem eigenen Facharztes für die zentrale Notaufnahme – zum Beispiel Facharzt für innerklinische Notfallmedizin – auf verschiedenen Ebenen entgegengehalten, dass eine rasche und qualifizierte Notfallversorgung von Patienten primär fachbezogen und nach jeweiligem Facharztstandard erfolgen muss. Desweiteren ist die Weiterbildung in diesem Sektor fester Bestandteil einer jeden Facharztweiterbildung. Besonders deutlich ist dies im Common Trunk in der Weiterbildung des chirurgischen Gebietes [4].

Häufig wird von den Befürwortern eines neuen Facharztes vor allem in der öffentlichen Diskussion auf die schlechte Qualität der Notfallversorgung und insbesondere ungeordnete Prozessabläufe – wie zum Beispiel lange Wartezeiten – hingewiesen.

Aus unserem Fach

wiesen [5]. Beide Argumente scheinen eher Ausdruck sowohl eines organisatorischen Defizits als auch eines Mangels an ausreichend vorgehaltenen personellen Ressourcen zu sein. Diese Defizite zu erkennen und im Sinne eines Qualitäts- und Risikomanagements zu beheben, muss entschieden vor Ort angegangen werden.

Höhere Überlebenschancen in einer interdisziplinären ZNA

Bei verschiedenen Krankheitsbildern konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass die adäquate und fachbezogene initiale Behandlung das patientenbezogene Behandlungsergebnis signifikant positiv beeinflusst [3, 6, 8, 9, 10, 13]. Dies gilt für den Herzinfarkt und den Schlaganfall ebenso wie für die akute intrazerebrale oder intraabdominelle Blutung oder die Mehrfachverletzung eines Unfallopfers. Zeitliche Verzögerungen im Rahmen der

Notfallbehandlung führen zu einer signifikanten Verlängerung der gesamten Behandlungsdauer und des stationären Aufenthaltes [12]. Eine zentrale Notaufnahme, in der die Interdisziplinarität der Notfallversorgung gewährleistet wird, birgt daneben für die Patienten mit akuten und lebensbedrohenden Erkrankungen oder Verletzungen die Chance einer höheren Überlebenschancen („golden hour“ der Schwerverletztenversorgung, der Behandlung von intrazerebralen Blutungen oder akuter respiratorisch/kardialer Erkrankungen).

Pädiatrische Notaufnahmen sollen nach den Vorstellungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin auch in Zukunft aufgrund einer besonderen Infrastruktur und der besonderen Ausbildung des pflegerischen Personals weiterhin getrennt von einer zentralen Notaufnahme betrieben werden, soweit innerhalb der Klinik eine eigene

Abteilung für Pädiatrie vorhanden ist. Unfallverletzte Kinder und chirurgische Notfälle sind nach chirurgischem Facharztstandard zu behandeln, unbenommen hiervon sind Absprachen mit der Pädiatrie vor Ort. In den Fällen, in denen es keine eigene Kinderklinik gibt, können pädiatrische Notfälle auch in einer zentralen Notaufnahme gesichtet werden, um diese dann nach dem notwendigen Facharztstandard (zum Beispiel Anästhesie, Chirurgie, Pädiatrie, Unfallchirurgie etc.) zu behandeln. Dazu kann die Verlegung erforderlich sein.

Curriculum „Interdisziplinäre Notfallmedizin“ berücksichtigt medizinische und organisatorische Inhalte

Der interdisziplinäre Arbeitskreis „Notaufnahme“ der Fachgesellschaften, welche in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zusammengeschlossen sind, hat vor diesem Hintergrund im Jahr 2010 Empfehlungen zur Etablierung von zentralen Notaufnahmen herausgegeben, die von dem Grundsatz geleitet sind, dass die Notfallbehandlung aller Patienten nach Klinikeinlieferung fachbezogen bzw. bei komplexen Erkrankungen/Verletzungen interdisziplinär erfolgen muss und die entsprechenden Maßnahmen – Organisation, Qualitäts-/Risikomanagement und bedarfsgerechte Allokation von fachärztlicher und pflegerischer Kompetenz – zwingend umgesetzt werden müssen [14].

In Bezug auf die ärztliche Qualifikation in einer zentralen Notaufnahme wurde folgendes vereinbart: Für denjenigen Personenkreis, der eine dauerhafte Tätigkeit in einer Notaufnahme oder eine leitende Position innerhalb einer zentralen Notaufnahme anstrebt, wurde in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern eine zertifizierte Fortbildung unter dem Dach der DIVI mit dem Titel „Interdisziplinäre Notfallmedizin“ erarbeitet. Das derzeitige Curriculum für diese Qualifikation wird gleichermaßen medizinische als auch organisatorische Inhalte berücksichtigen. Für Assistenten in Weiterbildung ist keine zusätzliche Qualifikation vor Antritt der Tätigkeit in einer Notaufnahme erforderlich. Für die Erlangung der zertifizierten Fortbildung ist die Erfüllung folgender Kriterien vorgesehen:

LITERATUR

- 1 Platz E, Bey T, Walter FG. International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country. *J Emerg Med* 2003;25(2):203-210.
- 2 Bey TA, Hahn SA, Moecke H. The current state of hospital-based emergency medicine in Germany. *Int J Emerg Med* 2008;1(4):273-277.
- 3 Deuschl G, Topka H, Heide W, Busse O. Die Versorgung neurologischer Patienten in der Notaufnahme. *Aktuelle Neurologie* 2009;36:1-4.
- 4 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGfC. Zur Problematik Zentraler Notaufnahmen. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 2006(5. Okt. 2008): www.dgch.de/downloads/dgch/Aktuelles/ZentrNotaufnahme_DGCH-DGIM_Vs_17_10_06.pdf.
- 5 Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. *Emerg Med Australas* 2007;19(4):300-2
- 6 Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363(9411):768-774.
- 7 Lackner CK, Wendt M, Ahnefeld FW, Koch B: Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk. *Notfall Rettungsmed* 2009; 12: 25-31
- 8 Marler JR, Tilley BC, Lu M, et al. Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. *Neurology* 2000;55(11):1649-1655.
- 9 Proulx N, Frechette D, Toye B, Chan J, Kravcik S. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *Qjm* 2005;98(4):291-298.
- 10 Velmahos GC, Fill C, Vassiliu P, Nicolaou N, Radin R, Wilcox A. Around the clock attending radiology coverage is essential to avoid mistakes in the care of trauma patients. *Am Surg* 2001;67:1175-1177
- 11 Gimmler C, Somasundaram R, Wöfl C, Gries A. Interdisziplinäre Notfallaufnahme – aktueller Stand und Ausblick. *Anästhesiol Intensivmed* 2009; 50: 108-119
- 12 Bernhard M, Pietsch Ch, Gries A: Die Interdisziplinäre Notfallaufnahme. Organisation, Struktur und Prozessoptimierung. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2009; 44: 454-459
- 13 Zylka-Menhorn V: Die Leitlinien müssen eingehalten werden. Das Papier "Eckpunkte - Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik". *Dtsch Ärztebl* 2008; 38: A1956-A1957
- 14 Gries A, Seekamp A, Welte T, Wygold Th, Meixensberger J, Deuschl G, Galanski M, Sybrecht G. (2010) Notfallbehandlung: Zentral und interdisziplinär. *Dtsch Arzteblatt* 107: A268-A269

DIVI-ARBEITSKREIS NOTAUFNAHME

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH, vertreten durch die DGU)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJM)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)

- Eine abgeschlossene Facharztausbildung in einem der in der DIVI vertretenen Fachgebiete (Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie/Neurochirurgie und Pädiatrie).
- Eine 24-monatige Weiterbildungszeit in einer zentralen Notaufnahme, hiervon können bis zu zwölf Monate in der Facharztweiterbildung angerechnet werden; des Weiteren sind bis zu sechs Monate Tätigkeit auf einer Intensivstation der DIVI-Fachgebiete anrechenbar. Für das Gebiet der Chirurgie bedeutet dies unter Berücksichtigung des Common Trunk eine nochmalige Zeit von zwölf Monaten Tätigkeit in einer zentralen Notaufnahme nach dem Facharzt.
- Die erfolgreich abgeschlossene bereits bestehende Zusatzqualifikation präklinische Notfallmedizin.
- Die Fachkunde Notfall-Röntgen, Weiterbildung in der Sonografie für Notfallmedizin sowie einen stets aktuellen Nachweis für die Unterweisung im Strahlenschutz sind erforderlich.

Das Curriculum der theoretischen Inhalte umfasst nach aktuellem Stand vier Module von etwa je 40 Stunden, welche sich inhaltlich in erster Linie nach Leitsymptomen ausrichten. Die Module werden von allen Fachgebieten mit Inhalten und Referenten ausgestaltet. Daneben wird es weitere fachbezogene Module geben, die spezielle Inhalte der einzelnen

Fachgebiete enthalten sollen. Hier können auch von den Fachgebieten schon bisher etablierte Kursformate vorge schlagen und zur Anerkennung gebracht werden.

Weiterbildungseinrichtungen werden Kliniken sein können, die eine zentrale Notaufnahme betreiben und die in der DIVI vertretenen Fachgebiete als Hauptabteilung innerhalb der Klinik führen. In den Fällen, wo einzelne Fachgebiete nicht geführt werden, muss zur Vermittlung der praktischen Inhalte gegebenenfalls eine Rotation in eine andere Klinik erfolgen. Die Weiterbildungsinhalte sind durch die beteiligten Fachgebiete bzw. Fachabteilungen vor Ort zu vermitteln, und deren Erfüllung ist durch sie zu bestätigen. Maßgebend ist hier die jeweils für das Fachgebiet vorhandene Weiterbildungsermächtigung. Eine Prüfung ist im Rahmen der zertifizierten Fortbildung nicht vorgesehen. Es reicht der Nachweis der einzelnen erbrachten Leistungen. Sodann wird seitens der DIVI nach Überprüfung der Ausbildungsstätten das entsprechende Zertifikat ausgestellt werden können.

Curriculum als Zusatzqualifikation in neuer Weiterbildungsordnung

Das durch die hier vertretenen Fachgesellschaften gemeinsam erarbeitete Curriculum wurde erstmalig Ende 2012

auf dem DIVI-Jahreskongress der Öffentlichkeit vorgestellt. Mit der Bundesärztekammer (BÄK) wurde im September 2012 vereinbart, dass dieses Curriculum in der neuen Musterweiterbildungsordnung als Zusatzqualifikation bzw. als Kompetenz eines höheren Levels aufgenommen werden kann. Bis dahin werden die Module erstmalig in der zweiten Hälfte dieses Jahres unter dem Dach der DIVI als Kurse einer gleichnamigen Fortbildung mit Erlangung eines Zertifikates angeboten werden. Die Ankündigung und Abwicklung der Kurse erfolgt über die DIVI.

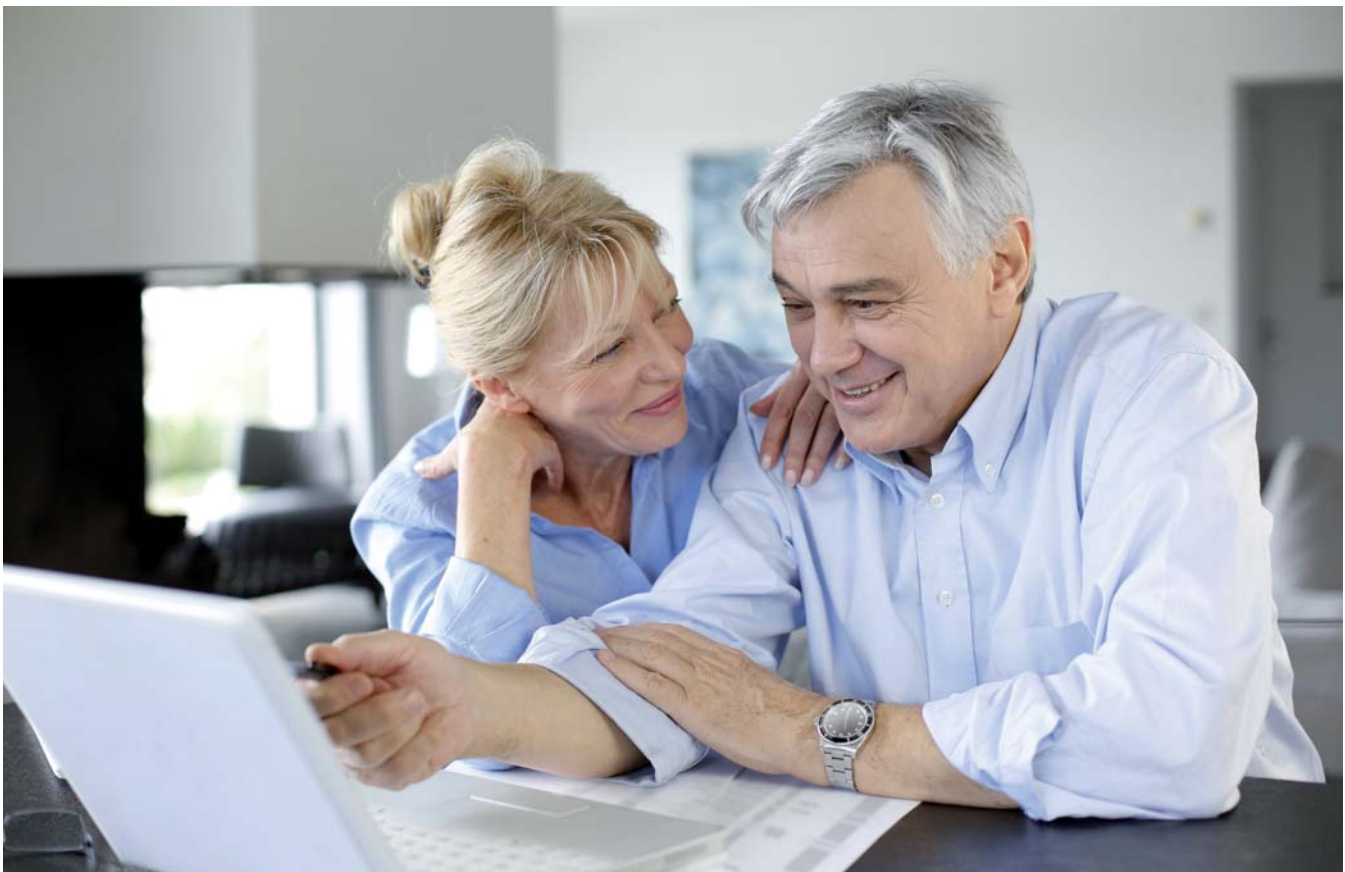
Arbeitskreis ist nun Sektion

Zu Beginn dieses Jahres hat sich der bisherige interdisziplinäre Arbeitskreis als Sektion der DIVI mit dem Titel „Interdisziplinäre Notaufnahme“ etabliert, um auch gegenüber der BÄK und den Landesärztekammern offiziell als „Organ“ auftreten zu können. Fristgerecht wurde über die DIVI nun auch das dargestellte Curriculum über die WIKIBÄK-Plattform zur Berücksichtigung in der neuen Musterweiterbildungsordnung eingestellt. Dies erschien notwendig, um der Eingabe der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) und deren Vorstellung eines Facharztes für die innerklinische Notfallmedizin etwas entgegenzusetzen.

Prof. Dr. Andreas Seekamp



Prof. Dr. Andreas Seekamp ist für die DGU im Arbeitskreis „Notaufnahme“ der DIVI.



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

AOK-KRANKENHAUSNAVIGATOR

Qualitätsinformationen müssen belastbarer werden

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

Einleitung

2010 sind durch die AOK zusätzlich zu bisherigen Veröffentlichungen im Rahmen der Weißen Liste neue Ergebnisse für die Ergebnisqualität im Bereich „Kniegelenks-Totalendoprothese bei Gonarthrose“ online veröffentlicht worden. Hierbei wurden die Kliniken im Rahmen des sogenannten „Qualitätssicherung mit Routedaten-Verfahrens“ (QSR-Verfahren) durch Betrachtung von vier Indikatoren, die sich auf peri- und postoperative Komplikationen beziehen, nämlich „ungeplante orthopädische Folgeoperation am selben Knie (Revisionsoperation) während der Erstbehandlung und bis ein Jahr danach“, „chirurgische Komplikationen während der Erstbehandlung und bis 90 Tage danach“, „Thrombose oder Lun-

genembolie während der Erstbehandlung und bis 90 Tage danach“ und „Sterblichkeit während der Erstbehandlung und bis 90 Tage nach Aufnahme“ beurteilt [1]. Das Qualitätsziel besteht darin, dass solche Komplikationen seltener als im Durchschnitt aller Kliniken auftreten.

Das Verfahren berücksichtigt Erstimplantationen einer Kniegelenkstotalendoprothese bei AOK-Patienten in einem Zeitraum von drei Jahren (derzeit 2008 bis 2010). Patienten mit innerhalb von zwei Jahren vorangegangener Implantationsoperation am gleichen Gelenk sowie Patienten mit bei Aufnahme bestehender Komplikation durch orthopädische Endoprothesen werden ausgeschlossen. Die Indikatoren werden nach Alter, Geschlecht und Begleiterkrankungen der

Patienten risikoadjustiert. Die zur Erfassung der Komorbidität verwendete Definition nach Elixhauser umfasst insgesamt 31 Erkrankungen [2].

Zu den risikoadjustierten Komplikationsraten wurden Konfidenzbereiche auf einem Signifikanzniveau von 95 Prozent ermittelt, anhand derer anschließend die Kliniken in drei Kategorien eingeteilt wurden: überdurchschnittlich (obere 20 Prozent = „Drei-Baum-Kliniken“), durchschnittlich und unterdurchschnittlich (untere 20 Prozent = „Ein-Baum-Kliniken“). Kliniken mit weniger als 30 Fällen wurden nicht kategorisiert. Revisionen traten bei unterdurchschnittlichen Kliniken 1,58-mal häufiger als erwartet auf (rohe Rate 3,93 Prozent), bei überdurchschnittlichen Häusern 0,60-

mal seltener als erwartet (rohe Rate 1,50 Prozent).

In einem Qualitätsindex werden die vier Qualitätsindikatoren zusammengefasst, um auch bei geringer Indikatorprävalenz einen aussagekräftigen Vergleich zu ermöglichen. Dazu wird die Anzahl der Patienten ermittelt, bei denen mindestens ein Indikator relevantes Ereignis zu verzeichnen war. Das bedeutet, dass die einzelnen Indikatoren in ihrem Gewicht für die Zählung identisch sind. Ereignisse in verschiedenen Indikatoren werden im Index nur einmal gewertet; so werden zum Beispiel Patienten mit einer chirurgischen Komplikation und anschließenden Revisionsoperation im Index nur einfach berücksichtigt (3). Der kategorisierte Index wird im AOK-Krankenhausnavigator durch ein bis drei Lebensbäume symbolisiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie steht dem für das Bewertungssystem des AOK-Krankenhausnavigators genutzten QSR-Verfahren kritisch gegenüber. Dies liegt in erster Linie daran, dass vermutet wird, dass im besagten Verfahren das individuelle patientenbezogene Risiko für Komplikationen nicht hinreichend berücksichtigt wird. Viele der unterdurchschnittlich bewerteten großen orthopädischen Kliniken übernehmen nämlich die Versorgung besonders komplikationsträchtiger Fälle. Demgegenüber werden Kliniken mit hoher Fallzahl mehrheitlich als überdurchschnittlich bewertet. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die angewendete Risikostratifizierung und -adjustierung weitere mit dem Auftreten von Komplikationen assoziierte Patientendispositionen angemessen berücksichtigt.

Diese Überlegungen führten dazu, dass die DGOOC, der AOK-Bundesverband und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), unterstützt vom Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VLOU) und der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE), eine Arbeitsgruppe gründeten, deren Ziel es ist, die Risikoadjustierung im QSR-Verfahren zu überprüfen. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, um welche patientenrelevanten Endpunkte die Qualitätsbeurteilung neben der Verringerung und Vermeidung von Komplikationen erwei-

tert werden sollte. Folgende Hypothesen werden getestet:

Weitere Indikatoren beeinflussen das postoperative Ergebnis der Knieprothesenimplantation maßgeblich. Es gibt Unterschiede hinsichtlich der Indikatoren zwischen den Kliniken, die überdurchschnittlich und denen, die unterdurchschnittlich abschneiden. Die in der Weißen Liste verwandten Indikatoren nach QSR reichen nicht aus, die Ergebnisqualität nach Knieprothesenimplantation zu beurteilen

Methodik

Zunächst wurden patientenspezifische Parameter identifiziert, die überwiegend gemäß Expertenkonsens auf Basis der aktuellen Literaturlage die Prozedur und das Ergebnis beeinflussen (► **Tab. 1**). Es wurden dabei von den insgesamt 907 Kliniken, für die Einstufungen aus dem QSR-Verfahren vorlagen, zum Vergleich vier unterdurchschnittliche (untere 20 Prozent, ein Lebensbaum) und vier überdurchschnittliche (obere 20 Prozent, drei Lebensbäume) Kliniken nicht-randomisiert ausgewählt. Grundlage waren die Einstufungen der Operationen zwischen 2007 und 2009. Es wurden vor allem Kliniken mit einer hohen Fallzahl betrachtet. In einer Klinik war keine Datenerhebung möglich, woraufhin ein Nachrücker ausgewählt wurde. Insgesamt acht orthopädische Kliniken (ein Baum: dreimal Uniklinik, einmal Maximalversorger; drei Bäume: zweimal

American Society of Anesthesiologists-Score, ASA-Score

| |
|--|
| Komorbiditäten |
| ◆ Diabetes mellitus |
| ◆ Koagulopathien |
| ◆ periphere arterielle Verschlusskrankheit |
| Beinachse präoperativ |
| Bewegungsausmaß Knie präoperativ |
| Body-Mass-Index |
| Kellgren- und Lawrence-Score |
| Alter |
| Voroperationen |
| Berufsranng des Operateurs |
| stationäre Verweildauer |
| Bewegungsausmaß postoperativ |

Tab. 1 Liste patientenspezifischer Parameter, die die Prozedur und das Ergebnis einer Knieprothesenimplantation beeinflussen

Uniklinik, zweimal Maximalversorger) wurden zur retrospektiven Datenerhebung besucht. Ausgewählt wurden sie auf Grundlage der Liste, die alle orthopädischen Kliniken enthielt, die im Rahmen des QSR-Verfahrens für den Bereich Knieendoprothetik bewertet worden waren und vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) zur Verfügung gestellt wurde. In den überdurchschnittlichen Häusern wurden im Mittel 431 AOK-Patienten behandelt (Min. 226, Max. 749), in den unterdurchschnittlichen Kliniken 354 (Min. 65, Max. 577). Vier Kliniken liegen in Baden-Württemberg, zwei in

DER AOK-NAVIGATOR IN DER DISKUSSION

Der AOK-Navigator dürfte zumindest den Chefärzten bekannt sein, die Hüft- und Knieendoprothesen einbauen. Die „Ergebnisqualität“ ihrer Kliniken wird mit dem AOK-Navigator gemessen. Bei der Beurteilung der Knieendoprothetik fielen Ungereimtheiten auf, die Anlass waren, die Qualität dieses Messverfahrens im Rahmen einer Doktorarbeit zu untersuchen. Die Doktorarbeit wurde von der AOK selbst finanziert. Es hat sich gezeigt, dass der AOK-Navigator bei der Knieendoprothetik Interpretationsschwierigkeiten bereitet. Er ist damit nach Ansicht der DGOOC noch kein geeignetes Instrument, die Ergebnisqualität der Kliniken abzubilden. Andererseits ist die DGOOC der Meinung, dass die Verwendung der Routinedaten für die Qualitätsbeurteilung ein sinnvoller Weg

ist. Andernfalls nämlich müssten die ohnehin mit Bürokratie überbordend beschäftigten Ärzte weitere Dokumentationsbögen ausfüllen und würden vollends den Spaß am Beruf verlieren. AOK und DGOOC werden sich also gemeinsam auf den Weg zur Weiterentwicklung der QSR-Daten begeben.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
General-sekretär
DGOOC

Aus unserem Fach

Niedersachsen und je eine in Bayern und Nordrhein-Westfalen.

Die Kliniken wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen und ihr schriftliches Einverständnis wurde eingeholt, dass die AOK die anonymisierten Abrechnungsdaten den Projektleitern zur Verfügung stellen konnte. Insgesamt sollte das WIdO randomisiert 80 Falldatensätze pro Klinik zur Verfügung stellen. Anhand dieser anonymisierten Datensätze konnten in den Kliniken Patienten(akten) identifiziert werden. Die einzelnen Parameter wurden dann retrospektiv der Patientenakte entnommen, so dass fehlende Angaben und ein uneinheitliches Vorgehen bei der Erhebung des Bewegungsausmaßes akzeptiert werden mussten. Die statistische Auswertung sollte klären, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Indikatoren der Gruppen der überdurchschnittlich und unterdurchschnittlich bewerteten Kliniken vorhanden ist oder ausgeschlossen werden kann. Dabei wurden zunächst Standardverfahren angewandt, welche aufgrund der hohen Drop-out-Raten zu unsicher schienen, um valide Aussagen treffen zu können.

In einem statistischen Zusatzgutachten durch Univ.-Prof. Dr. med. Prof. Dr. Ralf-Dieter Hilgers, Institut für Medizinische Statistik der RWTH Aachen, wurde der Einfluss der durch die Drop-outs bedingten Stichprobenselektion auf die Parameterschätzungen analysiert. Dabei erwies sich die Missing-completely-at-Random-Annahme als verletzt, die für eine bivariate Analyse aller validen Fälle je Parameter vorausgesetzt werden muss [4]. Um die erhebliche Zahl der fehlenden Beobachtungen zu berücksichtigen, wurden aus einem multiplen logistischen Regressionsmodell anhand von Missing-Imputationen Odds Ratios für parameterbezogene Unterschiede zwischen den Klinikgruppen geschätzt.

Ergebnisse

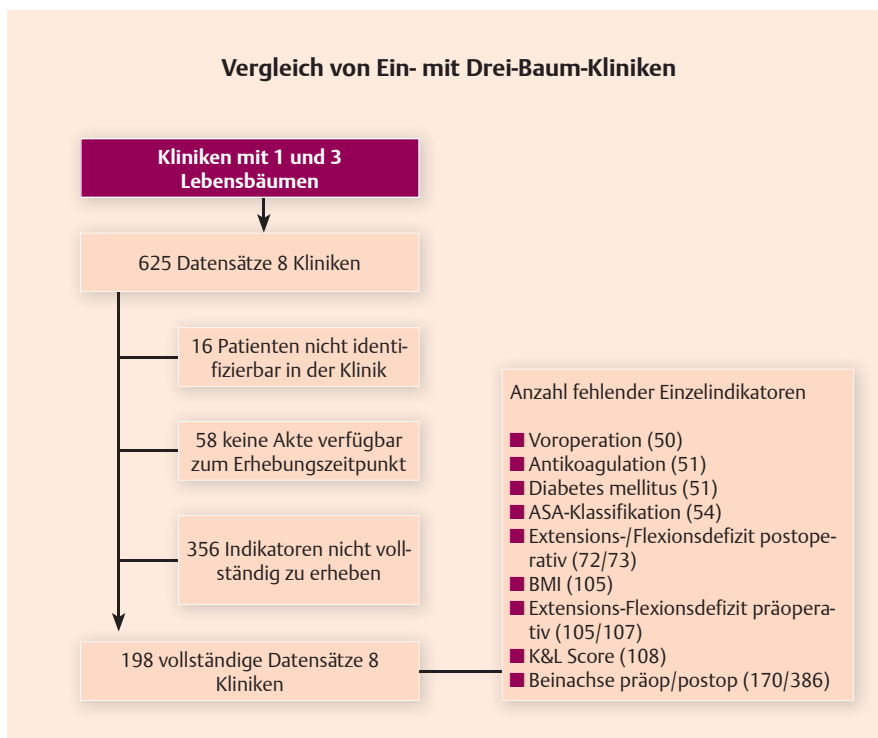
Insgesamt konnte das WIdO 625 Fälle aus den Abrechnungsdaten übermitteln. Die Gesamtzahl reduzierte sich aus den im Flow-Chart-Diagramm (Diagramm 1) angegebenen Gründen. 16 Fälle waren nicht identifizierbar in der Klinik, bei 58 Patienten fehlte die Akte, so dass für 74 Fälle (11,8 Prozent) keine Patientenakte identifiziert werden konnte. Die meisten Patienten (559 von 626, 89 Prozent) wei-

Die DGOOC steht dem für das Bewertungssystem des AOK-Krankenhausnavigators genutzten QSR-Verfahren kritisch gegenüber. Dies liegt in erster Linie daran, dass vermutet wird, dass im besagten Verfahren das individuelle patientenbezogene Risiko für Komplikationen nicht hinreichend berücksichtigt wird.

sen valide Daten für zumindest 4/5 der Merkmale auf. Für 198 Fälle (31,7 Prozent) liegen vollständige Patientendaten vor, was durch fehlende Werte hauptsächlich zur post- und präoperativen Beinachse (386 bzw. 170 Missings) sowie in geringerem Ausmaß zum Kellgren-Lawrence-Score, BMI, prä- und postoperativen Flexionsfähigkeit und Extensionsdefizit (72 bis 106 Missings) bedingt ist. Der Anteil der Drop-outs variiert zwischen den einzelnen Kliniken und ist für die genannten Parameter mit Ausnahme der präoperativen Flexionsfähigkeit und des Extensionsdefizit signifikant in den Drei-Baum-Häusern erhöht.

Von den 625 Patienten waren 73,6 Prozent weiblich und 26,4 Prozent männlich. Das Durchschnittsalter betrug 68,9 Jahre (SD: 9,36 Jahre). Der älteste Patient war 90 Jahre, der jüngste 26 Jahre alt. Patienten mit Alter ≥ 80 Jahren finden sich

bezogen auf die Gesamtzahl von 625 Fällen ähnlich verteilt: 13,1 Prozent in Ein-Baum-Kliniken versus 10,3 Prozent in Drei-Baum-Kliniken (OR 1,31, $p=0,275$). Der Anteil der Patienten mit einer Revision während der Erstbehandlung und bis zu einem Jahr nach Entlassung lag in Ein-Baum-Kliniken bei 7,5 Prozent bzw. in Drei-Baum-Kliniken bei 1,3 Prozent; chirurgische Komplikationen während der Erstbehandlung und bis 90 Tage danach: 7,6 bzw. 5 Prozent; Thrombose oder Lungenembolie während der Erstbehandlung und bis 90 Tage danach: 3,6 bzw. 0,3 Prozent; Sterblichkeit während der Erstbehandlung und bis 90 Tage nach Aufnahme: beide 0,0 Prozent; zu mindestens einem der genannten Ereignisse kam es bei 14,4 bzw. 5,9 Prozent der Patienten. Der Revisionsanteil der vier ausgewählten Ein-Baum-Kliniken ist gegenüber dem Durchschnitt aller Ein-Baum-Kliniken deutlich erhöht (7,5 ver-



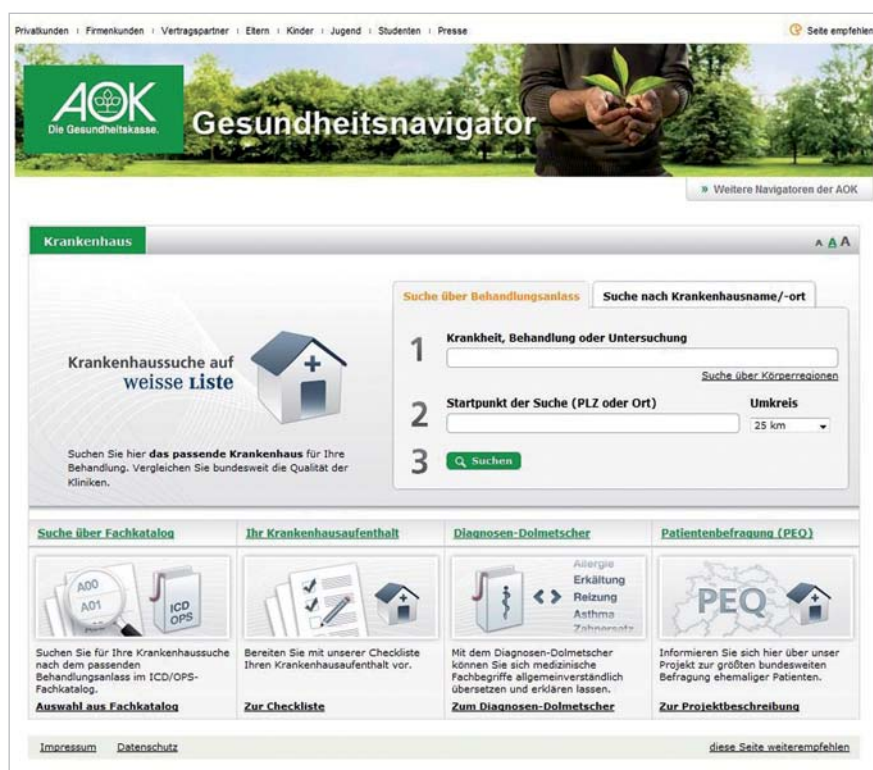
sus 3,9 Prozent); die vier ausgewählten Drei-Baum-Kliniken bewegen sich auf dem Niveau aller Drei-Baum-Kliniken (1,3 vs. 1,5 Prozent).

Die Reanalyse der Daten mittels Multiple-Imputation ergab als „signifikant“ unterschiedliche Faktoren zwischen den Ein-Baum-Kliniken und den Drei-Baum-Kliniken folgendes: Der Anteil der Patienten mit mehr als einer kodierten Komorbidität ist in der Gruppe mit nur einem Lebensbaum höher (OR=0,54, 95 Prozent CI: 0,34; 0,86), so dass davon ausgegangen werden kann, dass die unterdurchschnittlichen Kliniken kränkere Patienten behandeln, die nach gängiger Literaturmeinung auch ein höheres Risikoprofil aufweisen. Darüber hinaus findet sich eine schlechtere Ausgangssituation bei den Ein-Baum-Kliniken hinsichtlich des präoperativ bestehenden Extensionsdefizits [≥ 10 Grad] (OR=0,45, 95 Prozent CI: 0,29; 0,69). Es steht nach der aktuell verfügbaren Literatur außer Frage, dass Beinachsdeformitäten und schlechte Bewegungsausmaße präoperativ einerseits den Eingriff an sich erschweren und andererseits das postoperative Ergebnis maßgeblich beeinflussen. Andererseits durchliefen Patienten in Ein-Baum-Kliniken vor Aufnahme zum Gelenkersatz häufiger Voroperationen, überwiegend Arthroscopien (OR=1,5, 95 Prozent CI: 1,01; 2,23), die ebenso das postoperative Ergebnis beeinflussen können.

Nach der Prothesenimplantation war festzustellen, dass die Drei-Baum-Kliniken vermehrt Patienten aufweisen, die postoperativ ein erhöhtes Extensionsdefizit [> 5 Grad] (OR=6,70, 95 Prozent CI: 3,1; 13,18) behalten, oder eine Fehlstellung der Beinachse [Varus/Valgus > 3 Grad] (OR=2,42, 95 Prozent CI: 1,12; 5,24) aufweisen. Die Analyse der Daten zeigte bezüglich der weiteren Parameter (ASA, Kellgren-Lawrence-Score, präoperative Beinachse, Alter, Berufsranng des Operateurs, Verweildauer) keine Unterschiede zwischen den untersuchten Kliniken.

Diskussion

Die Zusammenhänge zwischen Patientencharakteristiken, postoperativen Resultaten bzw. Komplikationen des Eingriffs der Endoprothesenimplantation am Kniegelenk und der objektiven



Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der DGOOC, des AOK-Bundesverbandes, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, dem VLOU und der AE unterzogen das QSR-Verfahren einer kritischen Analyse. Auf diesem Verfahren beruhen die Informationen, die im AOK-Krankenhausnavigator online abrufbar sind.

Bewertungen der Qualität einer Klinik bzw. einer Fachklinik sind wenig in der Literatur beschrieben. Aus diesem Grund definierte die Arbeitsgruppe der DGOOC, des VLOU, der AE und des WIdO Parameter, die die Qualität des Eingriffs beeinflussen können. So wiesen Santaguida et al. nach, dass das Alter, Geschlecht und Gewicht das Ergebnis des Eingriffs beeinflussen können [5]. Solomon et al. zeigten, dass ein Alter > 70 Jahre, das männliche Geschlecht und eine Komorbidität zu einem signifikant erhöhten Komplikationsprofil (Tod, Lungenembolie, Pneumonie, tiefer Wundinfektion und akutem Myokardinfarkt) innerhalb der ersten 90 Tage führt [6]. Auch ein hoher ASA Score scheint einen Einfluss auf die Häufigkeit postoperativer Komplikationen zu besitzen [7, 8]. Darüber hinaus zeigten Peersman et al., dass ein ASA-Score von ≥ 3 in Zusammenhang mit bestimmten Komorbiditäten-Konstellationen ein erhöhtes Risiko für eine Wundinfektion darstellt [9]. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Diabetes mit einem erhöhten Risiko für die perioperativen Komplikationen der Wundinfektion/-heilungsstörung [10–12], (bei unkontrolliertem Diabetes)

der Mortalität [13] und sogar langfristig schlechtere Funktionalität einhergeht [14].

Zur Untersuchung des Einflusses dieser Parameter wurden jeweils vier Ein- bzw. Drei-Baum-Kliniken miteinander verglichen, indem Abrechnungsdaten von insgesamt 625 Fällen aus dem QSR-Verfahren mit Primärdaten aus den Patientenakten verknüpft wurden. Grundsätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass die Auswahl der Kliniken nicht randomisiert erfolgte und die retrospektive Primärdatenerhebung mit hohen Dropout-Raten konfrontiert war, wodurch Selektionseffekte in den analysierbaren Datensätzen vorliegen können. Trotz der aufwändigen statistischen Analyse lässt sich eine Verzerrung durch die selektive Stichprobenziehung nicht ausschließen. Die erhobenen Ergebnisse zeigen, dass unter den analysierbaren Fällen die unterdurchschnittlich bewerteten Kliniken mehr Patienten mit einer oder mehr Komorbiditäten aufweisen und somit ein Hinweis für unterschiedliche Patientenkollektive vorhanden ist. Allerdings berücksichtigt die Risikoadjustierung

des QSR-Verfahrens bereits Alter und Komorbiditäten der Patienten. Insgesamt 31 Krankheiten, darunter Diabetes, Adipositas, Koagulopathien und periphere Gefäßkrankheiten sind Bestandteil der angewendeten Klassifikation nach Elixhauser und gehen in die Berechnung der adjustierten Komplikationsraten ein. Hierzu muss angemerkt werden, dass es in der Vergangenheit Kliniken gab, die aus abrechnungstechnischen Gründen viele Nebendiagnosen kodiert haben könnten.

In der Drei-Baum-Gruppe finden sich vermehrt Voroperationen in der Vorgesichte, wobei hier nicht differenziert werden konnte zwischen einfachen Arthroskopien und Eingriffen, die die Gelenkinematik beeinflussen (Frakturversorgungen, Umstellungsosteotomien), so

Die Qualitätssicherung mit Routinedaten ist eine wichtige Säule des ärztlichen Arbeitsalltags und vermeidet bürokratischen Mehraufwand. Die orthopädischen Dachgesellschaften und der AOK-Bundesverband wollen das QSR-Verfahren gemeinsam weiterentwickeln.

dass daraus keine Rückschlüsse auf die Beeinflussung gezogen werden können.

In der im QSR-Verfahren schlechter bewerteten Klinikgruppe werden mehr Patienten mit Streckhemmung des Knies operiert. In der Literatur finden sich Hinweise, dass eine Streckhemmung von ≥ 20 Grad einen weiteren Eingriff aufgrund von insuffizienter Bewegungsfunktion, Instabilität oder tiefer Wundinfektion bedingen kann (15). Beinachsdeformitäten und schlechte Bewegungsausmaße

präoperativ erschweren einerseits den Eingriff an sich und beeinflussen andererseits das postoperative Ergebnis maßgeblich. Allerdings betreffen die hier festgestellten Unterschiede in der Streckhemmung Einschränkungen bereits ab zehn Grad. Keine Unterschiede ergaben sich bei präoperativen Beinachsdeformitäten. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass Messmethode und Zeitpunkt der Messung bei Patienten und Kliniken uneinheitlich gehandhabt wurden. Die Messungen fanden in einem Zeitraum von sechs Monaten vor der prästationären Aufnahme bis wenige Tage vor dem Gelenkersatz statt und wurden teils per Hand, teils computergestützt durchgeführt.

Ein postoperatives Extensionsdefizit ≥ 5 Grad ist häufiger in überdurchschnittlichen Kliniken zu verzeichnen. Ein postoperatives Extensionsdefizit bedeutet eine erschwerte Mobilisation für den Patienten und zieht nicht selten eine Revisionsoperation nach frustrierender Physiotherapie nach sich. Dass Patienten in überdurchschnittlichen Kliniken seltener eine Revisionsoperation durchlaufen, kann in dem zu kurzen Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Erstimplantation begründet sein.

Fazit

In der Summe bedeutet das, dass die eingangs aufgestellten Hypothesen wie folgt eingeordnet werden können:

- Weitere Indikatoren beeinflussen das postoperative Ergebnis maßgeblich. Die Hypothese kann aufgrund der Drop-out-bedingten möglichen Selektionseffekte weder bestätigt noch verworfen werden. Der Vergleich der als über- bzw. unterdurchschnittlich bewerteten Kliniken zeigt bezüglich der auswertbaren Fälle zwar einen höheren Anteil von Patienten mit einer Komorbidität in den unterdurchschnittlichen Kliniken, allerdings berücksichtigt das QSR-Verfahren

LITERATUR

- 1 Wissenschaftliches Institut der AOK: Qualitätssicherung mit Routinedaten. www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de (Zugriff am 02.04.2013)
- 2 Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM: Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998; 36(1)
- 3 Graham JW. Missing Data Analysis and Design. Springer, New York. 2012.
- 4 Pasqualina L, Santaguida, PhD et al.: Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review, *Can J Surg*, Vol. 51, No. 6, December 2008 d4
- 5 Daniel H. Solomon et al.: Development of a Preliminary Index That Predicts Adverse Events After Total Knee Replacement, *ARTHROITIS & RHEUMATISM* Vol. 54, No. 5, May 2006, pp 1536–1542
- 6 Hooper GJ, Rothwell AG, Hooper NM, Frampton C.: The relationship between the american society of anesthesiologists physical rating and outcome following total hip and knee arthroplasty: an analysis of the new zealand joint registry. *J Bone Joint Surg Am.* 2012 Jun 20;94(12):1065–70.
- 7 Rauh MA, Krackow KA: In-hospital deaths following elective total joint arthroplasty. *Orthopedics.* 2004 Apr;27(4):407–11
- 8 Peersman G, Laskin R, Davis J, Peterson MG, Richart T: ASA physical status classification is not a good predictor of infection for total knee replacement and is influenced by the presence of comorbidities. *Acta Orthop Belg.* 2008 Jun;74(3):360–4.
- 9 England SP, Stern SH, Insall JN, Windsor RE.: Total knee arthroplasty in diabetes mellitus., *Clin Orthop Relat Res.* 1990 Nov;(260):130–4.
- 10 Malinzak RA, Ritter MA, Berend ME, Mending JB, Olberding EM, Davis KE: Morbidly Obese, Diabetic, Younger, and Unilateral Joint Arthroplasty Patients Have Elevated Total Joint Arthroplasty Infection Rates *The Journal of Arthroplasty*, Volume 24, Issue 6, Supplement, September 2009, Pages 84–88
- 11 Jämsen E et al.: Obesity, Diabetes, and Preoperative Hyperglycemia as Predictors of Periprosthetic Joint Infection: A Single-Center Analysis of 7181 Primary Hip and Knee Replacements for Osteoarthritis, *The Journal of Bone & Joint Surgery.* 2012; 94:e101 1–9
- 12 Marchant MH Jr, Viens NA, Cook C, Vail TP, Bolognesi MP: The impact of glycemic control and diabetes mellitus on perioperative outcomes after total joint arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2009 Jul;91(7):1621–9
- 13 Robertson F, Geddes J, Ridley D, McLeod G, Cheng K.: Patients with Type 2 diabetes mellitus have a worse functional outcome post knee arthroplasty: A matched cohort study. *Knee.* 2012 Aug;19(4):286–9. Epub 2011 Jun 28
- 14 Berend K: Total Knee Arthroplasty in patients with greater than 20 degrees flexion contracture, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Vol 452, Nov 2006 pp 83–87
- 15 Nicholl J: Case-mix adjustment in non-randomised observational evaluations: the constant risk fallacy. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:1010–1013

Komorbiditäten bereits bei der Ermittlung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren. Zur Ausgangsfrage der Untersuchung, ob die Risikoadjustierung möglicherweise nicht ausreichend und ergänzungsbedürftig ist, bleibt die Antwort offen. Präoperative Extensionshemmungen ≥ 10 Grad sind in unterdurchschnittlichen Kliniken häufiger angegeben, andererseits werden voroperierte Patienten dort seltener behandelt. Ob diese beiden Faktoren einen Einfluss auf die risikoadjustierten QSR-Indikatoren (Revisionen etc.) haben, müsste mittels einer fallbezogenen, multivariaten Analyse auf einer größeren, unverzerrten Stichprobe untersucht werden. Dabei müsste insbesondere auf Interaktionen dieser potenziellen Risikofaktoren mit der Klinikzuordnung geprüft werden, um Constant-Risk-Fallacy-Effekte zu vermeiden [16]. Dieser Zusammenhang erscheint von wesentlicher Bedeutung, da die Dokumentation von Komorbiditäten nicht einheitlich gehandhabt wird und darüber hinaus aus ökonomischen Gesichtspunkten unterliegt.

- Es gibt Unterschiede hinsichtlich der Indikatoren zwischen den Kliniken, die überdurchschnittlich und unterdurchschnittlich abschneiden. Die Hypothese kann aufgrund der Drop-out-bedingten möglichen Selektionseffekte weder bestätigt noch verworfen werden. Der Klinikvergleich weist auf erhöhte Anteile von Patienten mit einer Fehlstellung der Beinachse von drei Grad oder mehr und Extensionshemmungen von fünf Grad oder mehr in überdurchschnittlichen Kliniken hin. Es bleibt allerdings unklar, ob diese Faktoren bereits mit den QSR-Indikatoren korreliert sind. Dem müsste in einer fallbezogenen Analyse auf einer unverzerrten Stichprobe nachgegangen werden. Deutliche Unterschiede bestehen allerdings bei den vier für die Knieendoprothetik verwendeten „Qualitätsindikatoren“. So treten Revisionen bei Ein-Baum-Kliniken mehr als doppelt so häufig und Thrombosen circa 12-mal häufiger

auf, während Todesfälle in keiner der beiden Gruppen zu verzeichnen waren. Bei einer Gleichgewichtung dieser Parameter kommt daher der Dokumentationsqualität einer vermeintlich „banalen Thrombose“ besondere Bedeutung zu. Die Auswirkungen derartiger Zusammenhänge müssen in weiteren Studien untersucht werden.

- Die in der Weißen Liste verwendeten Indikatoren nach QSR reichen nicht aus, die Ergebnisqualität nach Knieprothesenimplantation zu beurteilen. Die Hypothese kann als Konsequenz der vorangegangenen Hypothesenbewertungen weder bestätigt noch verworfen werden. Nach Ansicht der Mitarbeiter der Arbeitsgruppe der DGOOC, der AE und des VLOU finden sich allerdings Hinweise, dass das aktuell angewandte Verfahren nicht ausreichend sein könnte, die Ergebnisqualität eines endoprothetischen Eingriffs am Kniegelenk hinreichend genau abzubilden.

Die Qualitätssicherung mit Routinedaten ist aber eine wichtige Säule des ärztlichen Arbeitsalltags, will man vermeiden, dass Ärztinnen und Ärzte mit umfangreichen bürokratischen Dokumentationen überhäuft werden. Die orthopädischen Dachgesellschaften und der AOK-Bundesverband verfolgen gemeinsam das Ziel, das QSR-Verfahren zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Die offenen Hypothesen müssen in einer größer angelegten Studie untersucht werden. Sowohl Klinik- als auch Patientenauswahl sollten dabei randomisiert erfolgen, Drop-out-Raten müssen minimiert werden, Messzeitpunkte und Erhebungsmethoden vereinheitlicht werden. Der Einfluss der zu betrachtenden Parameter auf die QSR-Indikatoren könnte dabei durch eine fallbezogene, multivariate Analyse erfolgen.

Der AOK-Bundesverband hat bereits zugesagt, eine durch eine unabhängige Instanz durchgeführte Studie unter Einbeziehung von orthopädischen Fachexperten zu beauftragen. Auf dieser Grundlage könnte das QSR-Verfahren

in der Knieendoprothetik und auch bei anderen Eingriffen unter Einbindung orthopädischer Fachexperten weiterentwickelt und bei Bedarf die Darstellung im AOK-Krankenhausnavigator überarbeitet werden, damit Patienten und Ärzte sich an belastbaren Qualitätsinformationen orientieren können. Der AOK Bundesverband hat bereits zugesagt, diese prospektive Studie zu finanzieren.

*Prof. Dr. Christian Lüring
Orthopädische Klinik,
Universitätsklinikum Aachen*

*A. Freund
Orthopädische Klinik,
Universitätsklinikum Aachen*

*PD Dr. Stephan Kirschner
Carl Gustav Carus, Technische Universität,
Dresden*

*Jürgen Malzahn
AOK Bundesverband, Berlin*

*Christian Günster
Wissenschaftliches Institut der AOK
(WIDO), Berlin*

*Prof. Dr. Markus Tingart
Orthopädische Klinik
Universitätsklinikum Aachen*

*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
Orthopädische Klinik im Herzogin
Elisabeth Krankenhaus Braunschweig*

*Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär DGOOC, Aachen*



Korrespondierender Autor: Prof. Dr. Christian Lüring
Kontakt: cluring@ukaachen.de



Foto: Fotolia

Konservative Behandlungsmethoden, speziell beim Rückenschmerz, standen im Mittelpunkt einer Sitzung beim DKOU.

RÜCKENSCHMERZEN



Konservative Orthopädie im Fokus

Beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 fand unter dem Vorsitz von Dr. Siegfried Götte, Unterhaching, und Dr. Matthias Psczolla, Oberwesel, eine Sitzung „Konservative Orthopädie/Rücken“ statt. Dem Stellenwert der Konservativen Orthopädie kommt dabei sowohl in der ambulanten wie auch stationären Versorgung ein unersetzbarer Stellenwert zu. Eine Zusammenfassung der Vorträge.

Strukturierte Versorgung orthopädischer Volkskrankheiten

Über die „Strukturierte Versorgung der orthopädischen Volkskrankheiten: Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerz“

sprach Dr. Siegfried Götte, niedergelassener Orthopäde in Unterhaching. Götte legte zunächst dar, dass die Versorgung chronischer Erkrankungen eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellt: Diese verschlin-

ge circa 80 Prozent der Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In der Orthopädie betrifft dies die Rückenschmerzen, Arthrose und Osteoporose. Auf der Liste der chronischen Erkrankungen stehen Rückenschmerzen

– sehr oft verantwortlich für Arbeitsunfähigkeit und der zweithäufigste Grund für Frühberentungen – gleich an zweiter Stelle hinter dem essenziellen Bluthochdruck, die Arthrose nimmt Platz 22 ein. Die Osteoporose kommt zwar erst an 80. Stelle, hat aber aufgrund der stark eingeschränkten Lebensqualität der Betroffenen und der möglichen Reduktion des Frakturrisikos eine besondere Bedeutung. Im Zuge des demografischen Wandels werden künftig immer mehr Menschen an diesen drei orthopädischen Volkskrankheiten leiden. Vor diesem Hintergrund kommen einer qualifizierten fachärztlichen Diagnostik und Identifizierung nach wissenschaftlichen Kriterien sowie fachimmanent orthopädischer bzw. orthopädisch-unfallchirurgischer Erkenntnisse und Fähigkeiten eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu.

Den Mangel an Kompetenz in der Versorgung zeige sich exemplarisch am Beispiel der Osteoporose. Nur 15 Prozent der Patienten würden leitlinienkonform behandelt, beklagt Götte. In Anbetracht der Kosten für die Versorgung osteoporotischer Frakturen in Höhe von fünf Milliarden Euro pro Jahr und der Krankheitslast könne „die Versorgungslage und die Einbindung von fachärztlicher Kompetenz nur als defizitär und nach den Kriterien Unter-, Über- und Fehlversorgung sowohl unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität wie auch gesundheitsökonomisch als katastrophal“ bezeichnet werden. Als verbesserungswürdig sieht Götte die nicht ausreichende Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten in der Frage der Diagnostik und Therapie an. Der konservative Orthopäde muss das Bindeglied sein zwischen hausärztlicher Mitbehandlung und stationärer sowie chirurgischer Weiterbehandlung. Neben dieser Bewusstseinsprägung sollten yellow und red flags als konsentrierte Behandlungsgrundlagen um eine Prävalenz- und altersabhängige Risikoanpassung der Krankheitsbilder ergänzt werden, an denen sich nicht-orthopädische Versorger orientieren könnten.

ANOA-Kliniken: ein Markenzeichen?

Eine „Neue Bewusstseinsbildung für die konservative Orthopädie – ANOA-Kliniken: ein Markenzeichen“ nahm Dr. Hans-Christian Hogrefe, Chefarzt der Konservativen Orthopädie am Klinikum Landau, ins Visier seines Vortrags. Da

Im Zuge des demografischen Wandels werden künftig immer mehr Menschen an Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerzen leiden. Vor diesem Hintergrund kommen einer qualifizierten fachärztlichen Diagnostik und Identifizierung nach wissenschaftlichen Kriterien sowie fachimmanent orthopädischer bzw. orthopädisch-unfallchirurgischer Erkenntnisse und Fähigkeiten eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu.

die Orthopädie bei der letzten Weiterbildungsnovelle dem chirurgischen Fachgebiet untergeordnet worden sei, seien die Richtzahlen konservativer Weiterbildungsinhalte rudimentär und bedienten noch nicht einmal ansatzweise die Erfordernisse nichtoperativer orthopädischer Kompetenzen. Da es in der klinischen Ausbildung wichtiger sei, die Migrationsrate zementierter Hüftpfannen zu erforschen, als sich mit myofaszialen Verkettungsreaktionen zu beschäftigen, müssten sich Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung zusätzliche Qualifikationen aneignen, um den Erfordernissen in der Diagnose und Therapie von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern gerecht werden zu können. „In der nichtoperativen Orthopädie stehen nämlich gerade die funktionspathologischen Fragestellungen an erster Stelle, quasi auf gleicher Höhe mit einer schmerztherapeutischen Kompetenz“, so Hogrefe. Diese Bereiche seien jedoch in den vergangenen zehn bis 15 Jahren zur Domäne der Anästhesisten, Manualmediziner und Osteopathen geworden. Darüberhinaus erschwerten verschärfte Richtlinien der Strahlenschutzverordnung den Zugang für Orthopäden beispielsweise zu interventionellen Schmerztherapieverfahren – wenn nicht gar die Möglichkeit, eine Röntgenanlage selbstständig betreiben zu dürfen.

Diesen Entwicklungen stehen immer mehr Patienten gegenüber, die multimodale funktionelle Analyse und Therapie, schmerztherapeutische Kompetenz sowie verschiedenste reflextherapeutische Verfahren benötigen, um Chronifizierungstendenzen entgegenzuwirken. Aus diesem Grund habe sich Anfang 2002 zunächst als „Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer Akutkrankenhäuser“, jetzt die „Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken“ (ANOA) gebildet. Ihr gehören heute bundesweit 16

Kliniken beziehungsweise Fachabteilungen an. Sie ist verantwortlich für die Entwicklung des OPS 8–977 „Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems“, der in Verbindung mit dem vereinbarten Zusatzentgelt eine kostendeckende Vergütung der akutmedizinischen Versorgung der indizierten Patientenklintel ermöglicht. Unter hohem personellem Aufwand könnten Patienten so auch mit komplexen Krankheitsbildern des Bewegungssystems diagnostisch und therapeutisch interdisziplinär akutmedizinisch adäquat versorgt werden. Hogrefe: „Die ANOA Kliniken stehen somit für eine neue Bewusstseinsbildung in der konservativen Orthopädie. Sie vereinen orthopädische Kernkompetenz mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der manuellen Medizin/Osteopathie, speziellen Schmerztherapie, interventionellen Schmerztherapieverfahren, der physikalischen Medizin, Psychosomatik/Psychologie sowie weiteren komplementärmedizinischen, sozialmedizinischen und reflextherapeutischen Verfahren im akutmedizinischen Bereich. Damit sind sie durchaus als Markenzeichen wahrzunehmen.“

Die Behandlung aus einer Hand

Im Anschluss an Dr. Hogrefe schilderte Dr. Djalintong Siregar †, Speyer, die „Herausforderungen einer Abteilung für Konservative Orthopädie und Schmerztherapie“. Eine stationärer Aufenthalt bei Rückenschmerzen sei angezeigt, wenn trotz ambulanter haus- oder fachärztlicher Versorgung keine Besserung eintritt oder wenn neurologische Defizite auftreten. Während der stationären Behandlung muss abgeklärt werden, ob der Patient operiert werden muss oder ob andere interventionelle Maßnahmen greifen. Außerdem muss eine spezialisierte Physiotherapie begonnen werden, um den Patienten möglichst schnell auf

Aus unserem Fach

die ambulante Weiterbehandlung vorzubereiten. Für eine differenzierte Ursachenabklärung und die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans sei ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und Co-Therapeuten unter orthopädisch-schmerztherapeutischer Leitung von Vorteil. Dieses könne die Behandlung aus einer Hand gewährleisten. „Das Ziel dieser sogenannten multimodalen Komplexbehandlung des Bewegungsapparates bzw. multimodalen Schmerztherapie ist es, neben der Schmerzlinderung vor allem die körperliche und psychische Funktionalität des Patienten im Alltag zu verbessern“, so Siregar. Die Erfahrung zeige, dass auch ambulant „austherapierte“ Patienten von einem multimodalen Behandlungssetting deutlich profitieren.

Konservative versus operative Therapie?

Kann man auf die Frage konservative oder operative Therapie des Rückenschmerzes eine eindeutige Antwort geben? Oder anders ausgedrückt: Ist der Entscheidungsweg zwischen beiden Therapie-Optionen anhand klarer Auswahlkriterien zweifelsfrei definiert? Diesen Fragen, die vor dem Hintergrund steigender Operationszahlen im Bereich der Wirbelsäule zunehmend diskutiert werden, widmete sich Dr. Florian Danckwerth, Kamp-Lintfort, in seinem Vortrag. Zunächst ging er darauf ein, dass Rückenschmerz verschiedenste Ursachen haben kann: funktionelle Blockaden, Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenosen, Wirbelbrüche oder Spondylodiszitiden. Diese müssten differentialdiagnostisch abgeklärt werden, wobei mögliche psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die subjektiven Beschwerdeangaben und Untersuchungsbefunde mit den erhobenen anamnestischen Daten und apparativen Untersuchungsergebnissen zusammenpassen oder der Rückenschmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren hat. All diese Faktoren müssen bei der Entscheidung für eine Behandlungsstrategie berücksichtigt werden. „Je komplexer und schwieriger die Komorbiditäten sind, um so wichtiger ist die interdisziplinäre Abklärung und Zusammenarbeit“, betonte Danckwerth. Er leitet seit 14 Jahren das Zentrum für Konservative

„Möchte die Orthopädie ihre Kompetenz in der Diagnostik und Behandlung des Kreuzschmerzes behalten, wird eine Intensivierung der fachbezogenen Ausbildung dringend erforderlich sein. Diese muss in der Weiterbildungsordnung verankert werden.“

Prof. Dr. Raimund Casser

Orthopädie und Muskuloskeletale Medizin im St. Bernhard-Hospital in Kamp-Lintfort. Diese orthopädisch-schmerztherapeutische Einrichtung kooperiert eng mit dem operativ tätigen Orthopädisch-Traumatologischen Zentrums des Hospitals. Der interdisziplinäre Austausch zwischen den Zentren bilde die Entscheidungsgrundlage für eine eindeutige Behandlungsindikation. „Auch in nicht eindeutigen Fällen wird durch einen gemeinsamen Austausch die Behandlungsstrategie abgeklärt, beispielsweise ob eine OP-Indikation für einen Patienten besteht oder ob konservativ behandelt werden kann“; so Danckwerth. So könnten unnötige operative ebenso wie unnötige konservative Maßnahmen vermieden werden. Danckwerths Fazit: „Konservative und operative Therapie stehen im optimalen Fall nicht im Widerspruch, sondern sind die Chance, mit ihrer Kooperation für eine optimale und individuelle Behandlung von Rückenschmerzen zu sorgen.“

Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“

Auf die Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ (NVL „Kreuzschmerz“) ging Prof. Dr. Raimund Casser, Mainz, in seinem Vortrag ein. Die 2010 publizierte Leitlinie soll dazu dienen, bedrohliche Ursachen (red flags) und psychosoziale Problematiken (yellow flags) rechtzeitig zu erkennen, überflüssige sowie obsoletere Therapiemaßnahmen zu vermeiden und stattdessen evidenzbasierte Maßnahmen zu fördern. Die typischen Elemente einer konservativen orthopädischen Behandlung mit manueller Medizin, Physiotherapie inklusive physikalischer Therapie, diagnostischer und therapeutischer Injektionen (TLA), Verordnung orthopädischer Hilfsmittel sowie Haltings- und Verhaltenstraining gehören allerdings NICHT zu den empfohlenen Therapiemaßnahmen. Casser betonte, dass es sich um eine Leitlinie des „nicht-

spezifischen“ Kreuzschmerzes handle. Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine spezifische Ursachen nachweisen, während der spezifische Kreuzschmerz eine feststellbare Ursache, zum Beispiel Infektion, Tumor, Osteoporose, Fraktur, Radikulopathie hat. Dem Orthopäden komme die Aufgabe zu, die Schmerzursachen abzuklären sowie Funktionsstörungen zu diagnostizieren. Eine Röntgendiagnostik und gezielte Injektionstherapien zählte Casser ebenfalls zum Aufgabenspektrum des Orthopäden, ebenso wie manualmedizinische Therapie und die Verordnung physikalischer Therapie, Krankengymnastik und Ergotherapie oder auch die Verordnung und Anpassung orthopädischer Hilfsmittel.

Bei einem chronischen Kreuzschmerz müsse das klassische orthopädische Spektrum der konservativen Therapie um die Grundlagen der Psychosomatik, den Einsatz psychometrischer Tests, der psychologischen Gesprächsführung, des Entspannungstrainings, der Regionalanästhesie, des Einsatzes von Opiaten (WHO-Stufe III) und Psychopharmaka sowie trainingstherapeutischer Maßnahmen und der Team-Koordination erweitert werden. „Möchte die Orthopädie ihre Kompetenz in der Diagnostik und Behandlung des Kreuzschmerzes behalten, wird eine Intensivierung der fachbezogenen schmerztherapeutischen Ausbildung dringend erforderlich sein“, schlussfolgerte Casser. Diese müsste in der Weiterbildungsordnung verankert werden. Außerdem müssten orthopädische Schmerzkliniken entsprechend der Leitlinien der ANOA sowie der Zertifizierungskriterien der IGOST (Internationale Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie) eingerichtet werden.

*Zusammengefasst von
Jana Ehrhardt-Joswig*



Foto: Fotolia

Bewegung, Sport und Freizeit behinderter Menschen ist ein Arbeitsfeld von vielen der DVfR, die auf eine gelungene Inklusion abzielen und denen sich Ständige Ausschüsse widmen.

DVfR

Für eine individuelle und umfassende Rehabilitation und Teilhabe

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat sich zum Ziel gesetzt (§ 2/1 der Satzung), mit allen geeigneten Mitteln die individuelle und umfassende Rehabilitation Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen, insbesondere ihre Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zu fördern. Sie vereint dafür alle an der Rehabilitation beteiligten Fachbereiche und Menschen mit Behinderung.

Die Mitglieder der DVfR setzen sich aus Personen aus den Bereichen der Rehabilitation, der Behindertenverbände, Personen von Trägern von Einrichtungen, Träger der sozialen Leistung und Vertretern der Berufs- und Fachverbände der Rehabilitation zusammen.

Die DVfR fördert insbesondere (auszugsweise):

- die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den Interessenausgleich aller an der Rehabilitation beteiligten Personen, Einrichtungen, Organisationen wie behinderte Menschen oder ihre Verbände, Leistungsträger, Anbieter von sozialen und gesundheit-

lichen Leistungen, Berufs- und Fachverbände sowie Arbeitgeber;

- die Anregung und Begleitung der einschlägigen rechtlichen Regelungen und sozialpolitischen Vorhaben;
- die Anerkennung und Umsetzung der umfassenden Rehabilitation als einen grundlegenden Teil der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.

Mittel hierzu sind insbesondere (auszugsweise):

- Ausschüsse (ständige und Ad hoc-Ausschüsse),
- interdisziplinäre und allgemein zugängliche Veranstaltungen wie Kongresse, Tagungen und Seminare,

- Herausgabe der Zeitschrift „Die Rehabilitation“, Tagungsberichte und Denkschriften,

- Stellungnahmen zu aktuellen Fragen der Rehabilitation,
- Beratung öffentlicher und privater Stellen unter anderem bei Gesetzgebungen, Projekten, Programm, Tutor-Planungen sowie Richtlinien.

DVfR-Forderungspapier an den Bundestag

Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht interessante aktuelle Maßnahmen aus dem Geschäftsführenden und Hauptvorstand waren ein DVfR-Forderungs-

Aus unserem Fach

papier an die Parteien im Deutschen Bundestag als Input für das Bundestagswahl-Parteiprogramm 2013 mit dem Titel „Die Rehabilitation bietet Chancen zur Bewältigung aktueller sozialpolitischer Herausforderungen“. Zusammenfassend wird darin formuliert, dass die Stärkung der Rehabilitation maßgeblich dazu beiträgt, sozialstaatliches Handeln für die Menschen sichtbar und erfahrbar zu machen. Es wird von den politischen Parteien in Deutschland erwartet, dass sie die Bedeutung der Rehabilitation in der Gesellschaft deutlicher als bisher artikulieren. Erste positive Resonanzen der großen Parteien sind erfolgt.

Eine weitere Stellungnahme zur Finanzierung der Eingliederungshilfe mit gegebenenfalls einer Stellungnahme zur sozialrechtlichen Ausgestaltung von Rehabilitation von Inklusion (sogenannter Fiskalpakt), adressiert an die Bundesparteien, ist in Vorbereitung.

Bedingungen für eine gelungene Inklusion

Von dem Hauptvorstand bzw. Geschäftsführenden Vorstand werden Ständige oder Ad hoc-Ausschüsse (letztere für aktuelle Fragestellungen) benannt. Sie befassen sich mit speziellen Themen und unterbreiten dem Geschäftsführenden Vorstand bzw. Hauptvorstand Stellungnahmen zur Verabschiedung. Allen Ausschüssen ist gemeinsam, dass sie Bedingungen für eine gelungene Inklusion formulieren.

Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht interessant sind folgende ständige Ausschüsse:

- Bewegung, Sport und Freizeit behinderter Menschen
- Perspektiven der geriatrischen Rehabilitation
- Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

- Berufliche Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung.

An Ad hoc-Ausschüssen sind es:

- Förderung breiter Nutzung der ICF im Deutschen Rehabilitationswesen
- Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten
- Aktuelle Probleme bei der Hilfsmittelversorgung
- Versorgung mit Heilmitteln

Versorgungsprozess für Menschen mit Beinamputationen muss besser werden

Im Ad hoc-Ausschuss „Aktuelle Probleme bei der Hilfsmittelversorgung“ wurde ein Papier mit Empfehlungen zur „Verbesserung des teilhabeorientierten Versorgungsprozesses für Menschen mit Beinamputationen unter besonderer Berücksichtigung der Hilfsmittelversorgung“ verabschiedet. In diesem Papier wird insbesondere ein Verbesserungsbedarf bei der Akutversorgung und Rehabilitation von Patienten im hohen Alter mit Multimobilität und zum Beispiel bei Diabetes mellitus gesehen. Ausdrücklich werden Probleme bezüglich des Übergangs Akutversorgung/Rehabilitation (Reha-Lücke) und auch bezüglich der Dauer der stationären bzw. ambulanten (wird zu wenig angeboten) Rehabilitation formuliert. Speziell wird darauf hingewiesen, dass die Standard-Rehabilitation von drei bis vier Wochen bei multimobilen alten Patienten nicht zielführend ist. Hier sind längere Zeiträume gefordert.

Stellungnahmen erfolgen in dem Papier auch zur Indikation und Aufklärung vor der Amputation, zur Amputationsqualität und zu Möglichkeiten der Frührehabilitation. Weiterhin wird die Möglichkeit der wohnortnahen Rehabilitation, insbesondere ambulant, gefordert und auch die frühere Anerkennung der Schwerbehinderung bei bisher bestehenden Wartezeiten von circa sechs Monaten.

Weitere Forderungen des Papiers sind:

- Wahlrecht über Ort und Art der Leistungserbringung
- Case-Management durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für die Anschlussversorgung nach der Akutphase
- Ausbau der mobilen bzw. ambulanten Rehabilitation
- Aufnahme des Gehtrainings in den Heilmittelkatalog
- Insgesamt die Förderung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Ausbau der Datenerhebung, Evaluation und Forschung bezüglich der Rehabilitation nach Amputationen an den unteren Extremitäten

Als weitere Themen, die zukünftig erarbeitet werden sollen, stehen zur Diskussion:

- Die Teilhabe orientierte Rollstuhlversorgung: Hier sieht man unter anderem ein nicht unerhebliches Qualitätsproblem.
- Die orthopädische Schuhversorgung: Hier sieht man unter anderem Prozessprobleme.
- Medizinprodukte-Sicherheit hinsichtlich Wartung und Betreiberhaftung.

Die dargelegten Projekte stellen nur einen kleinen Teil der Arbeitsschwerpunkte der DVfR dar. Über die orthopädisch-unfallchirurgisch relevanten Bereiche bzw. die Entwicklung der Projekte wird in Zukunft regelmäßig berichtet werden.

Prof. Dr. Hans-Peter Kaps



Prof. Dr. Hans-Peter Kaps, Tübingen, ist seit November 2012 Schriftführer der DVfR. Er folgt auf Prof. Dr. Gerner.



Die Kongresspräsidenten PD Dr. Gabriele Lehmann und Prof. Dr. Andreas Roth übergeben den Kongressknochen, das Signet ihrer Präsidenschaft, an ihren Nachfolger Prof. Dr. Matthias Schieker, der den Osteologie-Kongress 2013 in München leiten wird.



Etwa 850 Kongressteilnehmer waren anwesend, als der Entwurf für die neue DVO-Leitlinie Osteoporose vorgestellt wurde.



Prof. K. Peters erklärt in einem Hands-on-Kurs die Durchführung einer Beckenkammbiopsie.



Christine Lieberknecht, seit 2009 Ministerpräsidentin von Thüringen, hatte die Schirmherrschaft über den Osteologie-Kongress übernommen.

Fotos: DVO

OSTEOLOGIE-KONGRESS

Hohe wissenschaftliche Kompetenz

Der diesjährige Osteologie-Kongress fand vom 6. bis 9. März in der Klassikerstadt Weimar statt. Der Dachverband Osteologie (DVO) als Veranstalter hatte der Sektion Osteologie der DGOOC und der Deutschen Gesellschaft für Osteologie (DGO) als ausrichtende Gesellschaften die Verantwortung für die Organisation und Gestaltung des Kongresses übertragen.

Das Congress Centrum Neue Weimarhalle als Austragungsort erwies sich als ausgezeichnete Wahl. Neben der professionellen Betreuung bot die preisgekrönte Architektur im Bauhausstil mit viel Licht in den Gängen und funktionalen Räumen, ausreichend Platz und zentraler Lage ein angenehmes Ambiente als gute Voraussetzung für einen gelungenen Kongress.

Die Schirmherrschaft wurde der Landesmutter Christine Lieberknecht, dem Oberbürgermeister der Stadt Weimar, Dr. Stefan Wolf, und dem Dekan der medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Prof. Dr. Klaus Benndorf, angetragen und von allen gern übernommen. Neben dem unbedingten universitären Anspruch und vor dem Hintergrund der Mutteruniversität der beiden Kongresspräsidenten Prof.

Andreas Roth und PD Gabriele Lehmann in Jena verdeutlichten sie die Unterstützung von Thüringen als Wissenschaftsstandort und von Weimar als Gastgeberstadt.

Wichtige Themen des Kongresses waren unter anderem die renale Osteodystrophie, osteoonkologische Erkrankungen, Knochenerkrankungen bei rheumatoider Arthritis und entsprechende medika-

„Von der neuen Leitlinie Osteoporose erhoffen sich die Kollegen weniger Risiken im Hinblick auf Regressverfahren, Angaben zur Sequenztherapie und zum Frakturrisiko unter Beachtung anderer Frakturen.“

mentöse Therapien, die Osteoporose des Mannes, Schmerztherapie, Geriatrie und Osteoporose. Hoch zu bewerten ist die Vorstellung von Forschungsinitiativen insbesondere von jungen Forschern.

DVO-Leitlinien-Update Osteoporose

Ein Höhepunkt des Kongresses war ohne Zweifel das DVO-Leitlinien-Update Osteoporose 2013, bei dem circa 850 Zuhörer anwesend waren. Ihre Erwartungen hinsichtlich der neuen Leitlinien formulierten die Teilnehmer bereits während der Sitzung. Demnach erhoffen sich die Kollegen unter anderem weniger Risiken im Hinblick auf mögliche Regressverfahren, Angaben zur Sequenztherapie und zum Frakturrisiko unter Beachtung anderer Frakturen. Am Leitlinienverfahren waren 14 Gesellschaften beteiligt. Von den circa 8.500 Publikationen, zwischen 2009 und 2012 publiziert, waren 2.807 für die Auswertung geeignet. Im Ergebnis finden sich viele wichtige Kleinigkeiten, die neu sind. Interessant dürfte in der Zusammenschau nicht nur eine Änderung der Bewertungsgrundlage des Frakturrisikos sein. Einiges wird ergänzt, aber nicht alles wird sich ändern. Manche Erwartungen lassen sich derzeit wohl nicht erfüllen, das gibt die Datenlage einfach nicht her. Die Details werden in den nächsten Wochen zur Diskussion im Internet zu lesen sein, bevor der Konsensusprozess abgeschlossen wird und die Leitlinien Gültigkeit erlangen.

„Skin and Bones – über Architektur und Konstruktion“

Zum Festvortrag hatten die Präsidenten mit Prof. Gerd Zimmermann, dem ehemaligen Rektor der Bauhaus-Universität Weimar, einen Nichtmediziner eingeladen. In seinem Vortrag „Skin and Bones – über Architektur und Konstruktion“ leitete er ausgehend von der Trabekelstruktur des proximalen Femurs zu histori-

schen Entwicklungen tragender Gerüste von Gebäuden (dem Knochen) und deren Verhältnis zur Hülle (der Haut) über. Die wiederholte Rückkehr zu der durch Pauwels vertrauten Spongiosaarchitektur des Schenkelhalses, das Darstellen von Parallelen zwischen amorphen und biologischen Systemen und nicht zuletzt rhetorisches Geschick erzeugten beim Zuhörer immer wieder Erstaunen und eine anhaltende Aufmerksamkeit über den gesamten Vortrag.

Schwerpunktthemen der Osteologischen Seminare seitens der Sektion Osteologie der DGOOC und der AG Osteologie der DGU waren Biomaterialien, Alterstraumatologie, Perspektiven der Bildgebung und das Leitlinien-Update zur atraumatischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen. Die DGU gestaltete eine Freie Sitzung über Werkstoffe für Geweberegeneration im systemisch erkrankten Knochen. Im Anatomischen Institut der Friedrich-Schiller-Universität Jena fanden Hands-on-Kurse zu Knochenbiopsie sowie Kyphoplastie und Vertebroplastie statt.

Die Firma Zeiss stellte für einen Mikroskopierkurs 25 hochwertige Mikroskope zur Verfügung. Die komplexe Darstellung osteologischer Krankheitsbilder mit Einbeziehung histologischer Präparate des Knochens wurde von den Kursbesuchern mit einer lebhaften Diskussion belohnt.

Patiententag: Ernährung und körperliche Aktivität bei Osteoporose

Ein weiterer Höhepunkt des Kongresses war der Patiententag, bei dem Ernährung und körperliche Belastung bei Osteoporose im Mittelpunkt standen. Als wichtiges Ereignis ist in diesem Rahmen die Gründung eines Patientenboards als Interessenvertretung im DVO zu vermerken.

Zum Kongress waren über 1.400 Kollegen angereist. Es war eine sehr gute Stimmung. Die wissenschaftlichen Vorträge waren hoch interessant und berührten aktuelle Aspekte und Fragen. Die hohe wissenschaftliche Kompetenz, vereint und interdisziplinär dargestellt durch eine Vielzahl von osteologisch tätigen Gesellschaften unterschiedlicher Fachdisziplinen, war die wesentliche Grundlage für das Gelingen des Kongresses. Die Organisation durch die Osteologie Akademie (OSTAK) war hervorragend. Ein Kongress, an dem es sich lohnte teilzunehmen.

Die Bedeutung von Orthopädie und Traumatologie und deren Anerkennung durch die osteologischen Fachgesellschaften fand in Weimar ihren Ausdruck, findet aber auch in der Zukunft ihren Niederschlag. Wir freuen uns, dass zum nächsten Osteologie-Kongress in München der Vorsitzende der AG Osteologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Prof. Dr. Matthias Schieker, einer der Präsidenten ist. Als Präsidentin wird gemeinsam mit ihm Prof. Dr. Barbara Obermayer-Pietsch als Vertreterin der Deutschen Akademie für osteologische und rheumatologische Wissenschaften (DAdorW) den Kongress ausrichten.

PD Dr. Andreas Roth

PD Dr. Gabriele Lehmann



PD Dr. Andreas Roth, Mainz, leitet die Sektion Osteologie der DGOOC und war Kongresspräsident.



PD Dr. Gabriele Lehmann, Jena, war ebenfalls Kongresspräsidentin.

Stärkung der Technischen Orthopädie

Vor 20 Jahren gründeten die DGOT und der BVO die Initiative 93, um den Bestand der technischen Orthopädie im Fach Orthopädie zu sichern und den ständigen neuen Herausforderungen gerecht zu werden.

Gibt es noch eine überzeugende Zukunftsperspektive für die Technische Orthopädie in der Orthopädie? Eine richtungweisende Initiative zu dieser Frage kam 1992 von der damals von den Vorständen von DGOT (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, heute: DGOOC – Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) und BVO eingesetzten Kommission Gesamtorthopädie. Die Kernaussage dieser Arbeitsgruppe lautete „Die Orthopädie braucht die Technische Orthopädie unabdingbar, sie gehört zum Selbstverständnis unseres Fachgebietes“ [1]. Das Statement gründete sich gleichermaßen auf Mahnrufe anerkannter Fachvertreter [2, 3] und ein Memorandum der orthopädischen Ordinariatenkonferenz [4].

Dieser Aufruf wurde von 12 Kollegen [5] im Rahmen einer Klausurtagung im März 1993 an der Klinik für Technische Ortho-

pädie und Rehabilitation in Münster als Auftrag zum Handeln angenommen und führte zu folgenden veröffentlichten Forderungen [6]:

- **Zum qualifizierten Nachwuchs in der Technischen Orthopädie:** In der Kommission Gesamtorthopädie wurde beklagt, im Hinblick auf die Besetzung von Abteilungen für Technische Orthopädie fehle es an qualifiziertem Nachwuchs. Die Jüngeren der Unterzeichner [5] betrachteten diese Aussage als Aufruf, sich zur Technischen Orthopädie als Lebensaufgabe zu bekennen.
- **Nachwuchsförderung in der Technischen Orthopädie:** Analog zum Reisestipendium der ASG-Fellows wurde der Antrag an die DGOT gestellt, im Verbund mit den Nachbargesellschaften in Österreich und der

Schweiz ein Nordamerika-Reisestipendium für qualifizierte Nachwuchsförderung in Technischer Orthopädie zu etablieren. Die Finanzierung könnte aus einem Förderfonds erfolgen, der von der orthopädiotechnischen Industrie mitgetragen wird.

- **Repräsentanz der Technischen Orthopädie in Orthopädischen Kliniken:** Die Kommission Gesamtorthopädie [1] stellte fest, dass für eine große Zahl von Patienten ein Bedarf an orthopädiotechnischer Versorgung und Rehabilitation in qualifizierten Zentren bestand und dass gleichzeitig der Fortschritt in Forschung und Entwicklung auch auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum gesichert werden muss. Die Träger orthopädischer Kliniken wurden darum von der Kommission dringend aufgerufen, sich für den Fortbestand und die Einrichtung von Abteilungen für Technische Orthopädie und Rehabilitation verantwortlich zu zeigen. In diesem Zusammenhang baten die Unterzeichner [5] des Aufrufes den Vorstand der DGOT, er möge seine ganze Autorität dafür einsetzen, dass der einzige Lehrstuhl für Technische Orthopädie im deutschsprachigen Raum in Münster als eine wichtige Voraussetzung für den Fortbestand dieses Teilgebietes erhalten bleibe.

KURATORIUM DER INITIATIVE 93 TECHNISCHE ORTHOPÄDIE



Dr. Hartmut Stinus (1)
Schriftführer



Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Sekretär/
Kurskoordinator



Prof. Dr. Christoph Lohmann (1)
Beirat



PD Dr. Ute Maronna (2)
Sprecherin



Prof. Hans Georg Näder
Schatzmeister



Prof. Dr. Hans Henning Wetz (2), Beirat

ohne Bild:
Prof. em. Dr. René Baumgartner, Kurscurriculum
Prof. Dr. Georg Neff, Reisekoordinator

- (1) Delegierte BVOU
- (2) Delegierte DGOOC

Zur Beratung eingeladen werden zu allen Kuratoriumssitzungen die Kollegen Prof. Drs. Braatz, Brückner, Eckhardt, Forst und Stinus.

- **Technische Orthopädie in der Weiterbildung:** Nach Feststellung der Kommission Gesamtorthopädie [1] war diese Weiterbildung an vielen orthopädischen Kliniken nicht in dem erforderlichen Umfang gewährleistet. Darum sollten unter Mitwirkung aller Unterzeichner jährlich zunächst zwei einwöchige Seminare zur Vermittlung von Basiswissen in Technischer Orthopädie auch für das Fachgespräch angeboten werden. Die erfolgreiche Teilnahme an diesen Seminaren sollte, so der Wunsch Voraussetzung für die Anmeldung zur

Facharztprüfung werden. Die Planung dieser Seminare sollte beginnen, sobald ein entsprechender Auftrag von DGOT und Berufsverband hierfür vorlag. Der Lehrinhalt wurde in einem Gegenstandskatalog mit den Kapiteln Prothesen, Orthesen, Orthopädie-Schuhtechnik, Rehabilitationsmittel und operative Behandlung zusammengefasst.

Rasche Entscheidungen der Vorstände von DGOT und BVO

Die den Vorständen von Gesellschaft und Berufsverband vom Unterzeichner als Beschlussanträge vorgelegten Konzepte wurden vollumfänglich genehmigt und unterstützt. In den Mitteilungsheften von BVO und DGOT wurde im Juli 1993 die nachstehende Stellungnahme veröffentlicht:

„Der Vorstand der DGOT begrüßt die Initiative 93 Technische Orthopädie und unterstützt uneingeschränkt die vorgelegten Anträge:

- Die Mitglieder der Initiative 93 TO, vertreten durch Herrn Professor Baumgartner, wurden gebeten, im Auftrag der DGOT einwöchige Seminare für Technische Orthopädie zur Vermittlung der diesbezüglichen Weiterbildungsinhalte für Facharztkandidaten durchzuführen.
- Der Förderfonds Technische Orthopädie wird von der DGOT personell und materiell mitgetragen. Die Mittelverwendung wird von einem Kuratorium entschieden, dem von Seiten der DGOT die Herren Krämer und Niethard angehören. Ein einmaliger Betrag in Höhe von DM 20.000 wird für diesen Förderfonds zur Verfügung gestellt. Es wurde ein Reise-Stipendium eingerichtet für Fachärzte für Orthopädie, die sich klinisch und wissenschaftlich mit der Technischen Orthopädie auseinandersetzen. Es wurde erstmalig ausgeschrieben für das Jahr 1994.
- Die orthopädischen Kliniken, zuerst die Universitätskliniken, werden aufgerufen, in Erfüllung ihres in der Weiterbildungsordnung festgelegten Auftrages die Voraussetzung für eine kompetente Weiterbildung in Technischer Orthopädie an ihrer Klinik zu schaffen durch die Einrich-

tung von verantwortlichen ärztlichen Funktionsstellen für die Technische Orthopädie. Sofern dies nicht kurzfristig umgesetzt werden kann, soll an jeder der oben genannten Kliniken – als provisorische Lösung – ein weitergebildeter Orthopäde für die Belange der technischen Orthopädie gewonnen und verpflichtet werden mit bestimmten kontrollierbaren Minimaloptionen. In dieser Aufgabe werden viele Kollegen eine Chance erkennen, wenn sich Verständnis und Wertschätzung der Orthopädie, konkret zunächst der Klinikleiter, gegenüber der Technischen Orthopädie wesentlich verbessern. Diese Kollegen sollten auch zu der ersten Gruppe gehören, die in den geplanten Weiterbildungsseminaren geschult werden.

- Der Vorstand der DGOT plädiert nachdrücklich für den Erhalt des Lehrstuhls für Technische Orthopädie und Rehabilitation in Münster, nötigenfalls auch vorübergehend unter kommissarischer Leitung, bis ein geeigneter Nachfolger gefunden ist."

Die Stellungnahme war unterzeichnet von Prof. Dr. Wolfhart Puhl, dem damaligen 1. Vizepräsidenten der DGOT, und von DGOT-Präsident Prof. Dr. Ludwig Zichner.

Kuratorium der Initiative 93 TO

Nachfolgend wurden in das Kuratorium der Initiative 93 neben den Delegierten der DGOT Prof. Krämer und Prof. Niethard (Sprecher), als Delegierte des BVO Prof. Krause und Dr. Bernau (Schriftführer), von Seiten der Initiative Prof. Baumgartner und Prof. Neff und als Vertreter der Industrie Herr Hans Georg Näder (Schatzmeister) berufen. Die Delegierten der DGOT/DGOOC wurden 1995 abgelöst durch Prof. Hohmann und Frau PD Maronna (Sprecherin), nach Ausscheiden von Herrn Hohmann seit 2003 Prof. Wetz. Die Nachfolger von Prof. Krause wurden als Delegierte des BVO/BVOU seit 1995 Prof. Grifka und seit 2010 Prof. Lohmann.

Mit mehreren Symposien und zuletzt auf der Kuratoriumssitzung am 30. April 2011 wurde Prof. Baumgartner ehrenvoll verabschiedet. Nachdem er aber fortgesetzt als gefragter Referent unter anderem auf den Fort- und Weiterbildungs-

kursen zur Verfügung steht, das Curriculum dieser Kurse mitgestaltet und eine 3. Auflage des maßgebenden Lehrmittels „Grundkurs Technische Orthopädie“ gemeinsam mit Herrn Greitemann plant und schließlich jedes Jahr in Baden-Baden in unserer Initiative 93 mitwirkt, bleibt er Mitglied des Kuratoriums neben den anderen Mitgliedern: (siehe Kasten)

Als Gäste eingeladen werden die Präsidenten bzw. Vorsitzenden der als Donatoren fungierenden orthopädiotechnischen Verbände bzw. Firmen – dies sind der Bundesinnungsverband Orthopädie-Technik und der Zentralverband für Orthopädie-Schuhtechnik, die Fortbildungsvereinigung Orthopädie-Technik e.V., die Internationale Gesellschaft für Prothetik und Orthetik (ISPO Deutschland e.V.), die Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik und Vertreter der Firmen Otto Bock HealthCare GmbH und Bauerfeind GmbH.

Dem Kuratorium obliegt die Planung der Fort- und Weiterbildungskurse Technische Orthopädie, die Auswahl der Stipendiaten für das Nordamerika-Reise-Stipendium, die Kontaktpflege mit den amerikanischen Gastgebern, gleichermaßen mit den Donatoren, Einwerbung für den Förderfonds, Öffentlichkeitsarbeit für die Technische Orthopädie, Konzept und Pflege der Homepage, Entwicklung eines Logos für die Initiative 93 TO und im weiteren Sinne alle mit den vorgenannten Aufgaben zusammenhängenden Fragen.

Das Kuratorium arbeitet im laufenden Jahr entsprechend der Aufgabenverteilung, die Mitglieder treffen sich mindestens einmal im Jahr anlässlich der Jahrestagung der Süddeutschen Orthopäden in Baden-Baden um den 1. Mai zu einer Jahressitzung.

Fort- und Weiterbildungskurse

Die ersten sieben Fort- und Weiterbildungskurse von 1994 bis 1996 wurden in Münster [3], Berlin (Neff), Heidelberg (Döderlein), Ulm (Puhl/Eckhardt) und Göttingen (Willert) durchgeführt. Eingeladen waren alle mit der Technischen Orthopädie engagierten Kliniken, sich an der Ausrichtung der Fort- und Weiterbildungskurse zu beteiligen. Dadurch wurden Akzeptanz, Entwicklung und Vielfalt der Technischen Orthopädie gefördert.

Aus unserem Fach

An den einzelnen Kursen waren in der theoretischen und praktischen Weiterbildung 24 bis 30 Referenten beteiligt. Das erste Curriculum der Kurse ist im Jahresbericht 1995 [7] niedergelegt. Es war das Ziel, in den Kursen das für das Fachgespräch Orthopädie notwendige Grundwissen zu vermitteln. Am letzten Kurstag wurde seit 1995 ein Abschluss-testat durchgeführt. Analog dazu wurde auch eine größere Reihe von Fragen zur Technischen Orthopädie in dem Fragenkatalog zum Fachgespräch Orthopädie integriert [8]. Die organisatorische Planung der Kursabfolge lag in den Händen von Dr. Greitemann im Auftrag von Prof. Baumgartner, die finanzielle Abwicklung bei Frau Grunau im Sekretariat des Schatzmeisters Hans Georg Näder.

Nur sehr wenige Kliniken sind dem Aufruf gefolgt, ihre in der Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie befindlichen Mitarbeiter für die Fort- und Weiterbildungskurse freizustellen. Ganz überwiegend mussten die jungen Kollegen für die zunächst einwöchigen Kurse Urlaub nehmen und die entstehenden Kosten selbst tragen. Dadurch kam es in späteren Jahren auch vereinzelt zu Kursen mit zu wenigen Teilnehmern, wodurch sich die Kosten zulasten des Förderfonds der Initiative 93 TO natürlich noch mehr erhöhten. Das Ziel einer Basisausbildung für alle Orthopäden war nur erreichbar, wenn die – damals vierzigstündigen – Weiterbildungskurse für Technische Orthopädie zum Pflichtkanon der Weiterbildung für das Fachgebiet Orthopädie festgeschrieben würden. Nur mit einer solchen intensiven Fortbildung kann der in der Weiterbildungsordnung zum Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgeschriebene „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Technischen Orthopädie und Schulung des Gebrauches orthopädischer Hilfsmittel einschließlich ihrer Überprüfung bei Anproben und nach Fertigstellung“ näherungsweise vermittelt werden für alle Fachartzkandidaten, in deren Ausbildungskliniken Orthopädische Werkstätten nicht mehr integriert sind.

Diesen Antrag hatten DGOT und BVO am 1. November 1995 an das Referat Weiterbildung der Bundesärztekammer gestellt – leider erfolglos. Der Antrag wurde später wiederholt vorgetragen, aber ihm wurde bis heute nicht stattgegeben.

Der Problematik der ganzwöchigen Klinikabwesenheit – auch für die Referenten – wurde seit 2004 durch Einrichtung zweiteiliger Kurse über jeweils drei Tage unter Einbeziehung eines Wochenendes Rechnung getragen. Diese Kurse wurden gut angenommen und zeitweise auch durch vertiefende, mit praktischen Übungen verbundene Spezialkurse ergänzt. Das Kurssystem wurde weiter standardisiert mit zu drei Viertel konstanten Inhalten. Die jeweils lokalen Kursleiter konnten die Planung mit geeigneten Mitarbeitern aus Klinik und Werkstatt vervollständigen. Wesentlich unterstützt wurde die Werbung für die Fort- und Weiterbildungskurse durch Einführung einheitlicher Flyer mit tatkräftiger Unterstützung durch die Firma Otto Bock (Lothar Milde). So wurde durch frühzeitige Verteilung auf den orthopädischen Kongressen eine langfristige Zeitplanung für die Teilnehmer ermöglicht. In den Jahren 1993 bis 2007 wurden 24 Fort- und Weiterbildungskurse Technische Orthopädie angeboten. Dem dringenden Bedarf entsprechend haben die Profs. Baumgartner und Grei-

fung am Ende des 5. Moduls ein Zertifikat Technische Orthopädie und damit auch ein Kompetenznachweis gegenüber den Kostenträgern erworben werden. Im Einzelnen beinhalten die fünf Module folgende Themen:

- **Modul 1:** Orthetik
- **Modul 2:** Amputationschirurgie und Prothesenversorgung
- **Modul 3:** Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittsläsion, Kinderorthopädie
- **Modul 4:** Schuhtechnik, Kompressionstherapie
- **Modul 5:** Wiederholungs- und Prüfungskurs
- **Modul 6:** Spezielle Amputationschirurgie: Operationskurs, der sich speziell an chirurgisch tätige Kollegen richtet. An Leichenpräparaten werden die amputationschirurgischen Techniken im Detail erlernt.

In den Jahren 2008 und 2009 wurden die fünf Module separat an verschiedenen Terminen angeboten, seit 2010 werden die Module 2 und 4 sowie 1 und 3 terminlich zusammengefasst, das heißt, die

„Die Orthopädie braucht die Technische Orthopädie unabdingbar, sie gehört zum Selbstverständnis unseres Fachgebietes“

temann im Thieme Verlag einen „Grundkurs Technische Orthopädie“ herausgegeben als ergänzende Grundlage für die Fort- und Weiterbildungskurse Technische Orthopädie [11].

Mit der Abschaffung der bundesweiten orthopädischen Beratungsstellen für die Kriegsofferfürsorge trat eine zusätzliche Kompetenzlücke ein, die zu verstärkten Forderungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gemeinsam mit der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) nach kompetenten Ansprechpartnern flächendeckend über Deutschland auf dem Gebiet der Technischen Orthopädie führten. Diese Forderungen trafen zusammen mit der Zusammenführung der beiden Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie.

Zertifiziertes Modulsystem für Orthopäden und Unfallchirurgen seit 2008

Mit dem 2008 eingeführten – aus fünf Modulen bestehenden – Kurssystem kann nach erfolgreicher Abschlussprü-

fung sehr konzentrierten Kurse laufen über drei Tage von Freitag bis Sonntag. Die Teilnehmerzahlen von über 100 bis 2009 wurden erst wieder 2012 erreicht. Der Zuschuss aus dem Förderfonds der Initiative lag von 2008 bis 2011 zwischen gut 11.000 und 7.000 Euro, im Jahr 2012 – im Zusammenhang mit den Teilnehmerzahlen – deutlich niedriger.

Die Fort- und Weiterbildungskurse fanden seit 1994 in 13 verschiedenen orthopädischen Kliniken unter 17 Kursleitern statt. Seit 2008 werden die oben genannten Module 1 – 5 konzentriert über ein Jahr an drei Terminen angeboten und jährlich als ein Kurs benannt, das heißt, in 2012 fand der 31. Kurs statt. Seit 2011 dürfen auch jeweils bis zu fünf Orthopädietechniker und/oder Orthopädienschuhtechniker an den Kursen teilnehmen. Die Kursinhalte, -termine und -regulieren sind auf der Homepage der Initiative 93 TO vollständig einsehbar.

Bis 2012 wurden über 1.300 Orthopäden, auch Unfallchirurgen in den

Fort- und Weiterbildungskursen weitergebildet. Bei dem Prüfungskurs 2012 haben über 20 Kandidaten das Zertifikat Technische Orthopädie erworben. Mit der Ärztekammer Baden-Württemberg ist für Oktober 2013 als Pilotveranstaltung ein Fort- und Weiterbildungskurs Technische Orthopädie verabredet, der unter Leitung von Prof. Greitemann und Dr. Eckhardt für Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm durchgeführt werden soll. Dabei sei von der Ärztekammer avisiert, solche Kurse bei entsprechendem Erfolg – zunächst auf der Ebene der Landesärztekammer – als Dauereinrichtung festzuschreiben.

Repräsentanz der Technischen Orthopädie in orthopädischen Kliniken

Auf ein Anschreiben von Prof. D. Hohmann benannten 21 deutsche Universitätskliniken die in ihren Kliniken für Technische Orthopädie verantwortlichen Fachkollegen [7]. Analoge Antworten aus über 170 nicht universitären orthopädischen Kliniken mit Benennung der für Technische Orthopädie Verantwortlichen finden sich in den Jahresberichten von 1998 [9] und 1999 [10]. Daraus ließ sich eine erfreuliche Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Technischen Orthopädie ablesen. Damals war eine verstärkte Einbindung der jeweils für Technische Orthopädie verantwortlichen Kliniken in die Fort- und Weiterbildungskurse realisiert worden. Diese Initiative verdient nach 15 Jahren eine Neuauflage.

Förderfonds der Initiative 93 Technische Orthopädie

Aus dem Förderfonds der Initiative wird das Reisestipendium für deutsche Ärzte getragen und werden die Fort- und Weiterbildungskurse wesentlich mitfinanziert, weil mit dem Teilnehmerbeitrag die wirklichen Kurskosten nicht gedeckt werden können. Denn nach wie vor finden die Fort- und Weiterbildungskurse auf freiwilliger Basis statt, und sie werden getragen von einem überschaubaren Kreis von in der Technischen Orthopädie versierten Kollegen und Technikern, die mindestens einmal, häufig aber auch zweimal im Jahr zu diesen Kursen anreisen.

Donatoren waren 1993 neben den Trägern der Initiative, der DGOT und dem

BVO die Firmen Otto Bock, Bauerfeind, Biedermann, Motech GmbH, Medi Bayreuth, Ipos, Schein Orthopädie KG und Thämert. Seit 2001 sind von der Industrie nur noch die Firmen Bauerfeind GmbH und Otto Bock HealthCare GmbH als Donatoren übrig geblieben. Gewonnen werden konnten dankenswerter Weise uns nahestehende orthopädietechnische Verbände: Fortbildungsvereinigung für Orthopädie-Technik e. V. (FOT), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesinnungsverband für Orthopädie-Schuhtechnik, Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik und Internationale Gesellschaft für Prothetik und Orthetik (ISPO Deutschland e. V.). Die DGOT hat durch ihren Schatzmeister 1993 ein Unterkonto eingerichtet, damit von dort Spendenbescheinigungen ausgestellt werden können.

Reisestipendium Technische Orthopädie

Ausschreibungstext: Die gemeinsam von DGOOC/DGOU und BVOU getragene Initiative 93 Technische Orthopädie wurde gegründet, um die Technische Orthopädie neben der Breitenförderung (Fort- und Weiterbildungskurse) speziell auch auf dem wissenschaftlichen Sektor (Spitzenförderung) nachdrücklich zu fördern. In diesem Zusammenhang wird vom Kuratorium der Initiative alle zwei Jahre eine Studienreise von vier bis fünf Wochen durch die USA im Zeitrahmen Mitte Februar bis Mitte April ausgeschrieben. Die Reisegruppe setzt sich üblicherweise aus zwei deutschen, einem österreichischen und einem Schweizer Kollegen zusammen. Die Gruppe kann im Sinne der interdisziplinären Kooperation durch einen analog qualifizierten Orthopädietechniker ergänzt werden. Die jeweiligen Gesellschaften beziehungsweise die Fortbildungsvereinigung für Orthopädie-Technik e. V. benennen ihre Kandidaten – in Abstimmung mit dem Kuratorium der Initiative 93 TO – und tragen die Reisekosten in Höhe von derzeit 6.000 Euro für ihren TO Fellow.

Als Bewerber kommen nur Fachärzte für Orthopädie beziehungsweise für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Österreich, der Schweiz und Deutschland infrage, die sich klinisch und wissenschaftlich mit Technischer Orthopädie auseinandersetzen. Sie müssen in der Lage sein, Vorträge über eigene Forschungsergebnisse aus diesem Gebiet anlässlich der Klinikbesu-

che in englischer Sprache zu halten. Für deutsche Bewerber ist die Mitgliedschaft in BVOU und/oder DGOU Voraussetzung, für Schweizer und Österreicher diejenige in ihren Fachgesellschaften. Die Bewerber sollen in der Regel nicht über 40 Jahre alt sein.

Die schriftlichen Bewerbungen für das jeweilige Fellowship sind unter Beifügung eines Lebenslaufes mit Foto, einer Publikations- und Vortragsliste, Angaben über Mitgliedschaften in Berufsorganisationen und über Englischkenntnisse sowie Empfehlungsschreiben, auch des Direktors beziehungsweise Chefarztes der eigenen Klinik bis zum 31. Juli des jeweiligen Vorjahres vor der geplanten Reise an die Sprecherin des Kuratoriums der Initiative 93 Technische Orthopädie einzureichen.

Seit 1993 gingen wiederholte Einladungen an den Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik zur engen Zusammenarbeit mit der Initiative 93 TO. Als Folge dieser Ansprache war bei dem Reisestipendium 1997 erstmalig ein Orthopädiemeister von der Bundesfachschule für Orthopädietechnik in Dortmund (OTM Kokegei) neben drei Orthopäden aus Deutschland und der Schweiz beteiligt. Der gegenseitige Austausch hat sich auch bei späteren Reisen nicht nur innerhalb der Gruppe bewährt, sondern er war auch im fachlichen Austausch mit den Gastgebern sehr willkommen. Dies spiegelt sich auch in den nach jeder TO-Fellowreise veröffentlichten Reiseberichten wieder.

Die Planung der Reiserouten in enger Abstimmung mit den nordamerikanischen und kanadischen Gastgebern erfolgte schwerpunktmäßig durch Prof. Neff (Reisekoordinator), in den letzten Jahren daneben und überwiegend durch Prof. Greitemann. Die praktische Betreuung der Fellows mit Flugtickets und Reisegeld vor, während und nach der Reise und die Abrechnung mit den Nachbargesellschaften in Österreich und der Schweiz für deren Fellows erfolgt durch Frau Grunau im Büro des Schatzmeisters Prof. Näder.

Mit dem Nordamerika-Fellowship wurden 34 Fellows aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bis 2012 ausgezeichnet. Sie sind jetzt überwiegend Mitglieder eines Fellow-Vereins, dem Dr. Armin Koller (Rheine) vorsteht. Un

Aus unserem Fach

ter seiner Leitung finden auch jährlich Symposien zur Orthopädiotechnik auf den Jahrestagung der Süddeutschen Orthopäden in Baden-Baden und dem Deutschen Kongress der Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in Berlin statt.

Zentrales Büro der Initiative 93 Technische Orthopädie 1998 in Bad Rothenfelde

Besonders im Hinblick auf die Planung und Organisation der Fort- und Weiterbildungskurse Technische Orthopädie wurde ein zentrales Büro der Initiative 93 TO eingerichtet, das primär auch für alle anderen Anfragen und Kontakte zur Initiative zuständig ist. Dieses Büro steht seit 1998 unter der Leitung von Prof. Greitemann und hat seither kontinuierlich ausgezeichnete Arbeit geleistet, seit 2011 wieder mit Frau Heike Schulz als verantwortlicher Sekretärin.

Diesem Büro obliegen alle organisatorischen Aufgaben im Zusammenhang mit den Fort- und Weiterbildungskursen, Kontakte mit und Anfragen von Referenten und Kursteilnehmern, Ausstellung von Zertifikaten für Kursteilnehmer und Urkunden für Fellows, die Kursabrechnung im Zusammenwirken mit dem Büro des Schatzmeisters (Frau Grunau) in Duderstadt, Erstellung von Kursstatistiken, Informationen nach Kursabschluss an die Donatoren und die Kuratoriumsmitglieder, die Pflege der Homepage [12] et cetera.

LITERATUR

- 1 Kommission Gesamtorthopädie: Bericht über 2. Klausurtagung. Orthopädie Mitteilungen 4/1992, 277-278
- 2 Marquardt E: Orthopädiotechnik, integrierter Bestandteil der Orthopädie oder Spezialgebiet, Z. Orthop. 125 (1987) 600-604
- 3 Marquardt E und R Baumgartner: Zur Situation der Orthopädiotechnik. DGOT-Mitteilungsblatt 3/1988, 10
- 4 Memorandum zur Struktur und Ausstattung einer Orthopädischen Universitäts- und Hochschulklinik, vorgelegt von der Ordinarienkonzferenz im Fach Orthopädie am 12.04.1989 in Frankfurt
- 5 Baumgartner, Münster; Bernau, Tübingen; Brückner, Leipzig; Doll, Berlin; Eckhardt, Ulm; Greitemann, Münster; Grifka, Bochum; Murri, Stolzalpe; Neff, Berlin; Schilling, Münster; Stinus, Göttingen; Wetz, Zürich

Zusammenfassung

Nur noch sehr wenige Kliniken in Deutschland verfügen über eine eigene orthopädische Werkstatt. Darum ist der in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgeschriebene „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der technischen Orthopädie und Schulung des Gebrauches orthopädischer Hilfsmittel einschließlich ihrer Überprüfung bei Anproben und nach Fertigstellung“ für Assistenzärzte im Rahmen der klinischen Weiterbildung leider meist unmöglich. Diese Lücke in der Weiterbildung zu schließen, hat sich die Initiative 93 Technische Orthopädie seit 20 Jahren zur Aufgabe gemacht. Sie vermittelt Basiswissen durch Fort- und Weiterbildungskurse (Breitenförderung) und bietet ein Reise-Stipendium Nordamerika für qualifizierte Nachwuchsförderung an.

Der Erfolg eines Aufrufes von 12 Kollegen gründet sich auf die hellsichtige und nachhaltige Unterstützung durch die Vorstände von DGOT und BVO im Jahre 1993. Dieser Beistand führte auch zum Erhalt des damals bei der Emeritierung von Herrn Prof. Baumgartner gefährdeten einzigen Lehrstuhls für Technische Orthopädie im deutschsprachigen Raum in Münster. Erfolgreich blieben bis dahin leider nachhaltige Bemühungen auch der wissenschaftlichen Gesellschaft, diese Fort- und Weiterbildungskurse in den Pflichtkanon zur Facharztprüfung einzubinden. Aber es konnten 1.300 Ärzte für

Orthopädie und Unfallchirurgie in den Fort- und Weiterbildungskursen weitergebildet werden, mit dem Nordamerika-Fellowship wurden 34 Fellows aus den drei deutsch sprechenden Ländern ausgezeichnet. Das ist letztlich eine sehr erfreuliche Bilanz intensiver Bemühungen einer gewachsenen, aber immer noch relativ kleinen engagierten Expertengruppe.

Seit Gründung der Sektion Technische Orthopädie versteht sich die Initiative 93 TO als vorrangig für Fort- und Weiterbildung in der technischen Orthopädie auf allen Ebenen verantwortliche Arbeitsgruppe der Sektion.

Ausblick

Unverändert und sogar in noch viel stärkerem Maße als vor 20 Jahren wandelt sich das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie unwiderruflich zu einem ganz überwiegend operativen Fach. Die Mehrheit der Patienten unseres Fachgebietes bedarf aber einer seriösen konservativen Behandlung. Voraussetzung dafür ist von ärztlicher Seite neben Zuwendungsbereitschaft reiche Erfahrung und Kenntnis nicht-operativer Behandlungsmöglichkeiten – auch im Rahmen der Technischen Orthopädie. Die Rahmenbedingungen, sich auf diesem Gebiet zu engagieren, werden immer weniger attraktiv. So werden auch wesentliche Entwicklungen in unserem Gesundheitswesen unter anderem durch die Gebührenordnung gelenkt. Hier auf der Spur der Präsidenten von 1993 mit innerer Überzeugung vom Wert der Technischen Orthopädie gegenzusteuern, das wäre ein wegleitender Impuls, der von den Leitungsgremien unserer wissenschaftlichen Gesellschaft ausgehen müsste.

Ein anderes realisierbares Ziel ist es, auf unserer Homepage ein Kompetenznetzwerk Technische Orthopädie einzurichten mit Namen und Kontaktdaten ausgewiesener Experten, die auf Honorarbasis als Gutachter für gesetzliche und private Versicherungen zur Verfügung stehen.



Prof. Dr. Andreas Bernau, Tübingen, war Schriftführer der Initiative 93 TO. Er hat sein Amt an Dr. Stinus übergeben.

Wichtige Informationen für uns?

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), kommentiert die kürzlich veröffentlichte Behandlungsfehler-Statistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Alle Jahre wieder werden die Statistiken zu Behandlungsfehlervorwürfen veröffentlicht. Und alle Jahre wieder ist es das Gleiche: Die absoluten Zahlen der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als auch von den Schlichtungsstellen der Ärztekammern gesammelten Behandlungsfehlervorwürfe haben sich gegenüber dem Vorjahr nicht verändert, obgleich die Eingriffs- und Behandlungszahlen ansteigen. Etwa ein Drittel aller Behandlungsfehlervorwürfe bewahrheiten sich „im Sinne des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers“, werden also von den Gutachtern als berechtigt eingestuft. In jedem Jahr hat das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie prozentual die meisten Behandlungsfehlervorwürfe zu verzeichnen. Allerdings sehen die Gutachter nur einen geringen Prozentsatz dieser Vorwürfe als berechtigt an.

Aus Fehlern lernen

Es gilt die Ursachen, die zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen führen, aufzuzeigen, um daraus im komplexen Behandlungsprozess Maßnahmen ableiten zu können, diese künftig zu vermeiden. Diese Ursachenanalyse wird uns jedoch von den Krankenkassen vorenthalten. Ist man gar nicht an einer gemeinsamen Fehleraufarbeitung interessiert? Ist die Statistik nichts anderes als ein Signal der Krankenkassen an ihre Versicherten, dass sie es sind, die aufpassen?

Erfreulich sind die Aussagen von Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS), und von Prof. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK Bayern, die erkennen lassen, dass auch sie im Grunde mit den Informationen, die diese Daten hergeben, wenig in Richtung Fehlervermeidung und Risikomanagement ausrichten können.



Foto: Fotolia

Die AG Fehler-Register des Aktionsbündnisses Patientensicherheit arbeitet daran, transparente Daten zu Behandlungsfehlern zur Verfügung zu stellen.

Wir meinen, die Zeit ist reif für ein Umdenken. Wir benötigen transparente Darstellungen von Daten zu vermeidbaren Vorkommnissen. Diese Informationen bieten die Möglichkeit zur Ursachenanalyse, um Lösungswege aufzuzeigen. Die Publikation von Prof. Dr. Peter Bibertaler et al. („Identifikation von Risikofaktoren anerkannter Vorwürfe von ärztlichen Behandlungsfehlern aus dem Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie“, Unfallchirurg 2011, 114: 768–775) von Daten ärztlicher Schlichtungsstellen zur Analyse der Häufigkeit möglicher Ursachen im unfallchirurgischen Behandlungsprozess zeigte deutlich, welcher Aufwand notwendig ist, um daraus tatsächlich einen Nutzen im Sinne einer Optimierung der Behandlungs- und Patientensicherheit „destillieren“ zu können.

Fazit

Informationen zur Behandlungssicherheit sind wichtig. Sie sind aufwendig zu erstellen und bedürfen eines Konsenses all derjenigen Institutionen, die diese Daten sammeln, bezüglich der Zielsetzung, der Art der Daten und der Datenqualität. Warum setzen sich diese Institutionen nicht an einen Tisch und vereinbaren,

künftig gemeinsam alle verfügbaren Daten zur Behandlungssicherheit unter Bündelung ihrer Ressourcen zu erheben und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, damit sich der immense Aufwand tatsächlich lohnt und diese Informationen Patienten- und Behandlungssicherheit befördern? Erste Ansätze hierzu bietet die Arbeitsgemeinschaft Fehler-Register des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Ich denke, dass wir in ein bis zwei Jahren tatsächlich Daten zu Behandlungsfehlern erhalten, aus denen wir „Honig“ saugen können. Ein wenn auch winziger Fortschritt zeichnet sich in den Kommentaren der MDS-Verantwortlichen zur vorgelegten Datenstatistik 2013 im Vergleich zum Jahr 2010 bereits heute ab.

Prof. Dr. Hartmut Siebert



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGOU und stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Ökonomisierung als Risiko

Patientenrechtegesetz, Personalmangel, Risikomanagement und Hygiene: Dies waren einige der Schwerpunkte, die auf der 8. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) am 18. und 19. April 2013 in Berlin mit rund 160 Teilnehmern diskutiert wurden. Neben Vorträgen und Diskussionen gaben Workshops und Praxistipps Einblicke in die aktuellen Themen der APS-Arbeitsgruppen.

Im Fokus der Tagung stand die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. „Ökonomische Prinzipien stehen prinzipiell nicht im Widerspruch zur medizinischen Ethik“, sagte Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS und Pflegedirektorin der Charité Universitätsmedizin Berlin. „Sobald kommerzielle Aspekte jedoch das Versorgungsgeschehen dominieren, steht eine gute und auch sichere Krankenversorgung infrage.“

Diesem Aspekt widmete sich auch der Impulsvortrag von Prof. Giovanni Maio von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Der Medizinethiker gab zu bedenken: „In Zeiten der Ökonomisierung verlieren wir die Fürsorge aus dem Blick und verraten damit den ethischen Anspruch.“ Die Politik lasse momentan die Frage nach dem Stellenwert der Ökonomie in der Medizin unbeantwortet, wodurch wirtschaftliche Faktoren mehr und mehr ausschlaggebend für die Gesundheitsver-

sorgung würden. Im Spannungsfeld von Bedarf und Rentabilität zeige sich zunehmend ein neuer Qualitätsbegriff: Effizienz im Sinne schwarzer Zahlen und nicht im Sinne einer guten Versorgung. Doch was werde unter solchen Maßgaben aus den aussichtslosen Fällen? Eine derartige Priorisierung wirke sich auch auf die medizinische Ausbildung aus. Maio sprach sich dafür aus, nicht nur instrumentelles Handeln zu befördern, sondern weiterhin eine Grundhaltung zu lehren, für den anderen Menschen Verantwortung zu übernehmen. Perfektion und Kontrolle könnten sich sonst am Ende gegen den Patienten richten.

Patientenrechtegesetz und Fehlermeldesysteme

Eine Podiumsdiskussion mit sechs Experten widmete sich dem Patientenrechtegesetz, das in diesem Jahr nach jahrzehntelanger Vorbereitung in Kraft trat und

dessen konkrete Ausgestaltung an den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert wurde, um die noch offenen Punkte im Gesetz zu korrigieren. Diskutiert wurde, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit darin einfließen sollten. Vor allem ging es dabei um die Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, wie zum Beispiel CIRS (Critical Incident Reporting System).

Umstritten war die Frage, ob deren Etablierung als Teil des Qualitäts- und Risikomanagements von den Krankenhäusern selbst zu finanzieren sei oder ob dies eine neue Art der Qualität darstelle, die nicht mehr Sache der einzelnen Krankenhäuser sei. Einig war man sich darin, dass das bislang veranschlagte Budget absolut unzureichend sei. „Allen Verantwortlichen muss bewusst sein, dass ein funktionierendes Fehlermeldesystem auch mit finanziellem Mehraufwand verbunden



Fotos: Steffi Scherff/APS

Etwa 160 Teilnehmer diskutierten bei der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit über Patientenrechtegesetz, Personalmangel, Risikomanagement und Hygiene.

ist“, sagte Prof. Reinhard Fünfstück vom Verband der Leitenden Krankenhausärzte. Zudem kam man überein, dass eine CIRS-Meldung anonym, sanktionsfrei und freiwillig sein müsse.

Zur Debatte stand auch eine regelmäßige Rückspiegelung der Konsequenzen. „Die Entwicklung einer Fehlervermeidungskultur sensibilisiert und schafft Rechtssicherheit“, sagte Michael Weller vom GKV-Spitzenverband. Dr. Martin Danner von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe plädierte für eine Sicherheitskultur im Gegensatz zu einer Schuldkultur. Zudem gehörten zu einem funktionierenden Risiko- und Qualitätsmanagement auch Befragungen von Patienten und Mitarbeitern.

„Ein Mehr an Patientensicherheit erreicht man, indem man den Werkzeugkasten an Methoden ständig erweitert und Rahmenbedingungen für eine humane Krankenversorgung schafft“, resümierte Dr. Regina Klakow-Franck vom Gemeinsamen Bundesausschuss. „Personalmangel ist der größte Risikofaktor für die Patientensicherheit.“

Overcrowding und Understaffing

Die Auswirkungen von Personalmangel aufgrund von Sparmaßnahmen vieler Kliniken waren auch Thema des Workshops „Overcrowding and Understaffing“.

„Durch die Sparmaßnahmen wurden die Prozesse optimiert, die Verweildauer der Patienten verkürzt und die Arbeitsintensität damit stark konzentriert“, sagte François-Kettner. Internationale Studien belegen Zusammenhänge zwischen personeller Ausstattung und Komplikationsraten. Auch in Deutschland gibt es inzwischen deutliche Hinweise auf solche Korrelationen. Dr. Till Eckmann vom Robert-Koch-Institut und Dr. Frank Schwab vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin stellten Studienergebnisse vor, die belegen, dass beispielsweise die Rate nosokomialer Infektionen mit der Anzahl von Pflegepersonen pro Beatmungspatient korreliert und eine personelle Unterbesetzung sowie Überbelegung auch nachweislich Einfluss auf MRSA-Infektionen (multiresistenter *Staphylococcus aureus*) haben.

Mögliche künftige Aufgaben und Projekte des APS thematisierte der Workshop „APS-Konzept 2020“ von Prof. Hartmut Siebert, stellvertretender APS-Vorsitzender sowie Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die beide zu den Förderern des APS gehören. Zur Diskussion standen ein APS-Gütesiegel „Sicheres Krankenhaus“ sowie die Erstellung eines Indikatorenkatalogs, der die Umsetzung von Maßnahmen zur

Förderung der Patientensicherheit im Rahmen eines strategischen Risikomanagements beschreibt und als Empfehlung für Zertifizierungsunternehmen für diesen Bereich dienen könnte. Einer der Kritikpunkte war, dass die Grundhaltung zur Patientensicherheit sich nicht zertifizieren lasse. Auch die Einrichtung einer APS-Akademie für die Organisation und Vermittlung von speziellen Kursen, Workshops und Wissensvermittlung wurde kontrovers diskutiert.

Miriam Buchmann-Alisch



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

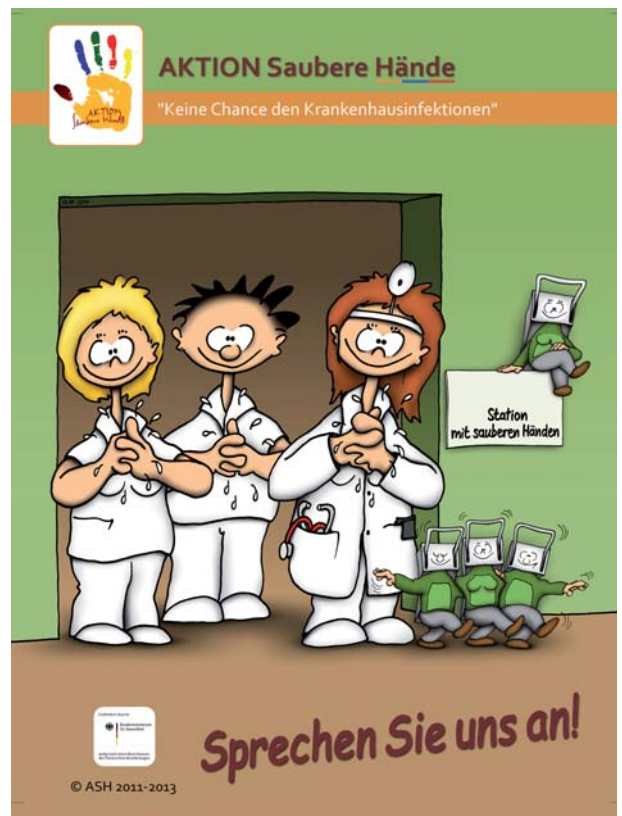
LINK-TIPP

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit im Internet:

www.aps-ev.de



Bei einer Podiumsdiskussion gingen sechs Experten auf das Patientenrechtgesetz ein, das 2013 in Kraft getreten ist.



AKTION SAUBERE HÄNDE

Was wurde erreicht, was ist zu tun?

Die DGOU ist offizieller Partner der „AKTION Saubere Hände“. Beim Partnertreffen Anfang März berichteten Frau Professor Gastmeier und die Projektkoordinatorin Frau Dr. Reichardt über den Stand zu Beginn des sechsten Jahres der Umsetzung des Projektes.

Die „AKTION Saubere Hände“ (ASH) geht auf eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verbesserung der Patientensicherheit zurück (www.who.int/gpsc/en), der sich bislang 162 Staaten und autonome Regionen angeschlossen haben. Dabei steht die Bedeutung der Händedesinfektion bei der Vermeidung von „Gesundheitswesen-assoziierten Infektionen“ im Vordergrund.

Die ASH (www.aktion-sauberehaende.de) arbeitet bereits im sechsten Jahr an der Verbesserung der Compliance der Krankenhausbeschäftigten. Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers und wird vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen (Robert Koch-Institut), dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V. (GQMG) organisatorisch getragen. Finanziert wird die Aktion bis Ende dieses Jahres durch das Bundesgesundheitsministerium.

Die Strategie der „AKTION Saubere Hände“ basiert auf dem multimodalen Interventionskonzept der WHO-Kampagne zur Reduktion nosokomialer Infektionen in stationären Einrichtungen und Praxen durch präventive Maßnahmen, insbesondere der Händedesinfektion. Bei Anmeldung zur Kampagne verpflichtet

sich jede Einrichtung, bestimmte Mindestmaßnahmen umzusetzen. Diese variieren je nach Einrichtungsart. Kernstück ist die Einführung des WHO-Modells „My 5 Moments of Hand Hygiene“, zu Deutsch „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“.

Die Aktion bietet über ihre Homepage Informations- und Kampagnenmaterial an, organisiert Einführungskurse und stellt Materialien zur Fortbildung bereit. Besonderer Beliebtheit erfreut sich die Zertifizierung von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen mit dem Bronze-, Silber- und Gold-Zertifikat. In die Zertifizierung gehen unter anderem ein die Ausstattung der teilnehmenden Stationen mit Spendern bzw. Kitteltaschenflaschen, die Steigerungsraten im Händedesinfektionsmittelverbrauch (HDMV) und – beim Goldzertifikat – der Nachweis der Steigerung der Compliance. Bislang konnten 262 Zertifikate für je zwei Jahre vergeben werden, die ersten Re-Zertifizierungen stehen dieses Jahr an.

45 Prozent der Krankenhäuser beteiligt, Nachholbedarf insbesondere im ambulanten Sektor

Die ASH hat sich zunächst auf Krankenhäuser konzentriert und dadurch relativ hohe Verbreitung gefunden: Zurzeit (März 2013) beteiligen sich über 800 Krankenhäuser, was etwa

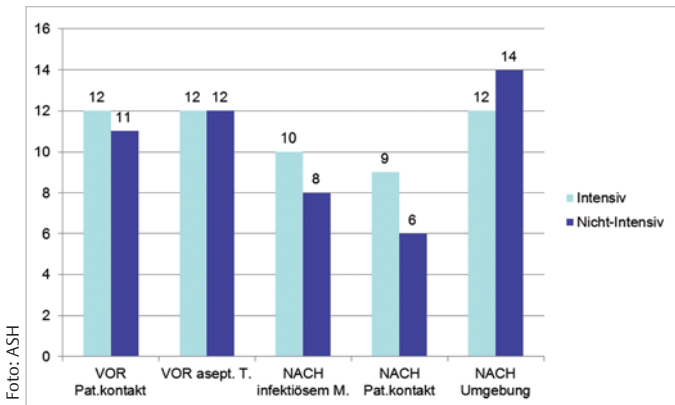


Abb. 1 Differenz der Compliance auf ITS und Nicht-ITS vor und nach der Intervention

45 Prozent aller deutschen Krankenhäuser entspricht. Darunter sind 35 Uniklinika, rund 340 akademische Lehrkrankenhäuser und rund 430 andere Krankenhäuser.

Seit einiger Zeit ist das Aktionsbündnis dabei, verstärkt unter Einrichtungen der Rehabilitation, Alten- und Pflegeheime und ambulanten Einrichtungen zu werben. Bisher werden die ASH-Hygienemaßnahmen nur von 60 Reha-Einrichtungen, 242 Alten- und Pflegeheimen und 183 ambulanten Einrichtungen umgesetzt.

Die „AKTION Saubere Hände“ greift

Es gibt grundsätzlich zwei Messmethoden, um Verhaltensänderungen des Krankenhauspersonals bezüglich der Hygienemaßnahmen festzustellen: einmal durch Beobachtung der

Compliance, zum anderen durch die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs (HDMV). Ersteres ist naturgemäß personalintensiv und wird daher nur zeitweise und in wenigen Kliniken durchgeführt, letzteres ist ein einfach zu erhebender, aber relativ belastbarer Surrogatparameter. Ergebnisse beider Messungsmethoden belegen, dass die „AKTION Saubere Hände“ zu positiven Verhaltensänderungen des Klinikpersonals führt (► **Abb. 1**) Anhand eines Vergleichs von 166 teilnehmenden Krankenhäusern zwischen 2007 und 2011 konnte ein Anstieg des HDMV in Millilitern pro Patient von rund 47,5 Prozent festgestellt werden.

Sicher ist, dass die Problematik der Handhygiene wie auch der Hygiene im stationären und ambulanten Sektor nicht an Wichtigkeit verlieren wird. So schlägt beispielsweise das AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in einem Entwurf eines Berichtes zur Vermeidung postoperativer nosokomialer Wundinfektionen an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor, weitere Qualitätsindikatoren zur Prävention postoperativer Infektionen verpflichtend in die externe Qualitätssicherung einzuführen. Unter anderem ist hier von der verpflichtenden Messung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensiv-, Allgemeinstationen und in ambulanten Einrichtungen, von Teilnahme an Hygieneschulungen und der Durchführung von Compliance-Überprüfungen die Rede.

Die DGOU unterstützt die „AKTION Saubere Hände“

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit mehreren Jahren offizieller Kooperationspartner der ASH. Wir möchten hiermit alle unsere Mitglieder aufrufen, diese Kampagne nach Möglichkeit zu unterstützen.

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Dipl. Pol. Joachim Arndt

| Land | Krankenhäuser 2009 | Zertifikate | Anteil (%) |
|--------------------|--------------------|-------------|-------------|
| Baden-Württ. | 289 | 19 | 6,6 |
| Bayern | 377 | 29 | 7,7 |
| Berlin | 79 | 7 | 8,9 |
| Brandenburg | 52 | 7 | 13,5 |
| Bremen | 14 | 1 | 7,1 |
| Hamburg | 49 | 14 | 28,6 1. |
| Hessen | 182 | 21 | 11,5 |
| Mecklenb.-Vorpomm. | 39 | 4 | 10,2 |
| Niedersachsen | 198 | 27 | 13,6 |
| NRW | 413 | 65 | 15,7 5. |
| Rheinland-Pfalz | 98 | 21 | 21,4 2. |
| Sachsen | 82 | 11 | 13,4 |
| Sachsen-Anhalt | 50 | 9 | 18,0 4. |
| Schleswig-H. | 95 | 8 | 8,4 |
| Thüringen | 42 | 8 | 19,0 3. |
| Saarland | 25 | 0 | 0 |
| Summe | 2064 | 262 | 12,7 |

Tab. 1 Verteilung der ASH Zertifikate



Prof. Dr. Hartmut Siebert ist Generalsekretär der DGOU/DGU.



Dipl. Pol. Joachim Arndt leitet die Geschäftsstelle der DGU.



Ein erster Überblick

Im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten, in Kraft getreten am 26. Februar 2013, werden bereits bestehende Rechtsgrundsätze (Richterrecht) sowie Gesetzestexte gebündelt und als §§ 630 a–h in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) neu eingefügt oder in weiteren Gesetzen oder Verordnungen ergänzt (sogenanntes Artikelgesetz). Die nachfolgende Betrachtung aus haftungsrechtlicher Sicht fokussiert die Regelungen im BGB.

Inhalt und Charakter des Behandlungsvertrags

Schon immer war die ärztliche Behandlung eine Dienstleistung, keine Werkleistung, was nunmehr auch ausdrücklich in das Bürgerliche Gesetzbuch integriert worden ist. Nach wie vor schuldet der Arzt die Dienstleistung, also eine sorgfältige, fachgerechte Behandlung, nicht aber den Behandlungs- oder Heilerfolg.

Die Behandlung hat gemäß § 630a BGB nach den zum Zeitpunkt der Behandlung allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Es ist allgemein akzeptiert, dass der medizinische Standard ständig im Fluss ist. Im Patientenrechtegesetz ist stets vom Behandelnden die Rede, womit klargestellt wird, wer (Krankenhaus, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft oder niedergelassener Arzt) bei vertraglichen Rechten und Pflichten der Letztverantwortliche ist. Unabhängig von etwaigen vertraglichen Pflichten bleiben die den Arzt betreffenden Haftungstatbestände im sogenannten Deliktsrecht (§§ 823 ff BGB) bestehen.

Informationspflichten

Das Gesetz regelt nunmehr in § 630c BGB auch die Informationspflichten des Arztes. Dem Patienten sind in verständlicher Weise sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände (insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen) zu erläutern. Wenn der Therapieerfolg auch davon abhängt, dass der Patient bestimmte Verhaltens-

maßregeln befolgt, ist der Patient zu informieren, und der Arzt hat sich zu vergewissern, dass die Erläuterung verstanden wurde.

Die bisher schon bestehende Pflicht, den Patienten zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch ohne Nachfrage über Behandlungsfehler zu informieren, wird durch das Gesetz ausgeweitet: Der Behandelnde hat, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines – eigenen oder fremden – Behandlungsfehlers begründen, den Patienten über diese Umstände auf Nachfrage zu informieren, auch wenn keine Gesundheitsschäden drohen.

Die wirtschaftlichen Informationspflichten, wenn der Behandelnde weiß, dass eine Übernahme der Kosten nicht gesichert ist, wurden dahingehend erweitert, dass über die voraussichtlichen Kosten zwingend in Textform zu informieren ist. Unterbleiben kann die Information des Patienten ausnahmsweise dann, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Einwilligung

Der Patient ist nicht Objekt der Behandlung, sondern soll als eigenverantwortliches Subjekt über die Durchführung der Behandlung entscheiden können. Daher ist vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten einzuholen. Einwilligungsbedürftige medizinische Maßnahmen sind nicht nur Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit des Patienten, sondern grundsätzlich auch alle sonstigen

therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a, Absatz 1, Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Ohne Einwilligung ist ausnahmsweise eine Maßnahme erlaubt, wenn bei deren Aufschub Gefahren für das Leben oder für die Gesundheit des Patienten drohen, wenn die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und wenn die Durchführung der Maßnahme dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die Einwilligung, die nur dann wirksam sein kann, wenn zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist, kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

Aufklärung

Die Aufklärung hat gemäß § 630e BGB mündlich zu erfolgen, die alleinige Übergabe von Texten und deren Unterzeichnung durch den Patienten reicht nicht aus, die ergänzende Bezugnahme auf Texte ist gestattet, wobei es entscheidend darauf ankommen wird, dass der Patient Gelegenheit hat, Fragen zu stellen. Das Gesetz stellt auch klar, welche Anforderungen an die Person des Aufklärenden zu stellen sind: Es muss sich um einen Arzt handeln, der über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.

Aufzuklären ist insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken der Maßnahme, die Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung der Maßnahme zur

Diagnose oder zur Therapie und über die Erfolgsaussichten der Maßnahme im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Über Behandlungsalternativen ist aufzuklären, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und bewährte Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Die Anforderungen an die Verständlichkeit sind stets patientenorientiert. Verständlich heißt zunächst, dass die Aufklärung für den (fremdsprachigen) Patienten sprachlich verständlich sein muss, sie sollte darüber hinaus (auch für den deutschsprachigen Patienten) nicht in einer übermäßigen Fachsprache erfolgen.

Bestimmte Fristen für die Zeit zwischen der Aufklärung und der Einwilligung legt der Gesetzgeber nicht pauschal fest. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Bei operativen Eingriffen wird es regelmäßig ausreichen, wenn die Aufklärung am Vortag des Eingriffs erfolgt. Ist der Eingriff eilig, kann die Bedenkfrist im Einzelfall verkürzt sein, um einen Eingriff noch am gleichen Tage zu ermöglichen. Wenn die Aufklärung so unmittelbar vor dem Eingriff erfolgt, dass der Patient schon während der Aufklärung mit einer sich nahtlos anschließenden Durchführung der Maßnahme rechnen muss und deshalb unter dem Eindruck steht, sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen zu können, ist die Rechtzeitigkeit nicht mehr gewahrt. Der Patient kann auf eine Bedenkfrist verzichten, was unbedingt zu dokumentieren wäre.

Unterzeichnet der Patient im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung Unterlagen, so sind ihm davon Abschriften (zum Beispiel in Form einer Durchschrift oder Kopie) auszuhändigen. Wie bei der gebotenen Information des Patienten kann auch die Aufklärung ausnahmsweise unterbleiben, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

Dokumentation der Behandlung

Eine Patientenakte ist gemäß § 630f BGB in Papierform oder elektronisch zu füh-

ren. Zu dokumentieren sind in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung die für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, die für die Sicherstellung der derzeitigen oder einer künftigen Behandlung wesentlich sind bzw. sein können. Dazu gehören nicht nur die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, sondern auch Einwilligungen sowie die Aufklärung. Auch Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen. Nachträglich vorgenommene Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen sind.

Einsichtnahme in die Patientenakte

Der Arzt ist nach § 630g BGB verpflichtet, dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen unverzüglich Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. Das Einsichtsrecht bezieht sich auf sämtliche Informationen, die in den Unterlagen enthalten sind, also auch auf persönliche Einschätzungen des Arztes. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Kostenerstattung herauszugeben. Auch Erben können Einsicht begehren, soweit vermögensrechtliche Interessen wahrgenommen werden, nächste Angehörige, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Es sei denn, die Einsichtnahme widerspricht dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. Bei Gewährung von Akteneinsicht sollte die Anwesenheit eines Beauftragten von der Seite des Behandelnden sichergestellt sein.

Beweislastbesonderheiten bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern

Grundsätzlich hat der Patient, der einen Schadensersatzanspruch gegen den Behandelnden durchzusetzen beabsichtigt, die fehlerhafte Behandlung, seinen Schaden und die Ursächlichkeit der fehlerhaften Behandlung für seinen Schaden beweisen (§ 630h BGB). Im BGB sind sechs aus der Rechtsprechung bereits

bekannte Ausnahmen von dieser allgemeinen Beweislastregel mit der Folge der Beweislastverschiebung auf die Arztseite kodifiziert:

Bei sogenannten „voll beherrschbaren Risiken“ (zum Beispiel Geräteanwendung, -sicherheit) wird ein Fehler vermutet, wenn der Gesundheitsschaden des Patienten aus einer Gefahr herrührt, die dem Herrschafts- und Organisationsbereich des Behandelnden zuzuordnen ist, soweit der Behandelnde die Gefahren aus diesem Bereich objektiv voll beherrschen kann (§ 630h Abs. 1 BGB). Dieser Grundsatz gilt nicht, wenn zugleich eine Disposition des Patienten diesen für das verwirklichte Risiko anfällig macht und deshalb für den Behandelnden die volle Beherrschbarkeit des Risikobereichs nicht mehr gegeben ist.

Die Beweislast für eine ordnungsgemäße Aufklärung über sämtliche maßgeblichen Umstände einer Maßnahme und für eine wirksame Einwilligung des Patienten trägt der Behandelnde (§ 630h, Absatz 2 BGB). Weil es sich dabei um einen dokumentationspflichtigen Umstand handelt, ist es dringend geboten, dass der Behandelnde sich (zum Beispiel durch etwaige Formulare) von dem Patienten bestätigen lässt, dass eine bestimmte Aufklärung in einem bestimmten Umfang erfolgt ist und dass der Patient in eine Maßnahme eingewilligt hat.

Wird eine dokumentationspflichtige Maßnahme nicht in der Patientenakte aufgezeichnet, wird vermutet, dass sie nicht getroffen wurde (§ 630h, Absatz 3 BGB). Die Dokumentation soll nicht nur die Therapie des Patienten sichern, sondern auch Rechenschaft über die Maßnahmen des Behandelnden ablegen, um einen Ausgleich zu dem Wissensvorsprung des Behandelnden gegenüber dem Patienten herzustellen. Es empfiehlt sich, standardisierte Vorgehensweisen schriftlich zu fixieren (SOPs), um den Dokumentationsaufwand zu begrenzen.

Steht die mangelnde Befähigung des Behandelnden fest und hat der Patient durch die Behandlung einen Gesundheitsschaden erlitten, so besteht eine Vermutung, dass die mangelnde Befähigung für die aufgetretene Verletzung ursächlich ist (§ 630h, Absatz 4 BGB). An der erforderlichen Befähigung fehlt es dem Behandelnden, soweit er nicht über

Recht und Wirtschaft

die notwendige fachliche Qualifikation verfügt. Dies kommt insbesondere bei Behandelnden in Betracht, die sich noch in der medizinischen Ausbildung befinden oder die als Berufsanfänger noch nicht über die notwendige Erfahrung verfügen.

Ist ein grober Behandlungsfehler (Beweislast patientenseits) nachgewiesen, wird vermutet, dass dieser für den Eintritt des Schadens ursächlich war, wenn ein solcher Fehler auch nur generell geeignet ist, die Verletzung der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen (§630h, Absatz 5, Satz 1 BGB). Dieser Grundsatz gilt dann nicht, wenn – was vom Behandelnden zu beweisen wäre – jeglicher haftungsbegründender Ursachenzusammenhang im Einzelfall äußerst unwahrscheinlich ist oder wenn sich nicht das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als

grob erscheinen lässt oder schließlich, wenn der Patient durch sein Verhalten eine selbstständige Komponente für den Schaden gesetzt hat.

Bei einem einfachen Befunderhebungsfehler kommt es zu einer Beweislastumkehr für die Frage des Ursachenzusammenhangs mit dem tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung zur Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 Prozent) ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dessen Verkennung sich als fundamental oder deren Nichtreaktion auf ihn sich als grob fehlerhaft darstellen würde, und dieser Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen (§630h, Absatz 5, Satz 2 BGB).

Fazit

Insgesamt ermöglicht die Ergänzung des BGB dem Leser einen ersten Überblick über die Vertragsbeziehungen im Behandlungsverhältnis. Detailinformation bietet – wie bisher – ausschließlich die Rechtsprechung.

RA Johann Neu



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

SPONSORING



Bedingungen und Umfang offen legen

Mit der Novellierung der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte (MBO) durch den 114. Deutschen Ärztetag in Kiel im Mai 2011 sind auch die Voraussetzungen des Sponsoring für ärztliche Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen – nahezu unbemerkt – geändert worden. Sie werden nun mehr und mehr scharf geschaltet. Dies hat nicht unerhebliche Auswirkungen.

In der medizinischen Wissenschaft und in der ärztlichen Praxis ist die Zahl der angebotenen medizinischen Fortbildungsveranstaltungen und wissenschaftlichen Kongresse vergleichsweise groß. Dies hängt in erster Linie damit zusammen, dass pharmazeutische Unternehmen und Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln viele solcher Veranstaltungen finanziell unterstützen (Sponsoring). Die bisher hierzu bestehende berufsrechtliche Vorschrift in §35 der alten MBO hatte folgenden Wortlaut:

„Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.“

Diese berufsrechtliche Vorgabe erfasste alle ärztlich verantworteten Fortbildungsveranstaltungen, die in Krankenhäusern durchgeführt werden, ebenso wie solche von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch von Ärzten selbst und/oder den Ärztekammern veranstaltete oder mitveranstaltete Tagungen. Für Nichtmediziner ist es erstaunlich festzustellen, wie viele Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse in den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen angeboten werden, zumal bei vergleichsweise niedrigen Tagungsgebühren.

In Folge der berufsrechtlichen Vorgaben in §35 MBO und eines allseits akzep-

Ohne finanzielle Unterstützung durch die Arzneimittelindustrie und die Heil- und Hilfsmittelhersteller wären diese Vielfalt und die zum Teil sogar kostenfreie Teilnahme an solchen Veranstaltungen nicht aufrechtzuerhalten.

tierten Transparenzgebotes wurden die Beziehungen zu den jeweiligen Sponsoren in den Ankündigungen der Veranstaltungen und/oder in den Tagungsprogrammen werbewirksam dargestellt, in der Regel durch eine alphabetische Auflistung der fördernden Unternehmen, zum Teil auch bestimmten Edelmetallen (Gold-, Silber-, Bronzesponsor, zuweilen auch Platinsponsor) zugeordnet.

Sponsoring bleibt grundsätzlich zulässig

Auch mit der Neuregelung, die nunmehr in §32, Absatz 3 der MBO im Zusammenhang mit unerlaubten Zuwendungen wiederzufinden ist, bleibt zukünftig die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) grundsätzlich zulässig. Die Vorschrift hat jetzt folgenden Wortlaut:

„Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.“

Mit der Neuregelung will man insbesondere den Verantwortungsbereich

erweitern; die alte Regelung erfasste nämlich nur Veranstaltungen, bei denen Kammermitglieder die alleinige Verantwortung für Art, Inhalt und Präsentation der Fortbildungsveranstaltung trugen. Zudem soll mit der Neuregelung klar gestellt werden, dass sich das Sponsoring auf das wissenschaftliche Programm zu beschränken hat. Das Rahmenprogramm müssen die Teilnehmer komplett selber bezahlen.

Im Übrigen wird im Vergleich zur bisherigen Fassung schnell erkennbar, dass zukünftig nicht nur die Beziehungen zum Sponsor an sich offenzulegen sind. Vielmehr müssen nun auch die „Bedingungen“ und der „Umfang“ des Sponsoring offen gelegt werden.

Kodex der Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie erweitert

Infolge der Änderung der Musterberufsordnung ist auch der Kodex der „Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ (FSA) angepasst worden. Der Kodex wurde insbesondere dahingehend erweitert, dass zusätzlich zu der Tatsache, dass ein Mitgliedsunternehmen einen Kongress finanziell unterstützt, nun auch die Nennung von „Umfang und Bedingungen“ des Sponsoring durch den Veranstalter erfolgen sollte. Mit einem Rundschreiben macht die FSA im Novem-

ber 2012 die Veranstalter von wissenschaftlichen Kongressen darauf aufmerksam, dass hinsichtlich des „Umfangs“ des Sponsorings zukünftig der konkrete Betrag der Unterstützung, den das jeweilige Unternehmen für die Durchführung der Veranstaltung zur Verfügung stellt, veröffentlicht werden sollte. Ergänzend sollte unter den „Bedingungen“ als Mindestvoraussetzung ein Hinweis erfolgen, zu welchem Zweck die Zahlung gewährt wurde.

Die von der FSA spezifizierten Anforderungen an eine erweiterte werbewirksame Veröffentlichung des Umfangs und der Bedingungen des Sponsorings schießen jedoch über das Ziel und den Zweck der berufsrechtlichen Neuregelungen hinaus:

- Die Musterberufsordnung bzw. die von den Landesärztekammern umgesetzten berufsrechtlichen Neuregelungen zum Sponsoring verlangen nunmehr auch die Offenlegung der Bedingungen und des Umfangs des Sponsorings. Diese berufsrechtliche Verpflichtung richtet sich allerdings – wie bisher auch schon – ausschließlich an die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte unmittelbar, nicht aber an medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften oder Unternehmen, die Ärztekongresse organisatorisch vorbereiten und durchführen. Von den Ge- und Verboten der Ärztlichen Berufsordnungen sind also nur die kammerangehörigen Ärztinnen und Ärzte betroffen. Die intendierte Erweiterung des Verantwortungsbereichs auf einen Kreis von natürlichen oder juristischen Personen außerhalb der Ärzteschaft, also etwa medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften oder gewerbliche Kongressorganisatoren, war daher von vorneherein nicht möglich.
- Ferner ist zu bedenken, dass die Bedingungen des Sponsorings in der Regel in den für medizinisch-wissenschaftliche Fachtagungen geltenden Industrieaussteller- und Anmeldebedingungen abgebildet werden. Es ist daher nicht erforderlich, die Bedingungen, die zwischen dem jeweiligen Sponsor und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft oder dem Veranstalter der Fortbil-



Foto: Gina Sanders/Fotolia

dungstagung in zuweilen sehr unterschiedlicher Art und Weise ausgehandelt und vereinbart werden, im Einzelnen darzulegen und öffentlich bekannt zu machen. Hierzu reicht es aus, auf bestehende, allgemeingültige Aussteller- und Anmeldebedingungen hinzuweisen, welche die grundsätzlich geltenden Bedingungen des Sponsorings festhalten.

- Schließlich ist die Forderung des FSA, den konkreten Betrag zu veröffentlichen, den ein Unternehmen zur Unterstützung einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung oder einer medizinisch-wissenschaftlichen Tagung zahlt, nicht zu erfüllen. Zu berücksichtigen ist nämlich, dass neben Geldzuwendungen regelmäßig auch Sachzuwendungen oder immaterielle Unterstützungen der Sponsoren erfolgen. Diese Unterstützungsleistungen können jedenfalls in vergleichbarer oder objektiver Weise nicht konkretisiert und veröffentlicht werden. Es ist daher im Rahmen der Offenlegung des Umfangs des Sponsorings ausreichend, wenn darauf hingewiesen wird, dass die zum Beispiel in alphabetischer Reihenfolge oder nach Edelmetallen differenziert aufgeführten Unternehmen Geld- oder Sachzuwendungen oder andere ideelle Unterstützungsleistungen allgemeiner Art zuwenden, ohne dies im Einzelnen näher der Höhe nach zu spezifizieren.

In seinem Rundschreiben vom November 2012 betont der FSA selbst, dass die

Neuregelungen des FSA-Kodex zunächst nur die eigenen Mitgliedsunternehmen binden. Die Umsetzung könne nur durch die Veranstalter ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen und medizinisch-wissenschaftlicher Kongresse erfolgen. Soweit also bei der Planung anstehender ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen oder medizinisch-wissenschaftlicher Jahresversammlungen zukünftig Unternehmen der Arzneimittel- und/oder Medizinprodukteindustrie eine Spezifizierung der Bedingungen und des Umfangs des Sponsorings verlangen, sollten die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. die jeweiligen ärztlichen Veranstalter darauf hinweisen, dass nur allgemeine Hinweise zum Umfang und zu den Bedingungen des Sponsorings nach den Neuregelungen der Musterberufsordnung erforderlich sind und veröffentlicht werden. Nur auf diese Weise wird einerseits dem mit der Offenlegung verfolgten Transparenzgebot Genüge getan und andererseits eine ansonsten gegebenenfalls entstehende Wettbewerbsverzerrung der beteiligten Unternehmen vermieden.

RA Dr. Albrecht Wienke



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



Leistungsbeschränkung unzulässig

Nach den Vorschriften der Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht – auch in der Neufassung – die Möglichkeit der Nachbesetzung eines Facharztes für Chirurgie durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ein Urteil des Sozialgerichts Berlin bestätigt in dieser Fallkonstellation die fehlende rechtliche Befugnis, das Tätigkeitspektrum des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie auf unfallchirurgische Leistungen zu beschränken.

Zum 1. Januar 2013 ist die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Neu ist vor allem der arztgruppenspezifische Zuschnitt von Planungsbereichen mit einer Differenzierung zwischen vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung). Wenig wurde dagegen in den allgemeinen Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie geändert, also beispielsweise bei den Vorgaben zum Job-Sharing, zum Fachgebietswechsel oder zur Vorgehensweise bei partieller Entsperrung von Planungsbereichen. Auch die für Orthopäden so wichtige Regelung, wonach eine Nachfolgezulassung und bei angestellten Ärzten eine Nachbesetzung der Arztstelle eines Unfallchirurgen beziehungsweise eines Chirurgen mit einer überwiegend unfallchirurgischen Tätigkeit auch durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Betracht kommt, wurde beibehalten. Sie findet sich jetzt allerdings nicht mehr wie früher in § 4, Absatz 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie, sondern in § 16. In einem jüngst vom Sozialgericht Berlin zu Gunsten einer Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie entschiedenen Rechtsstreit ging es um die Frage, ob im Falle einer solchen Nachbesetzung der Zulassungsausschuss befugt oder gar verpflichtet sei, die Genehmigung (der Nachbesetzung durch Anstellung) mit einer Nebenbestimmung zu versehen, in Zukunft nur noch ausschließlich unfallchirurgisch tätig sein zu dürfen.

Kurioses Verwaltungsverfahren

Dem Gerichtsverfahren war ein kurioses Verwaltungsverfahren vorangegangen. Ein MVZ hatte die Nachbesetzung der Arztstelle eines Facharztes für Chirurgie beantragt. Diesem Antrag war vom Zulassungsausschuss zunächst stattgegeben worden, und als Nachfolgerin wurde eine Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie genehmigt. Kurze Zeit später stellte sich heraus, dass dem Zulassungsausschuss offensichtlich nicht klar war, dass es sich bei der Nachfolgerin nicht um eine Chirurgen, sondern um eine Orthopädin handelte. Aus diesem Grunde widerrief der Zulassungsausschuss seinen Genehmigungsbescheid. In dem dagegen gerichteten Widerspruchsverfahren hob der Berufungsausschuss diese Widerrufsentscheidung auf mit dem (richtigen) Hinweis, es fehle an einer Rechtsgrundlage für den Widerruf der Genehmigung. Gegen diese Entscheidung erhob nunmehr die Kassenärztliche Vereinigung Klage und machte zunächst geltend, eine vormals durch einen Facharzt für Chirurgie besetzte Arztstelle könne nicht mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nachbesetzt werden. Im Verlauf des Gerichtsverfahrens hielt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) an dieser Auffassung allerdings nicht fest, sondern meinte, die Genehmigung zur Beschäftigung hätte jedenfalls zwingend mit einer Nebenbestimmung dahingehend versehen werden müssen, dass die Orthopädin ausschließlich unfallchirurgisch tätig sein dürfe. Diese Klage

der Kassenärztlichen Vereinigung wies das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 19. Dezember 2012 (S 71 KA 462/11) ab. Das Sozialgericht bestätigte, dass der Berufungsausschuss nicht befugt gewesen wäre, die Anstellungsgenehmigung mit der von der KV geforderten Beschränkung zu versehen. Der Rechtsanspruch auf Genehmigung der Nachbesetzung sei nur in zweierlei Hinsicht eingeschränkt: Einerseits müsse die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung halten, sie dürfe also deren Umfang in zeitlicher Hinsicht nicht überschreiten. Und andererseits müsse das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entsprechen. Diese Voraussetzungen lagen vor, so dass die Genehmigung einschränkungslos zu erteilen war.

Im Übrigen sei es ausweislich der Bedarfsplanungs-Richtlinie selbst unschädlich, dass eine Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie einem Facharzt für Chirurgie nachfolge. Dabei beruft sich das Gericht auf die seinerzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss formulierten „Tragenden Gründe“ zur Einführung der weiterbildungsübergreifenden Nachfolgemöglichkeit:

„Die neue Regelung ermöglicht, dass zum Beispiel ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie nach altem Weiterbildungsrecht, welcher der Arztgruppe der Chirurgen zugeordnet ist, die Praxis an einen Fach-

Recht und Wirtschaft

arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nach neuem Weiterbildungsrecht übergeben kann, da er der Arztgruppe der Orthopäden zugeordnet ist. Damit wird der bestehende Patientenstamm dieser Arztpraxis im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch im Rahmen der Praxisnachfolge weiterhin versorgt. Die Weitergabe der Praxis erfolgt entsprechend der Versorgungsausrichtung der Praxis. Auch mit dieser generalisierenden Regelung werden künftigen Weiterentwicklungen des Weiterbildungsrechts Rechnung getragen“.

Da die Bedarfsplanungs-Richtlinie es im Falle der Praxisnachfolge ausreichen lässt, dass der Nachfolger ganz oder teilweise (!) in einem Fachgebiet tätig ist, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt (jetzt: § 16 Bedarfsplanungs-Richtlinie), folgert das Sozialgericht, dass damit die Tätigkeit in dem anderen, nicht übereinstimmenden Teil (des Fachgebiets) wohl zulässig sein muss.

Beschränkung auf ausschließlich unfallchirurgische Tätigkeiten nicht umsetzbar

Schließlich hebt das Sozialgericht auch hervor, dass eine Beschränkung auf „unfallchirurgische Tätigkeiten“ in der Praxis kaum durchführbar wäre und zu einer Vielzahl von Folgestreitigkeiten führen würde. So würde die geforderte Beschränkung der Anstellungsgenehmigung praktisch bedeuten, dass die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie zum Beispiel einen Patienten mit einem geschwollenen und schmerzenden Knöchel behandeln dürfte, wenn eine Verletzung die Ursache sei, den Patienten jedoch nicht behandeln dürfe, wenn es sich um eine angeborene beziehungsweise erworbene Erkrankung handele. Vor dem Hintergrund, dass sich die Ursachen oftmals überschneiden, wäre hier eine Abgrenzung nicht vollständig durchzuhalten.

Die gleiche Problematik spiegelt sich auf der Abrechnungsseite wieder. Die ortho-

pädischen Gebührenordnungspositionen könnten gemäß EBM sowohl von Fachärzten für Orthopädie als auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie abgerechnet werden. Der EBM sehe keine klare Abgrenzung für ausschließlich unfallchirurgische Leistungen vor. Damit stelle sich auch die Frage, ob eine „Beschränkung auf unfallchirurgische Leistungen“ überhaupt dem Bestimmtheitsgebot von Verwaltungsentscheidungen gerecht würde.

RA Dr. Martin Stellpflug



RA Dr. Martin Stellpflug
ist Partner der Sozietät
DIERKS+BOHLE
Rechtsanwälte in Berlin.



Foto: Fotolia

Die Qualität der deutschen Krankenhausleistungen sinkt – zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung des Wirtschafts- und Beratungsunternehmens KPMG.

KPMG-REPORT

Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen

Es ist begrüßenswert, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens diskutiert und analysiert werden. Der KPMG-Report „Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen“ [1] bietet in seiner Kürze eine Diskussionsgrundlage. Allerdings erscheinen die Analysen doch relativ oberflächlich.

HINTERGRUND

Unter dem Titel „Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen“ hat das Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen KPMG eine Untersuchung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit in deutschen Krankenhäusern vorgelegt. Mit alarmierenden Ergebnissen: Im Qualitätsranking des Euro Health Consumer Index 2012 rutschte die Bundesrepublik nach einem guten Platz 6 im Jahr 2009 auf Rang 14. Gerade im Bereich der medizinischen Behandlungsqualität habe sich die Bewertung des deutschen Gesundheitswesens deutlich verschlechtert. Setze man dieses Ergebnis in Relation zu dem vergleichsweise hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, schneide Deutschland noch schwächer ab. Damit betreibe Deutschland im Vergleich europäischer OECD-Staaten trotz mittelmäßiger Qualität das drittteuerste Gesundheitssystem. Die Grundaussage der KPMG-Untersuchung: Den Kliniken fehle es schlicht an Anreizen, höhere Qualität zu liefern. Doch wie belastbar ist dieses Ergebnis? Die DGOU hat den Gesundheitsökonom Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald gebeten, die Einzelaspekte der Untersuchung einer Bewertung zu unterziehen.

Datengrundlage. Es ist deshalb fraglich, warum der Titel der Arbeit so gewählt wurde. „Qualität und Wirtschaftlichkeit der Akutkrankenhäuser in Deutschland“ wäre angemessen.

Redundanz

Dieselben Fragen und Ergebnisse kommen in den Report mehrfach vor: „Sind wir auf dem richtigen Weg?“ (Seite 3), Gegenstand der Untersuchung (Seite 6), Ergebnisse der Untersuchung (Seiten 7–12) und Fazit (Seite 13). Einen wirklichen Mehrwert dieser Redundanz kann man nicht erkennen.

Titel

Die Autoren beschreiben zu Recht, dass sie sich nur auf das Krankenhauswesen

– und hier nur auf die Akuthäuser – beziehen. Eine Übertragung auf das gesamte Gesundheitswesen erscheint intuitiv eingängig, entbehrt jedoch jeder

Fragestellung

Die Arbeit definiert zwei grundlegende Fragen:

Recht und Wirtschaft

- Wird die Qualität der deutschen Krankenhäuser durch die Qualitätsberichte zuverlässig gemessen?
- Berücksichtigt das Entgeltsystem der deutschen Krankenhäuser die Qualität ausreichend?

Beide Fragen werden mit „Nein“ beantwortet. Daraus zu schließen, dass die Qualität in deutschen Krankenhäusern nicht richtig ermittelt wird, wäre nur zulässig, wenn der Qualitätsbericht das einzige Instrument der Qualitätsanalyse wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall. Aus dieser Sicht ist entweder die Frage falsch formuliert oder das Ergebnis falsch interpretiert.

Euro Health Consumer Index

Der Euro Health Consumer Index wird von Health Consumer Powerhouse herausgegeben, einer privaten Unternehmung mit Sitz in Schweden. Als „Standard“, wie der KPMG-Report den Index versteht, kann dieser nicht bezeichnet werden, wohl aber als vergleichsweise solide Basis. Das grundlegende Problem jedes Index ist:

- Welche Indikatoren werden einbezogen?
- Wie werden die Indikatoren gewichtet?

Problematisch sind Zeitvergleiche auf Basis von Indizes immer dann, wenn die Indikatoren sich geändert haben. Aus diesem Grunde – so schreibt es Health Consumer Powerhouse selbst – hat sich auch die relative Position von Deutschland und Österreich seit dem letzten Index erheblich verschlechtert:

„Diese beiden Länder wurden besonders durch die Einführung der neuen Indikatoren im EHC 2012 betroffen und fielen daraufhin vom 4. auf den 11. (Österreich) bzw. vom 6. auf den 14. (Deutschland) Platz innerhalb der europäischen Rangfolge. Deutschland besitzt traditionell das am wenigsten eingeschränkte und dabei Verbraucher-orientierteste Gesundheitssystem Europas, welches Patienten jederzeit den Zugang zu praktisch allen Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht. Der wichtigste Grund, warum sich Deutschland in diesem Sektor nicht an der Medaillenjagd beteiligt, ist die Zweitklassigkeit der Ergebnisqualität (und die Begriffe „Deutschland“ und

„Zweitklassigkeit“ finden sich selten in einem Satz!). Dies ist möglicherweise einem Charakteristikum des deutschen Gesundheitssystems geschuldet – der großen Zahl eher kleinerer, nicht spezialisierter Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.

Was hinter dem Sturz in der Rangfolge steckt, ist nicht leicht zu erklären. Das deutsche Gesundheitswesen wurde von einem der am Projekt beteiligten Experten als ‚stark an Quantität, weniger Qualität ausgerichtet‘ beschrieben. Beide Länder (Deutschland und Österreich) zeigen im OECD Vergleich nur eine mittelmäßige Hospital-Überlebensrate nach Herzinfarkten. Im Gegensatz zur unbeschädigten Einstufung des niederländischen Gesundheitssystems wurde die Deutsch-Österreichische Platzierung von den in den EHCI 2012 aufgenommenen neun neuen Indikatoren beeinträchtigt. Es scheint zudem, dass die befragten Patientenorganisationen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr so vorbehaltlos optimistisch einschätzen wie in den Vorjahren, was die Bewertung beider Länder beeinflusst. Dies könnte auch ein Artefakt sein, hervorgerufen durch die ‚Deutsche Neigung zum Nörgeln‘, das heißt, dass die Verschlechterung der traditionell exzellenten Versorgungsleistungen weniger schwer ist, als dies durch die Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Da der Rutsch in der Rangfolge erhebliche Fragen aufwirft, setzt das Health Consumer Powerhouse diese Länder bis zum nächsten Index auf die Beobachtungsliste.“ [2]

Auf dieser Selbsteinschätzung von Health Consumer Powerhouse müssten die Autoren sehr vorsichtig sein, das deutsche Gesundheitswesen und die Qualität des deutschen Gesundheitswesens so strikt zu interpretieren. Darüber hinaus tritt der oben genannte Konflikt zwischen Krankenhauswesen und Gesundheitswesen auf.

Effizienzmaß

Ein Quotient aus EHCI-Index und Gesundheitsausgabenanteil am BSP lässt strukturelle Unterschiede unbeachtet. Beispielsweise dürfte die Gesundheitsversorgung in den Niederlanden allein schon aus Gründen der geringeren durchschnittlichen Distanzen deutlich

effizienter sein als in Deutschland. Daraus auf die Effizienz der Leistungsanbieter zu schließen, dürfte gewagt sein.

Qualitätsbegriff

Die Autoren vermeiden eine Diskussion der Relevanz von subjektiver und objektiver Qualität im Krankenhauswesen. Der Qualitätsbericht ist aller Erfahrung nach im besten Fall Ausdruck der objektiven Strukturqualität. Daten zur Prozess- oder Ergebnisqualität sind darin meist wenig evidenzbasiert, das heißt, der Qualitätsbericht spiegelt die reale Situation nur bedingt wider.

Der Satz „Grundsätzlich lässt sich vermuten, dass die objektive und die subjektive Qualitätsmessung in Zusammenhang stehen“ ist zweifelhaft. Die Kriterien, nach denen Patienten das behandelnde Krankenhaus beurteilen, sind regelmäßig andere als die „objektiven“ Kriterien der Professionen. Sie haben andere Prioritäten – und das ist gut so! Diese Faktoren als „weich“ zu diskreditieren, halte ich für unangemessen. Freundlichkeit, Zuwendung, geringe Wartezeiten, Qualität der Nahrung etc. sind nicht weich, nur weil wir sie nicht so einfach mit Standardinstrumenten messen können. Sie sind „hard facts“ und beeinflussen die Wahl des Krankenhauses häufig mehr als Komplikationsraten.

Klinikführer der TK

Der Klinikführer der TK ist ein wichtiges Instrument der Kundeninformation. Zweifelsohne hat die TK mit diesem Instrument eine wichtige Entscheidungsgrundlage für ihre Mitglieder geschaffen. Den Nachweis, ob der Klinikführer als Grundlage für eine Qualitätsanalyse geeignet ist, bleiben die Autoren allerdings schuldig.

Wirtschaftlichkeitsbegriff

Die Autoren gehen explizit davon aus, dass die Rentabilität des Unternehmens Maß der Wirtschaftlichkeit ist. Dies trifft jedoch nur auf For-Profit-Organisationen zu. Staatliche und private Nonprofit-Organisationen hingegen haben (auch) andere Ziele und messen ihren Erfolg nicht allein an der Wirtschaftlichkeit. Immerhin sind 67 Prozent der deutschen

Krankenhäuser zumindest formal nicht-gewinnorientiert!

Patientenklientel

Die Autoren gehen stark vereinfachend davon aus, dass Re-Operationen ein Maß für die Qualität eines Krankenhauses sei. Tatsächlich deutet eine hohe Re-Operationszahl auch auf Fehler hin, sie kann sich aber ebenso daraus ableiten, dass das Krankenhaus besonders schwere Fälle zugewiesen bekommt, bei denen Fehler besonders häufig sind. Insgesamt dürften Komplikationsquoten nur dann ein Maß für Qualität sein, wenn man sie um die Fallschwere bei Eintritt in das Krankenhaus bereinigt.

Wettbewerb

Die Autoren gehen explizit von einer Konkurrenz der Krankenhäuser aus. Dies ist aber häufig nicht der Fall, weil es im Akutbereich noch immer – mit Ausnahme der Ballungszentren – räumliche Monopole gibt. Hier ist zu erwarten, dass die Patienten das nächstgelegene Haus aufsuchen. Die Nachfrage ist in diesen Fällen häufig relativ unabhängig von der

Qualität des Hauses. Gleichzeitig dürfte bei einer abnehmenden Bevölkerung (strukturschwache Räume) auch eine herausragende Qualität die Nachfrage oder gar die Rentabilität nur geringfügig beeinflussen.

Vergütung und Qualität

Der grundsätzlichen Aussage, dass die Vergütung stärker die Qualität berücksichtigen müsste, stimme ich vollständig zu. Die Autoren bleiben aber eine Ausführung schuldig, auf welcher Grundlage diese Qualität gemessen und damit entlohnt wird. Aus der Produktionstheorie der Dienstleister ist bekannt, dass der Patient Mitproduzent der Leistung wird und damit die Qualität maßgeblich beeinflusst. Ergebnisqualitäten können deshalb nicht vollständig dem Leistungserbringer zugerechnet werden. Jede Form von qualitäts-basierter Entgeltung wird deshalb schwierig werden und erfordert sehr viel mehr Forschung.

Stichprobenumfang

Ein Stichprobenumfang von 284 Krankenhäusern (bzw. 208 nach Bereinigung)

erscheint angemessen. Es fehlen jedoch Hinweise, wie diese ausgewählt wurden bzw. ob ein Bias auftreten könnte.

Fazit

Die Ergebnisse werden kaum einen Kenner des Gesundheitsmarktes überraschen. Der Wert dieser Arbeit liegt folglich mehr in ihrer Intention als in ihrer Ausfertigung.



Prof. Dr. Steffen Fleßa, Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Literatur

- 1 KPMG. Untersuchung. Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Berlin: KPMG AG, 2013
- 2 Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Danderyd: Health Consumer Powerhouse, 2012

KOSTENEXPLOSION

Mehr Moral, bitte

Kunde, Klient, Benutzer oder einfach Patient – als was betrachten wir die Hilfesuchenden im Gesundheitswesen? Abhängig davon, wie sie sehen, gestaltet sich die Arzt-Patienten-Beziehung. Um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu beherrschen, müssen wir uns dessen bewusst werden.

Während eines Besuches vor nicht allzu langer Zeit in Blitzingen, Ober-Wallis in der Schweiz, war ich im Zimmer eines alten Bauernhauses untergebracht. Eines Abends auf der Suche nach etwas zum Schreiben fiel mir ein altes Stück Papier in die Hände, auf dem folgende Zeilen zu lesen waren:

Am Berner Bahnhof

*Am Bahnhof zählt man nach Minuten
Die gehen langsam hin
Denkst es wär' zum Guten
Wenn die Minuten würden fliehen*

*Doch denkst Du an die Stunden
Mein Gott wie schnell sind sie verflogen
Und kommen wieder – nie.*

Unterschrieben waren diese Zeilen mit dem Namen C. Zuckmayer. Der Zettel war undatiert. Mein Gastgeber erzählte mir, dass der deutsche Schriftsteller Carl

Wenn das Einkommen der einzelne Ärzte sowie der Krankenhäuser durch die Indikationsstellungen generiert wird, bedarf es einer ausgeprägten moral-ethischen Haltung der Beschlussnehmer.

Zuckmayer, ein guter Freund seines Vaters, oft in dem Zimmer untergebracht war, das mir nun zugeeilt war.

Zuckmayer starb 1977 im Ober-Wallis. Wahrscheinlich hat er diese Zeilen irgendwann während seiner letzten Lebensjahre zu Papier gebracht. Meines Wissens ist

dieses Gedicht nie veröffentlicht worden. Es zeugt von den Gedanken eines älteren Menschen am Ende seines Lebens und verdient, erwähnt zu werden. Ich will deshalb die Gelegenheit ergreifen, diese Zeilen als Einleitung meiner Gedanken zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu benutzen. Gedanken, die durch ein Berufsleben im Dienste der Gesundheit von über 40 Jahren geprägt sind.

Ökonomische Betrachtungen im Vordergrund

Durch die zunehmende Neigung der Behörden, die Empfänger Medizin-ärztlicher Dienste als Kunden zu bezeichnen, rücken im Gesundheitswesen ökonomische Betrachtungen in den Vordergrund. Der Arzt wird als „Anbieter“ und der nachfragende Patient als „Besteller“ aufgefasst, und so entstehen moral-ethische Probleme, die die Indikationsstellung zur Wahl der Behandlung betreffen. Die Indikationsstellung einer spezifischen Behandlung generiert quasi das Einkommen des Indikationsstellers. Gleiches gilt für die Behandlungswahl der Institutionen, insbesondere dann, wenn keine klaren Richtlinien vom Auftraggeber vorliegen. Der Begriff Kunde für den Empfänger von Medizin-ärztlichen Diensten sollte deshalb vermieden werden.

Die Bezeichnung Klient ist nicht viel besser. Sie kommt vom lateinischen *cliens* und bezeichnet jemanden, der sich einem Mächtigeren unterwirft, ist also gänzlich ungeeignet, die Arzt-Patientenbeziehung zu umschreiben.

Der Nutzer öffentlicher Dienste hat entsprechend der Gesetze und Verordnungen seines Landes ein Anrecht auf diese Dienste. Das gilt auch für gesundheitliche Dienste. Diese Dienste sind – im Gegensatz zu den meisten anderen öffentlichen und privaten Diensten – oft



Foto: Fotolia

Am Bahnhof zählt man die Minuten, die gehen langsam hin...

schwer zu spezifizieren. Jemanden, der sich wegen eines Attests an seinen Hausarzt wendet, das ihm bescheinigt, dass er nicht in der Lage ist, ein Auto zu fahren, kann man getrost als Nutzer bezeichnen. Diese Bezeichnung ist jedoch unzutreffend, wenn jemand einen Arzt aufsucht, weil ihm die Hüfte schmerzt. Er bedarf dann einer ärztlichen Abklärung, die in einer allfälligen Behandlung (oder auch nicht) endet. Jetzt erfüllt der Hilfesuchende auf einmal den Begriff Patient. Plötzlich wird das Verhältnis zwischen dem Hilfesuchenden und dem Arzt zu einem anderen als einem „Kundenverhältnis“, namentlich zu einem Arzt-Patienten-Verhältnis. Ganz andere als ökonomische Beweggründe werden für die Entscheidung, die der Hilfesuchende (der Patient) trifft, wichtig. Allfällige Indikationsstellungen zu (verschiedenen) Behandlungsalternativen müssen dieses Verhältnis berücksichtigen, und das stellt besondere Forderungen an den Arzt.

Jetzt, nach 40-jährige Erfahrung als Unfallchirurg und Orthopäde, ist mir mehr und mehr klar geworden, dass man nicht

von vornherein annehmen kann, dass die Ärzteschaft sich dessen voll bewusst ist. Wenn das Einkommen der einzelne Ärzte sowie der Krankenhäuser durch die Indikationsstellungen generiert wird, bedarf es einer ausgeprägten moral-ethischen Haltung der Beschlussnehmer (Ärzte, Krankenhausbesitzer und Gesetzgeber). Um der Kostenexplosion im Gesundheitswesen beizukommen, müssen wir uns das klar vor Augen führen.

Zum Schluss

Am Bahnhof zählt man nach Minuten
Die gehen langsam hin...

Knut Strømsøe



Knut Strømsøe, Professor emeritus, Universität Oslo, Norwegen, ist korrespondierendes Mitglied der DGU.



Unfallchirurgische Nothilfe im Jemen

Das Hammer Forum vermittelt medizinische Teams in Krisengebiete, wo sie erkrankte und verletzte Kinder versorgen. Jährlich werden so über 1.400 Kinder operiert, die ansonsten keinen Zugang zu einer fachärztlichen Behandlung hätten. Unter den Helfern: Prof. Dr. Lothar Kinzl und P. Richter aus Ulm.

Die Menschen im Jemen wollen einen gerechteren und sicheren Staat sowie die Gewissheit, dass sich ihre Kinder künftig in Gesundheit frei entfalten können. Doch wie sich dieser – aus arabischer Sicht – revolutionäre Wunsch im heutigen Jemen wird umsetzen lassen, weiß niemand. „Nationaler Dialog“ heißt die derzeitige politische Losung. Wahrscheinlich wird aber auch dieses als „historisch“ eingestufte Projekt des neuen, per Volksentscheid ins Amt gewählten Präsidenten Abdu Rabbu Manson Hadi

im endlosen politisch-strategischen Pakt mit kaum tragfähigen Entscheidungen enden.

Was bleiben wird, ist unter anderem eine unbefriedigende gesamtmedizinische Versorgung, insbesondere von Kindern in entlegenen Hochlandregionen, etwa aus dem Gebiet um Taiz, einer fast 700.000 Einwohner zählenden Provinzstadt auf dem Weg von Sanaa nach Aden. Grund genug für das Hammer Forum, das sich der medizinisch-operativen Hilfe

für Kinder in Kriegs- und Krisengebieten verschrieben hat, Anfang April – trotz Unruhe bedingter Risiken – wieder ein Ärzteteam nach Taiz zu schicken.

Im Team von Allgemein-, Neuro- und Mund-Kieferchirurgen fiel mir die unfallchirurgisch-orthopädische Versorgung zu, wobei mich ein junger Kollege (drittes Weiterbildungsjahr), den ich ganz bewusst mitnahm, unterstützte und der unter Anleitung eine Fülle eigener operativer Erfahrungen sammeln konnte.



Ohne die Hilfe ausländischer Experten haben viele jemenitische Kinder keine Aussicht auf Heilung.

Foto: Hammer Forum

Unbändige Leistungsbereitschaft

Die Operationsbasis im ansonsten ärmlich ausgestatteten staatlichen Krankenhaus von Taiz bot zufriedenstellende hygienische Bedingungen, ein allerdings auf das notwendigste reduziertes „Knochen“-Instrumentarium sowie einen alten, aber dennoch funktionsfähigen Bildverstärker. Unsere uns begleitenden Anästhesisten wie Operationsschwestern/-pfleger begeisterten durch Kompetenz gepaart mit unbändiger Leistungsbereitschaft, so dass an jedem Tag von 8 bis 16 Uhr operiert werden konnte, um so vielen Kindern wie möglich zu helfen. Die tägliche Patientenakquise, das heißt Sichtung, erfolgte ab 16 Uhr und stand wegen des teilweise chaotischen Patientenzustroms unter ordnender militärischer Kontrolle. Das gesichtete unfallchirurgische Klientel (insgesamt 368 Kinder) umfasste mehrheitlich:

- posttraumatische Fehlstellungen und Heilungsstörungen,
- frische Frakturen und Epiphysiolysen,
- knöcherne Infekte (hämatogen wie posttraumatisch),
- kongenitale Tibia-PS und Hüftgelenksluxationen,
- Missbildungen am Extremitätenskelett sowie
- knöcherne Tumoren.

Bei den vorgenommenen Operationen (n = 58) hatten wir uns „umfeldbedingt“ zu beschränken auf die Korrektur posttraumatischer wie genuiner Fehlstellungen, die Versorgung frischer Frakturen sowie erste debridierende Schritte im Rahmen der Sanierung knöcherner Infekte. Knöcherner Defektaufbau, lappenplastische Deckungen oder Beckenosteotomien bei den vielen gesehenen kongenitalen Hüftluxationen waren nicht zu leisten und veranlassten uns dazu, den einen oder anderen kleinen Patienten zur definitiven Versorgung mit nach Deutschland zu nehmen. Allen Kliniken, die sich bei uns zur unentgeltlichen Aufnahme und Behandlung der Kinder bereit erklärten, sei an dieser Stelle im Namen der behandelten jemenitischen Kinder herzlich gedankt.

Zusammenfassung

Der 14-tägige unfallchirurgisch-orthopädische Einsatz in Taiz vermochte einer

GESICHTETE KRANKHEITSBILDER



Abb. 1 dist. intraart. OA-Fraktur



Abb. 2 Epiphysiolyse dist. OS



Abb. 3 OS - Schussfraktur

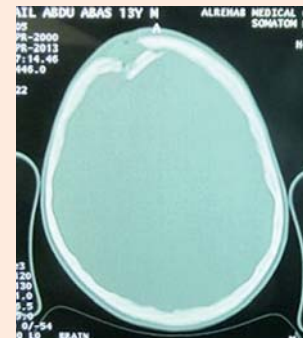


Abb. 4 Schädelimpressionsfraktur



Abb. 6 gen. Tibiakopf Fehlstellung



Abb. 5 postt. Fehlstellung dist. UA

Vielzahl von Kindern im medizinisch völlig unterversorgten jemenitischen Hochland Erleichterung und Heilung zu verschaffen. Unsere persönliche Freude darüber wurde allerdings getrübt durch die Erkenntnis, dass unser Wirken bei den jemenitischen Fachkollegen auf wenig Interesse stieß, die sich mehrheitlich vom arbeitsintensiven Operationseinsatz absantierten und bevorzugt über die möglichen Auswirkungen eines nationalen Dialogs debattierten.

Auch wenn dieses politische Projekt positive Veränderungen für das Land mit sich bringen könnte, was ich persönlich allerdings bezweifle, sollten wir Unfallchirurgen uns nicht beirren lassen, dort weiterhin den Kindern unsere humanitäre Hilfe zukommen zu lassen. Vielleicht sieht der eine oder andere erfah-

rene Kollege Möglichkeiten, sich künftig ebenfalls für humanitäre Einsätze zu engagieren, wobei die Zusammenarbeit mit einem jüngeren, in Weiterbildung befindlichen Unfallchirurgen eine besondere Herausforderung darstellt und geeignet erscheint, bei der nachwachsenden Unfallchirurgen-Generation eine besondere Begeisterung für unser Fach zu entwickeln.



Prof. em. Dr. Lothar Kinzl, bis 2009 Prodekan im Vorstand der Medizinischen Fakultät an der Universität Ulm, engagiert sich in der humanitären Hilfe.



Fotos: Privat

Die Südafrika-Fellows 2013: Dr. Jörn Bengt Seeger und Dr. H.-Robert Springorum, hier vor dem Tafelberg.

SÜDAFRIKA-FELLOWSHIP DER DGOOC

Land der grenzenlosen Vielfalt

Das diesjährige Südafrika-Fellowship der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ging an Dr. Jörn Bengt Seeger aus der Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) und an Dr. H.-Robert Springorum, Orthopädische Universitätsklinik Regensburg.

Als wir von Prof. Wolfgang Pförringer die Nachricht bekamen, dass wir mit dem Südafrika-Stipendium 2012 der DGOOC ausgezeichnet würden, war uns noch nicht klar, was uns genau erwarten würde. Prof. Pförringer informierte ausführlich über Land und Leute und erzählte aus seinem reichhaltigen, südafrikanischen Erfahrungsschatz nach inzwischen mehr als 30 Besuchen im südlichsten Land Afrikas.

Kernpunkt unseres Südafrika-Aufenthaltes war der Südafrikanische Orthopädenkongress, der 2012 in Durban stattfand. Die Kongressorte wechseln von Jahr zu Jahr. Vor und nach dem Kongress plante Mrs. Leana Fourie unsere wissenschaft-

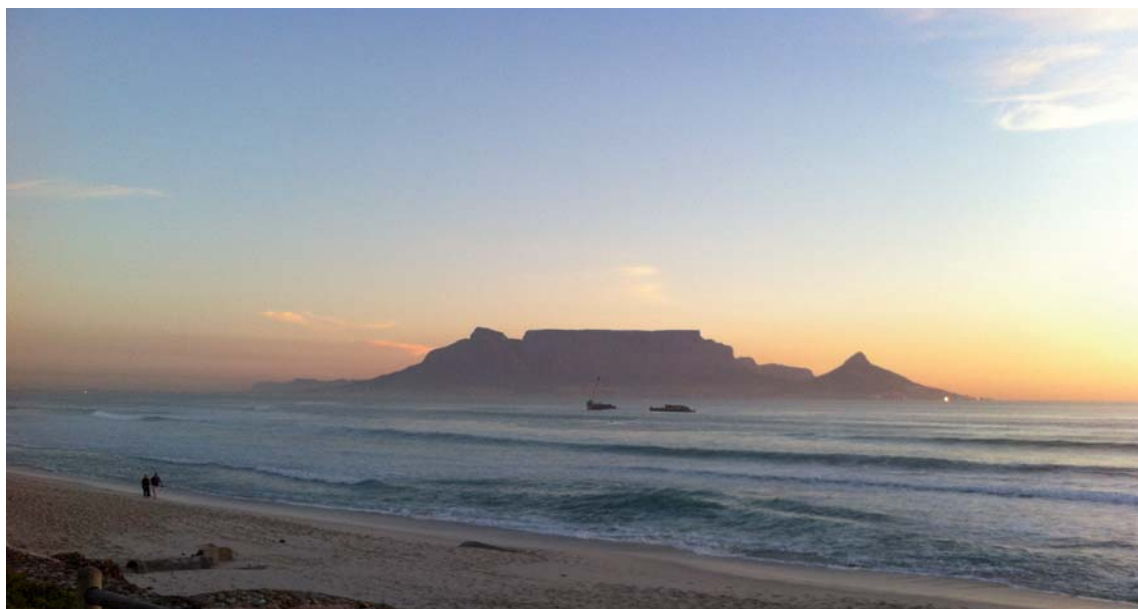
liche Reise in verschiedene Krankenhäuser, wobei sie unsere speziellen Wünsche besonders nett berücksichtigte. Auch die Transfers und Unterbringungen plante Mrs. Fourie perfekt, so dass während der Reise alles reibungslos ablief.

Schussverletzungen und Stichwunden sind keine Seltenheit

Nach der Landung in Johannesburg wurden wir von Dr. Tim Pikor, einem Consultant am Johannesburg Hospital aus der Abteilung von Prof. Lukhele, freundlich in Empfang genommen. Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit war an diesem Tag kein wissenschaftliches Treffen mehr geplant. So fragte uns Dr. Pikor, was wir

gern machen würden. Wir schlugen vor, zu einem schönen Platz zu fahren – aber schöne Plätze sind laut Dr. Pikor in Johannesburg rar.

Johannesburg selbst ist erst gut 125 Jahre alt und entwickelte sich rasant zur wirtschaftlichen und industriellen Metropole im südlichen Afrika. Heute leben in Johannesburg und Umgebung circa zehn Millionen Menschen. Die Stadt ist die größte und eine der kriminellsten Südafrikas. Das ist auch ein Grund, warum die orthopädisch-unfallchirurgischen Kollegen so routiniert im Umgang mit Schussverletzungen und Stichwunden sind. Ein weiteres Problem ist der fehlende öffentliche Nahverkehr. Völlig



Blick auf Kapstadt vom Bloubergstrand

überbesetzte, privat betriebene Minibusse und Pickups transportieren die Pendler. Ein altes Sprichwort sagt zwar: „There is no hurry in Africa“, aber das gilt nicht für die rasenden Minibusse. Kommt es zu Unfällen, sind häufig mehr als ein Dutzend Schwerverletzte gleichzeitig zu versorgen.

Wir besuchten noch das ehemalige Gefängnis für politische Häftlinge, in dem Nelson Mandela einen Teil seiner Haft verbrachte, auch Mahatma Gandhi wurde hier gefangen gehalten. Heute dient der Gebäudekomplex dem Gedenken an die Apartheid und der politischen Bildung. Ein Teil ist zum Verfassungsgericht von Südafrika umgebaut worden. In der afrikanischen Tradition war es üblich, dass sich bei Streitereien die Dorfältesten unter einem Baum getroffen haben, um die Konflikte zu lösen. Das ist in der Architektur des Gerichts aufgegriffen, indem natürliche Lichteffekte im ganzen Gebäude einen Halbschatten erzeugen, der einem das Gefühl vermittelt, unter einem alten Baum zu sitzen.

Südafrikanisches Gesundheitssystem an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit

Unser erster wissenschaftlicher Besuch führte uns ins Johannesburg Hospital in die Abteilung von Prof. Lukhele, wo wir an der Frühbesprechung teilnehmen konnten. Die Fälle der Nacht wurden mit bereits vorhandenen postoperativen Röntgenbildern demonstriert. Die Versorgung glich den bei uns üblichen Standards. Dr. Aden, Rheumatologe und Kinderorthopäde, nahm uns anschließend mit ins Rahima Moosa Hospital, wo wir erfuhren, dass alle Bürger aus dem ganzen südlichen Afrika nach Südafrika kommen können und dort zu den glei-

chen Konditionen behandelt werden wie südafrikanische Staatsbürger. Die Bezahlung der medizinischen Behandlung erfolgt im öffentlichen Sektor in Abhängigkeit der Zahlungsfähigkeit der Patienten. Aufgrund der erheblichen Patientenströme aus dem gesamten südlichen Afrika (insbesondere Simbabwe, Mozambique, Botswana, Sambia, Angola und Malawi) ist das prinzipiell sehr gute öffentliche Gesundheitssystem in Südafrika an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit geraten. Lange, aufwändige Behandlungstechniken wie Korsettversorgungen oder Nachuntersuchungen sind aufgrund der fehlenden Erreichbarkeit der Patienten und der großen Distanzen häufig nicht möglich.

Nachmittags besuchten wir mit Prof. Sebastian Magobotha Soweto (South Western Township) mit den ehemaligen Häusern von Nelson Mandela und Bischof Desmond Tutu, die quasi in der Nachbarschaft wohnten. Wenige Meter entfernt ist auch das Hector-Pieterse-Museum, das an die Schüler- und Studentenaufstände 1976 erinnert, die von der Polizei niedergeschlagen wurden. Für die knapp vier Millionen Bewohner von Soweto gibt es ein einziges riesiges Krankenhaus, das größte der südlichen Hemisphäre, das Baragwanath Hospital. Es verfügt über circa 3.200 Betten und hat etwa 8.000 Angestellte. Die Stationen sind alle einstöckig, um nicht auf Aufzüge angewiesen zu sein. Jeweils 48 Patienten liegen in einem großen Stationsaal. Die hygienische Trennung von septischen und aseptischen Patienten ist aufgrund der organisatorischen Strukturen häufig nicht möglich. Insbesondere an den Wochenenden am Monatsbeginn, wenn der Lohn ausgezahlt wird und in den Bars und Kneipen der Alkohol in

Strömen fließt, kommt die Notaufnahme auch hier an ihre Grenzen. Nur, um die Größe des Krankenhauses einzuordnen, zeigte uns der betreuende Kollege die Batterie an Kreißsälen, in denen täglich durchschnittlich 180 Kinder zur Welt kommen.

Das wissenschaftliche Meeting leitete Prof. Erken, ein ausgewandeter Deutscher, der uns an einem wegen septischer Embolien beidseits unterschenkelamputierten Zweijährigen die Wirkung von Muti zeigte. Muti ist ein Überbegriff für traditionelle afrikanische Medizin, die Erken für pures Gift hält, von den jüngeren südafrikanischen Studenten jedoch als hilfreiche Ergänzung der Schulmedizin betrachtet wird.

Orthopädischer Jahreskongress in Durban

Der südafrikanische orthopädische Jahreskongress fand wie bereits erwähnt in Durban statt. Kongresspräsident war dieses Jahr Prof. Theo Le Roux, Leiter des Militärkrankenhauses in Pretoria. Bei allen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Anlässen waren wir eingeladen, so dass wir alle bisherigen Gastgeber und die zukünftigen Gastgeber trafen. Schwerpunkte des Kongresses 2012 waren Wirbelsäulenchirurgie, Fußchirurgie, Endoprothetik und Kinderorthopädie. Dies führte dazu, dass der Knie- und Handkongress am Wochenende vor dem Hauptkongress ebenfalls in Durban abgehalten wurde.

Besonders erwähnenswert war neben dem wissenschaftlichen Teil die festliche Eröffnung des Kongresses, der Einmarsch des Präsidenten und der Honoratioren mit anschließendem Erheben und Singen der Nationalhymne in drei Sprachen



Mit Prof. Robert Dunn im Groote Schuur Hospital, Kapstadt



Mit Kongresspräsident Prof. Theo le Roux auf dem Jahreskongress in Durban

(Xhosa, Afrikaans, Englisch). Anschließend hielt ein Ökonom einen Festvortrag über die wirtschaftliche Entwicklung Südafrikas, was für uns ausgesprochen interessante Einblicke in die Dynamik eines Schwellenlandes bot.

Beim Kongress zeigte sich häufig, mit welchen Widrigkeiten die südafrikanischen Kollegen bei ihren wissenschaftlichen Arbeiten konfrontiert sind. Ein bereits angesprochenes Problem sind die eingeschränkten Follow-up-Möglichkeiten, da die Patienten erhebliche Distanzen zurücklegen, um die Behandlung zu erlangen, falsche Telefonnummern abgeben, um die Rechnungen nicht bezahlen zu müssen, oder teilweise im Gefängnis sind. Der Festabend fand in Durban's großem Meeresaquarium Ushaka vor einer spektakulären Kulisse statt, das Abendessen neben riesigen Rochen und weißen Haien war sehr imposant.

Unsere nächste Station machten wir bei Dr. Norrie Gibson im Frere Hospital in East London. Dieses Krankenhaus versorgt mit zwei orthopädisch-unfallchirurgischen Operationssälen das zweitgrößte Township Südafrikas mit circa 2,5 Millionen Einwohnern. Die Operationssäle werden Tag und Nacht betrieben, können aber trotzdem nur einen geringen Teil der Versorgung abdecken – ein Problem, dass die Kollegen längst erkannt haben. Besserung hat der Afrikanische National Congress (ANC) schon mehrfach versprochen, aber die Ineffizienz und Korruption innerhalb des ANC lässt alle Bemühungen im Sande verlaufen, wie wir von den Kollegen vor Ort erfuhren. Das ist der Grund, warum viele operationsbedürftige Patienten konservativ behandelt werden müssen.

Reise entlang der Gardenroute

Wir sahen viele bei uns seltene Fälle wie Schuss- und Stichverletzungen, Knochentuberkulosen und viele Patienten mit Morbus Blount (Tibia vara congenita). Das sehr persönliche Abendessen im schönen Haus von Dr. Gibson war ein Highlight unseres Besuches. Von dort setzten wir unseren Weg im Auto fort und fuhren entlang der Gardenroute Richtung Westen durch üppig grüne, teils waldige, teils buschige oder landwirtschaftlich genutzte, traumhaft schöne Landschaften, sicherlich eine der schönsten Gegenden Südafrikas. Wir hatten die Möglichkeit, durch den Addo Elephant Park zu fahren, um auch die Wildnis Afrikas zu erleben. In der westlichen Kapregion sahen wir mit Swellendam eine der besterhaltensten Voortrekker-Städte mit alten Gebäuden im typischen kap-holländischen Baustil.

Nach der landschaftlichen Schönheit der Gardenroute folgte ein weiterer Höhepunkt unseres Stipendiums, der Besuch der Kapregion mit den zwei berühmten Universitäten von Stellenbosch und Kapstadt. Für mich, H.-Robert Springorum, war es ein freudiges Wiedersehen, da ich das chirurgische Tertial meines praktischen Jahres bereits im Tygerberg-Hospital, Universität von Stellenbosch, verbringen durfte. Wir begannen den Tag im Groote Schuur-Krankenhaus, dem Universitätskrankenhaus der Universität Kapstadt, in der Abteilung von Prof. Robert Dunn, der an diesem Tag ein 15-jähriges Mädchen mit enormer aneurysmatischer Knochenzyste mittels vollständiger Resektion zweier Wirbel und Abstützung mit dorsaler Instrumentation und ventralem Fremdoberarmknochen-

interponat durchführte. Im Nachbarsaal wurden nacheinander drei Patienten mit Schussverletzung und Kugel im linken Hüftgelenk operiert.

Den nächsten Tag widmeten wir der Kinderorthopädie. Der Leiter der südafrikanischen Gesellschaft für Kinderorthopädie, Dr. Stuart Dix-Peek, begleitete uns zu einer Visite in dem durch Fundraising extrem gut ausgestatteten Childrens Red Cross-Hospital. Jede Firma oder Wohltätigkeitsorganisation in Südafrika oder Großbritannien, die etwas auf sich hält, ist unter den Spendern. Dies führt teilweise zu Überfluss, wie wir ihn in keinem anderen öffentlichen Krankenhaus angetroffen haben. Imposant war ein so genannter Lowdox, der in Südafrika ursprünglich in der Diamantenindustrie gegen den Schmuggel von Diamanten eingesetzt wurde. Er erzeugt ein Ganzkörperrentgenbild mit sechs Prozent der Strahlendosis für konventionelle Röntgenbilder und wird in der Polytraumaversorgung alternativ zur CT eingesetzt – vergleichbar vielleicht mit der Technik bei der DEXA-Messung.

Im Tygerberg-Hospital fand am nächsten Tag in der Abteilung von Prof. Vlok ein wissenschaftliches Treffen statt, bei dem die dortigen Kollegen und die Kollegen vom Groote Schuur-Krankenhaus und wir wissenschaftliche Themenschwerpunkte präsentieren und demonstrieren konnten. Der Ausklang fand bei einem traditionellen Braai, der kulinarischen Lieblingsbeschäftigung der Südafrikaner, einem großem Grillfest, statt. Zu essen gab es eine würzige traditionelle „Burenwurst“.

Von dort reisten wir weiter nach Bloemfontein im Landesinneren. Dort bekamen



Auf dem Weg nach East London



Academic Meeting im Tygerberg Hospital der Universität von Stellenbosch und der University of Cape Town (UCT)

wir unter der freundlichen Begleitung von Dr. Frederic du Plessis das gesamte Spektrum des südafrikanischen Gesundheitssystems zu sehen. Wir besuchten vier Krankenhäuser, das erste war das Universitätsklinikum, in dem wir dem sehr praxisnahen und interaktiven Studentenunterricht beiwohnen konnten. Anschließend besuchten wir ein städtisches Krankenhaus und zwei private Krankenhäuser. Das waren die ersten privaten Krankenhäuser, die wir sahen, und wir staunten nicht schlecht, als wir eine perfekte Ausstattung in Verbindung mit einem 5-Sterne-Hotel zur Unterbringung der Patienten vorfanden.

Letzte Station: Pretoria

Die letzte Station des Reisestipendiums war Pretoria, wo uns die Abteilung von Prof. Mthunzi Nghelwane im Steve-Biko-Hospital, einem öffentlichen Vorzeige-Krankenhaus, einen vortrefflichen Einblick in die dortige Therapie und Struktur ermöglichte. Seine Oberärzte, Dr. Thomas Kruger und Dr. Christian Snyckers, nahmen uns am Nachmittag mit zu einem der Uniklinik von Pretoria zugehörigen Krankenhauses mit deutlich verminderter Ausstattung. Hier fand für alle Weiterbildungsassistenten aus den Universitätskliniken eine Fortbildung statt, bei der die Facharztanwärter vor den Augen der versammelten Ober- und Chefärzte Patienten voruntersuchen, diagnostische Maßnahmen einleiten und Therapievorschläge abgeben mussten.

In Pretoria fiel auf, dass eine zunehmende Verdrängung der alten Straßennamen und Krankenhausnamen erfolgt und eine Umbenennung in Namen von verdienten,

ehemaligen ANC-Kämpfern und -Führern stattfindet.

Der letzte Tag des Reisestipendiums führte uns unter der sehr freundlichen und engagierten Betreuung von Dr. Eddie D'Alton, einem ehemaligen deutsch-südafrikanischen Stipendiaten, in die Abteilung von Prof. Mariba in der Universität von Medunsa. Die Universitätsklinik von Medunsa ist eine ehemals von den weißen Südafrikanern gegründete Universitätsklinik zur Ausbildung von schwarzen Medizinern an schwarzen Patienten. Bemerkenswert dort war ein mikrochirurgischer Nahtkurs bei Annemarie Wiese, die seit circa 25 Jahren ehrenamtlich damit beschäftigt ist, alle südafrikanischen Fachrichtungen mikrochirurgisch auszubilden.

Insgesamt war das Fellowship perfekt organisiert und ausgesprochen vielseitig in den Einblicken, die wir gewinnen konnten. Das Land selbst ist faszinierend mit so vielen verschiedenen Gesichtern, Landschaften, Ethnien. Der kollegiale Zusammenhalt in der südafrikanischen orthopädischen Familie ist besonders bemerkenswert. Wir haben es außerordentlich genossen, mit den dortigen Kollegen an prä- und postoperativen Visiten teilzunehmen, verschiedene Krankheitsbilder und Operationstechniken zu diskutieren, über Differenzen im Behandlungsregime, Gesundheits- und Ausbildungssystem zu sprechen und insbesondere persönliche Kontakte zu den Kollegen zu knüpfen. Das alles ist einfach unbezahlbar.

Vielen Dank!

Wir möchten uns bei der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopä-

dische Chirurgie für die Ausschreibung dieses Stipendiums bedanken, bei Mrs. Leana Fourie für die Planung und Aufstellung eines solch interessanten Reiseplans, bei Prof. Wolfgang Pfföringer für die Betreuung aus Deutschland, bei unseren Kollegen zu Hause, die uns vertreten haben, und insbesondere bei den so gastfreundlichen südafrikanischen Kollegen, dass sie uns so einen tiefen Einblick in ihre Arbeit gewährt haben.

*Dr. Jörn Bengt Seeger
Dr. H.-Robert Springorum*



Dr. Jörn Bengt Seeger, Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie



Dr. H.-Robert Springorum, Orthopädische Universitätsklinik Regensburg

Namen



PD Dr. Frank Hartmann, Facharzt am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsmedizin Mainz, wurde am 18. April dieses Jahres im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Arbeit „Auswirkungen minimal-invasiver Operationsverfahren auf die Stabilität der thorakolumbalen Wirbelsäule“ habilitiert.



Dr. Oliver Heiber und **Dr. Ture Wahner** haben gemeinsam die Chefarztposition an der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie im St.-Antonius-Hospital, Eschweiler, übernommen. Sie folgen auf Dr. Werner Birtler, der sich nach mehr als drei Jahrzehnten in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet hat. Die Krankenhausleitung hat sich für eine Doppelspitze entschlossen, um alle Bereiche der Unfallchirurgie und der Orthopädischen Chirurgie abzudecken. Sowohl Dr. Heiber, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie, als auch Dr. Wahner, der als Experte für Gelenkimplantate gilt, waren bereits seit einigen Jahren als Oberärzte am St.-Antonius-Hospital tätig.



Dr. Gunther Schwetlick wurde zum 1. Februar 2013 als neuer Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des St. Josefs Krankenhauses Balerische Stiftung Gießen gewählt. Der Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie verfügt über die Zusatzbezeichnung spezielle chirurgische Orthopädie und ist APL-Professor an der Justus-Liebig-Universität Gießen.



Prof. Dr. Hanno Steckel, Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums Vitalis in Berlin, wurde von der Universität Göttingen zum APL-Professor berufen.



Prof. Dr. Thomas Mückley leitet seit März dieses Jahres die neue Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im HELIOS Klinikum Erfurt. Die zuvor eigenständigen Fachbereiche Orthopädie und Unfallchirurgie wurden zu einer gemeinsamen Klinik zusammengeführt. Zuletzt war der 45-jährige als Chefarzt für Unfallchirurgie, Orthopädie und Fußchirurgie im Klinikum Coburg beschäftigt.



Dr. Martin Ulatowski ist neuer Chefarzt des Bereiches Orthopädie und Unfallchirurgie im Sana Krankenhaus Radevormwald. Er ist Fachmann auf dem Gebiet der Implantation von Gelenkendoprothesen, insbesondere der Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke. Einen weiteren Schwerpunkt bilden arthroskopische Operationen der großen Gelenke sowie die Vorfußchirurgie.

Preise und Ehrungen



Friedrich Heuck Osteologie-Preis verliehen

Beim Osteologie-Kongress 2013 in Weimar hat Frau Dr. Christine Hamann aus der orthopädischen Klinik der Uniklinik Dresden den mit 2.500 Euro dotierten Friedrich Heuck Osteologie-Preis der Deutschen Akademie der osteologischen und rheumatologischen Wissenschaften (DA-dorW) erhalten. Damit wurde ihre bisherige Forschung zu Knochenveränderungen bei Typ-2-Diabetes ausgezeichnet. An einem

Rattenmodell mit Typ-2-Diabetes hat sie mit ihrer Arbeitsgruppe aus dem Labor von Professor Lorenz Hofbauer zunächst die spezifischen Änderungen des Knochenstoffwechsel beschrieben und im Folgenden mit Sklerostin-Antikörpertherapie die Knochendichte, Knochenqualität und die Defektregeneration deutlich verbessern können. Aktuell wird der Effekt von Parathormon auf den diabetischen Knochen untersucht. Die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend, um die im klinischen Alltag auftretenden Komplikationen bei der unfallchirurgischen/orthopädischen Versorgung von Patienten mit Typ-2-Diabetes medikamentös zu unterstützen.

Wir gratulieren...



Zum 80. Geburtstag

- ... Dr. Joachim Lehmann, Bremen
- ... Prof. Dr. Günther Hierholzer, Allensbach
- ... Dr. Hans Joachim Scheel, Warburg
- ... Prof. Dr. Harald Tscherne, Isernhagen
- ... Obermedizinalrat Dr. Heinz Wuschech, Berlin
- ... Dr. Wolf-Jürgen Zerweck, Ennepetal

Zum 85. Geburtstag

- ... Prof. Dr. Rudolf Bedacht, München
- ... Dr. Heinz Behrens, Schwerin
- ... Prof. Dr. Hans Helmut Gruenagel, Meerbusch
- ... Herrn Dr. Klaus Meyer, Gütersloh
- ... Prof. Dr. Jean Prévot, Nancy
- ... Dr. Rupert Reinhardt, Konstanz
- ... Dr. Heinz Werner Schmitt, Grünwald
- ... Dr. Hans Spiecker, Rückersdorf
- ... Dr. Heinz-Gert Wahl, Krefeld

Zum 90. Geburtstag

- ... Dr. Eberhard Bergmann, Braunschweig
- ... Dr. Ronald Keck, Westerland
- ... Prof. Dr. Ulrich H. Weil, Branford (USA)

Zum 95. Geburtstag

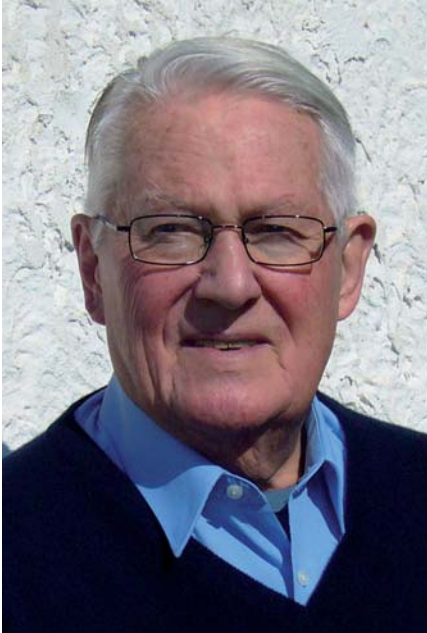
- ... Dr. Ernst Sobtzick, Bad Kissingen

Zum 105. Geburtstag

- ... Dr. Karl Empfenzeder, Passau



Gratulation für einen Wissenschaftler – Erneuerer – Förderer



Prof. Dr. Günther Hierholzer wurde am 24. April dieses Jahres 80 Jahre alt.

Prof. Dr. Günther Hierholzer feierte im April seinen 80. Geburtstag.

Günther Hierholzer, am 24. April 1933 in Engen/Hegau geboren, studierte Medizin in Freiburg und Innsbruck, promovierte 1961 am Biochemischen Institut der Universität Freiburg und war dort bis 1963 als wissenschaftlicher Assistent tätig. Dann begann bei Jörg Rehn am Bergmannsheil in Bochum seine chirurgische Weiterbildung, 1968 Facharzt für Chirurgie, wurde er 1969 dort Oberarzt. 1972, 39-jährig, zum Ärztlichen Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Duisburg berufen, leitete er diese bis zu seiner Pensionierung 1998. Mit der Schrift „Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur chronischen posttraumatischen Osteomyelitis“ habilitierte er sich 1973 an der Universität GHS Essen, von der er 1976 zum apl. Professor ernannt wurde.

Auf dem Weg der chirurgischen Wissenschaft

Früh hat Günther Hierholzer den Weg zur chirurgischen Wissenschaft betreten. Seine Ergebnisse – Hauptthemen waren Osteosynthese, posttraumatische Osteomyelitis und Krankenhaushygiene

– hat er auf Kongressen und in zahlreichen Publikationen offengelegt. Seine Diskussionsfreude war stets mit Debatierstrenge gepaart, ihm ging es dabei um die Wahrhaftigkeit der Darstellung. Als einer von wenigen Chirurgen war er nicht nur Präsident der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie (1978) und der Deutschen Gesellschaft für Katakastrophenmedizin (1991/1992), sondern sowohl Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (1985), deren Ehrenmitglied seit 1995, als auch der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1995). 30-mal, 1969 – 1998, hat er die AO-Kurse in Bochum organisiert, gestaltet und wissenschaftlich geleitet. Sie haben Generationen von jungen Chirurgen geprägt. Veranlasst durch die Erkenntnis, dass das Lebensschicksal der Unfallverletzten nicht nur von der kurativen Behandlung abhängt, gründete er das „Duisburger Gutachtenkolloquium“. Die gleichnamige Schriftenreihe (Springer) hat nachhaltig zur Begutachtungskultur beigetragen. Mehrere wissenschaftliche Zeitschriften, Monographien und eine chirurgische Operationslehre sahen ihn als Verfasser, Herausgeber oder in deren Redaktion. Mit seinem Lehrer Jörg Rehn, mit Heinz Contzen, Frankfurt/Main, Jürgen Probst, Murnau, und Siegfried Weller, Tübingen, führte er die BG-Kliniken in international anerkannte Spitzenpositionen. Ausdruck dieser Anerkennung war auch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes.

Als Bewahrer Erneuerung geschaffen

Als Bewahrer hat Günther Hierholzer Erneuerung geschaffen. Die Einheit des Faches Chirurgie hat er offensiv vertreten. Unter dem Motto „Qualitätssicherung durch Zusammenarbeit in der Chirurgie“ hat er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Fundamente gelegt, die das Gebäude der Chirurgie in die Zukunft tragen. Seine Mahnung, das von wegweisenden Persönlichkeiten überkommene chirurgische Erbe nicht zu vernachlässigen, gilt noch immer. Der Deutschen Sektion der AO hat er als Präsident im internationalen Wettbewerb Überlebensfähigkeit gesichert. Die Wiedervereinigung nutzte er, die Kollegen aus den neuen Bundesländern

in die AO und in die DGU zu integrieren und in Aufgaben und Verantwortung einzubinden. Als Gründungsmitglied der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein hat er dem Interessenausgleich mit den Patienten gedient und die Befriedung in kritischen Situationen vorangetrieben.

Sein besonderes Anliegen blieb die Fortentwicklung des BG Heilverfahrens. Das BG Institut für Traumatologie und der Beirat des Verbundes der BG Kliniken oblagen lange Zeit seiner wissenschaftlichen Leitung. Auch in „seiner“ BG Unfallklinik Duisburg hat er zahlreiche Innovationen eingeführt, die uns heute selbstverständlich geworden sind, vor vier Jahrzehnten jedoch als sensationell fortschrittlich galten: strikte Hygienestandards, Qualitätssicherung, Septische OP- und Stationseinheiten, Reinraum-OP mit Helmabsaugung und vieles andere mehr.

Verantwortung und Förderung der Mitarbeiter

Günther Hierholzer hat als Klinikleiter, als Kongresspräsident, als Herausgeber, in wissenschaftlichen Fachgesellschaften Verantwortung und Förderung seiner Mitarbeiter gelebt. Seine Schule war geprägt durch sein Beispiel im Tun, von Fairness, Kollegialität, stetem Einsatz, Präsenz am Krankenbett, stringenter Korrektur, intellektueller Redlichkeit, absoluter Diskretion gegenüber Rat und Hilfe suchenden Kollegen. Beredten Ausdruck seiner Philosophie offenbarte das Symposium „Chirurgisches Handeln“ (Konstanz 1988, Thieme).

Leistungsträger wusste er als Leitende Ärzte in seine Klinik zu integrieren. Neben zahlreichen Doktoranden sind fünf Chefärzte aus ihr hervorgegangen, dazu in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. K. P. Schmit-Neuerburg, Universität GHS Essen, vier Habilitierte. Seinem Nachfolger, Prof. Dr. H.-R. Kortmann, überließ er die Klinik wohlstrukturiert und bestens ausgestattet.

Daneben lag ihm die Förderung der bildenden Kunst am Herzen. Ob im weltbekannten Lehmbruck-Museum Duisburg oder an der Kunstakademie Düsseldorf

– stets war er aufgeschlossen und interessiert. Zahlreiche Kunstwerke hat er für die Klinik akquiriert. Die Ästhetik der rekonstruktiven chirurgischen Tätigkeit verknüpfte er mit jener der Kunst, die wissenschaftliche Arbeit in der Medizin mit der Auseinandersetzung in der Kunstszene.

Fortune und Erfolg

Mit gern genossener Fortune hat Günther Hierholzer großen Erfolg erarbeitet. Seine Basis war die Tradition, folgend dem Motto von Golo Mann: „Wer nicht um seine Herkunft weiß, hat auch keine Zukunft“. In der Chirurgie ist diese

Trias Tradition – Glück – Erfolg mit den Händen zu greifen. Seine alemannischen Wurzeln hat er im Ruhrgebiet ausschlagen lassen und ist ihnen doch wieder in die Heimat zum Bodensee gefolgt. Nachdem er Jahrzehnte unermüdlich, zielstrebig, vielschichtig gewirkt hatte, überfiel ihn die Entschleunigung der Pensionierung nicht unerwartet. Überraschend für alle, die ihn kennen, war die Findung eines neuen Lebensinhaltes im persönlichen Umfeld. Große Hilfe war ihm dabei seine Frau Sabine. Dazu sein Engagement als Ehrenvorsitzender im Verein „Mein Platz im Alter e.V.“ Allensbach. Dort führt er sein Engagement für die Menschen fort, nicht mehr mittels neuer OP-Technik,

sondern in unmittelbarer hoffnungsfroher Hinwendung zum hilfsbedürftigen Menschen. Sein Kunstsinn und seine karitative Einstellung befruchten sich gegenseitig und mögen ihm für kommende glückliche Jahre weiter Bestimmung sein.

PD Dr. Michael Roesgen, Düsseldorf-Benrath

Dr. Peter-Michael Hax, Duisburg

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau am Staffelsee

Ein Glücksfall für die Unfallchirurgie



Der Jubilar Prof. Harald Tscherne (2. v. li.) mit Bundesarbeitsministerin und Laudatorin Dr. Ursula von der Leyen, Prof. Christian Krettek (li.), Direktor der Unfallchirurgischen Klinik der MHH, und Prof. Dieter Bitter-Suermann (re.), von 1993 bis 1997 Ärztlicher Direktor der MHH und bis 2012 Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT).

Am 20. Mai hat Prof. Harald Tscherne seinen 80. Geburtstag gefeiert. Anlässlich dieses Ereignisses fand am Samstag, den 25. Mai 2013, ein wissenschaftliches Symposium zu Ehren von Prof. Tscherne statt. Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen hielt die Laudatio.

Der Name Harald Tscherne steht für die Unfallchirurgie. Kaum ein Name ist so

eng mit diesem Fach verbunden wie seiner. Das gilt nicht nur im deutschsprachigen Raum. Sein Schaffen hat viele geprägt und noch mehr inspiriert. Sein persönlicher Erfolg ist dabei eng verbunden mit der Geschichte der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). In dieser universitären Neugründung der 1960er Jahre entstand der erste Lehrstuhl für Unfallchirurgie. Der Herzchirurg Hans Borst initiierte damals die Gliederung

chirurgischer Disziplinen in Zentren nach Schwerpunkten, ein zu jener Zeit einzigartiges Konzept. Anfangs von vielen zunächst belächelt oder bezweifelt, dann als vorbildhaft wahrgenommen, ist es heute flächendeckend verbreitet. In einer Anzeige von 1969 aus „Der Chirurg“ wurden „Bewerber um den ausgeschriebenen Lehrstuhl“ gesucht und „soll[t]en eine allgemeine chirurgische Vorbildung besitzen und darüber hin-

Namen

aus alle modernen traumatologischen Verfahren einschließlich der Osteosynthese und die Handchirurgie aus eigener breiter Erfahrung beherrschen. Sie soll[t] en das Fach Unfallchirurgie in Krankenversorgung, Forschung und Lehre eigenständig und unabhängig vertreten.“ Es war das erste Mal, dass ein Ordinariat öffentlich ausgeschrieben wurde. Nach nur viermonatigem Berufungsverfahren konnte sich der damals erst 37-jährige Harald Tscherne aus Graz durchsetzen und trat am 1. November 1970 seine Arbeit in Hannover an.

Der erfahrenste Unfallchirurg im Haus

Seine Passion für die Medizin aber begann bereits viel früher. Schon als Kind hatte er sich als Schüler sehr für Chirurgie und Erste Hilfe interessiert und den Wunsch, einmal Chirurg zu werden, dann konsequent verfolgt. Der Weg in die Unfallchirurgie war aber durch Zufälle geprägt. Nach 20-monatiger Tätigkeit am Grazer Unfallkrankenhaus begann er an der Universitätsklinik von Graz die chirurgische Weiterbildung, wo er – zwei Jahre später – nach dem plötzlichen Weggang des Oberarztes schlagartig „der erfahrenste Unfallchirurg im Haus“ war. Laut eigener Aussage war er „in dieser Situation [...], ohne es unbedingt zu wollen, in die Unfallchirurgie geschlittert“.

Mit Engagement und Mut konnte Harald Tscherne die Chance nutzen, in Hannover mit seinem Team passionierter Mitarbeiter und nahezu unbegrenzten Ressourcen ein national und international anerkanntes Behandlungs- und Forschungszentrum für schwerverletzte Patienten zu etablieren. Harald Tscherne hat die Entwicklung der Unfallchirurgie hin zu ihrer jetzigen Form nicht nur erlebt, er konnte sie stets aktiv mitgestalten. In Hannover hat er mit Hingabe und großer Konsequenz eine einheitliche „Schule“ geschaffen. Diese beruhte auf der „kompromisslosen Suche nach der optimalen Behandlung im weitläufigen Spektrum der Unfallchirurgie“.

Die deutschsprachige Unfallchirurgie war auch Vorbild für den Aufbau unfallchirurgischer Versorgungsstrukturen in vielen anderen Ländern, insbesondere auch in Nordamerika. Der bilaterale Gedankenaustausch und enge Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen im In- und Ausland waren für Harald Tscherne stets

Führen durch Vorbild und Vorleben war bei Prof. Tscherne nicht nur Worthülse, sondern inhaltliches Programm.

besonders wichtig. So haben sich in den 30 Jahren seiner Ägide 1.700 Ärzte aus 56 Nationen als Besucher, Gastärzte oder Stipendiaten an der MHH aufgehalten.

In Deutschland war er Gründungsmitglied der deutschen Sektion der AO am 19. November 1970, deren Prinzipien und Arbeit er stets begleitet und mitgestaltet hat. Er war über viele Jahre Herausgeber der Zeitschriften „Der Unfallchirurg“ (1975) und „Der Orthopäde“ (1983). Unter seiner Ägide und gegen den anfänglichen Widerstand vieler entwickelte sich „Der Unfallchirurg“ aus der „Monatsschrift für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin“ zur „wissenschaftlichen und standespolitischen Heimat der deutschen Unfallchirurgie“.

1979 war Harald Tscherne Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Tagung fand in Wien statt und war hervorragend strukturiert und organisiert. Ich war damals noch Medizinstudent im Praktischen Jahr in Traunstein, und der Chefarzt Huber nahm mich mit zu meinem ersten medizinischen Kongress überhaupt. Alle sprachen geradezu mit Ehrfurcht von Harald Tscherne, es war meine erste Begegnung mit ihm überhaupt.

Richtungsweisendes Werk für die Unfallchirurgie

Ein ganz wichtiger, weiterer Meilenstein war die Entwicklung und Gründung der European Trauma Society, die er initiiert und mitbegründet hat. Die erste Präsidentschaft im Jahre 2000 war ein wunderbarer Abschluss seiner Ausnahmekarriere. Heute ist er Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In der Danksagung wird seine Leistung als „herausragend“ gewürdigt und sein „klinisch ausgerichtetes wissenschaftliches Werk international richtungsweisend für die Entwicklung der Unfallchirurgie“ geschildert. Weitere Belege dieser Leistung sind die zahlreichen Ehrungen,

die Harald Tscherne über die Jahre zuteil wurden. Unter ihnen der Erich-Lexer-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutsche Preis der präklinischen Notfallmedizin, die Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Lorenz-Böhler-Medaille der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der George Pennal/Robert Judet Award und der Hans-Dietrich-Genscher-Preis für besondere Verdienste in der Notfallrettung und Rettungsmedizin. Die größte Ehre wurde ihm 1998 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse für sein Lebenswerk zuteil.

Doch an Preisen und Ehrungen allein lässt sich der Verdienst Harald Tschernes für die Entwicklung der Unfallchirurgie nicht messen. Auch nicht an den zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und 24 Büchern, die in seinen 30 Jahren als Ordinarius an der MHH entstanden. Die größte und nachhaltigste Prägung der Unfallchirurgie erfolgte durch die Menschen, die er klinisch und akademisch gefördert und gefordert, geformt, aus- und weitergebildet hat. Führen durch Vorbild und Vorleben war bei ihm nicht nur Worthülse, sondern inhaltliches Programm.

Insgesamt 46 Habilitationen, 55 Chefärzte und 13 Ordinarien im In- und Ausland haben seine Konzepte verbreitet und kontinuierlich weiterentwickelt. Ganz im Sinne von Harald Tscherne, der Tradition nie als „die Anbetung der Asche“, sondern immer als die „Weitergabe des Feuers“ verstanden hat.

In ihrer Laudatio im vollbesetzten Hörsaal der MHH nannte die Bundesministerin für Familie und Arbeit, Frau Dr. Ursula von der Leyen, Harald Tscherne einen „Glücksfall für die MHH und einen Glücksfall für ganz Deutschland.“ Nicht nur das. Harald Tscherne war und ist auch ein Glücksfall für die gesamte Unfallchirurgie. Nicht nur in Deutschland.

*Prof. Dr. Christian Krettek, FRACS, FRCSEd
Direktor der Unfallchirurgischen Klinik
der MHH*

Österreichischer Pionier der Arthroskopie

Primarius Dr. Franz Lansiedl ist im März 2013 völlig unerwartet im 66. Lebensjahr beim Skifahren in Kanada verstorben.

Univ. Doz. Dr. Franz Lansiedl war der Pionier der Arthroskopie in Österreich und hat sich bei der Entwicklung arthroskopischer Operationsverfahren große Verdienste erworben, die auch international große Beachtung fanden. Er wurde am 5. September 1946 in Wien geboren. Nach seinem Medizinstudium promovierte er 1970 an der Universität Wien zum Doktor der Medizin. Nach Absolvierung des Turnus in der Krankenanstalt Rudolfstiftung begann er die Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie am orthopädischen Spital Wien-Speising und erhielt 1977 die Facharztanerkennung.

Im April 1979 wurde er zum Oberarzt ernannt. Am 1. Mai 1988 übernahm Dr. Lansiedl die Leitung der 1. Orthopädischen Abteilung im Orthopädischen Spital Speising. 1995 erhielt er die Zuerkennung des Diploms für Rheumatologie und Sportmedizin, und am 6. Juli 2005 erfolgte die Verleihung der *Venia legendi* für das Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie.

Mitglied internationaler Fachgesellschaften

Univ. Doz. Dr. Franz Lansiedl war Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Fachgesellschaften, unter anderem der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO), der Österreichischen Gesellschaft für Manuelle Medizin, der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin (ÖGSMP), der International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopedic Sports Medicine (ISAKOS), der Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SICOT), der European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA), der European Federation of National Associations of Orthopedics and

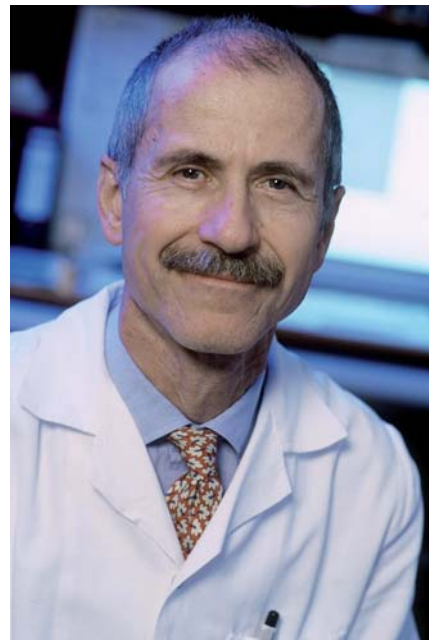
Traumatology (EFORT) und der DGOOC. Aufgrund seiner wissenschaftlichen Tätigkeit und großen Erfahrung auf dem Gebiet der Arthroskopie wurde er für die Jahre 1998 bis 2000 zum Präsidenten der AGA (Arbeitsgemeinschaft für deutschsprachige Arthroskopie) gewählt. Seit 1991 war er Instruktor der AGA und von 1991 bis 2002 Vorstandsmitglied. Dr. Franz Lansiedl hat sehr erfolgreich den AGA-Jahreskongress 1998 mit insgesamt 800 Teilnehmern in Wien veranstaltet. Darüber hinaus war Dr. Lansiedl von 2000 bis 2003 ordentliches Mitglied und österreichischer Nationaldelegierter der Europäischen Gesellschaft für Schulter- und Ellbogenchirurgie (SECEC).

Wissensvermittlung war sein großes Anliegen

Primarius Lansiedl war es ein großes Anliegen, sein Wissen an die junge Generation in der Orthopädie weiterzugeben. Er hat zahlreiche Arthroskopiekurse national und international organisiert und veranstaltet und war Mitglied der Fakultät von mehr als 30 nationalen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen in der Arthroskopie. Insgesamt hat er 93 Publikationen verfasst, 260 Vorträge gehalten und an zahlreichen Arthroskopiekursen als Veranstalter bzw. Referent und Ausbilder mitgewirkt.

Die Entwicklung des Orthopädischen Spitals Speising war Dr. Lansiedl ein großes Anliegen. Er war stets allen Neuerungen aufgeschlossen und war maßgeblich daran beteiligt, dass sich das Orthopädische Spital zu einem modernen, führenden Zentrum für Orthopädie in Österreich entwickelt hat. In den Jahren 2001 und 2002 war Dr. Lansiedl zusätzlich zu seiner Funktion als Primarius auch Geschäftsführer des Orthopädischen Spitals Speising.

Als Mensch, Arzt und Lehrer war Primarius Dr. Franz Lansiedl ein Vorbild für eine ganze Generation von Ärzten. Er war immer zur Stelle, wenn er gebraucht



Primarius Dr. Franz Lansiedl

* 5. September 1946

† 18. März 2013

wurde und hat stets versucht, für die ihm anvertrauten Patienten sein Bestes zu geben. Privat fand er seinen Ausgleich zu den beruflichen Herausforderungen beim Fischen, Motorradfahren und Skifahren.

Im Rahmen einer Skitour ereilte ihn letztendlich, völlig überraschend, ein viel zu früher Tod. Wir trauern mit seiner Familie, seiner Frau Edith, seinen vier Kindern und zwei Enkelkindern. Franz Lansiedl hinterlässt eine große Lücke als Arzt, Wissenschaftler und Freund. Wir werden ihn nie vergessen.

*Univ. Prof. Dr. Franz Grill
Ärztlicher Direktor des Orthopädischen Spitals Wien-Speising*

Abschied von einem Aufrichtigen



Foto: Privat

Dr. Karl-Erich Brinkmann ging am 10. April 2013 aus dem Leben.

Nachruf auf Dr. Karl-Erich Brinkmann, der im April dieses Jahres verstorben ist.

In Süddeutschland stellt man sich einen Hanseaten so vor: Groß, klarer Blick, wacher Verstand, unbestechlich, beharrlich, kantig. Brinkmann eben! Neben diesem Bild war Karl-Erich Brinkmann

aber auch ein gebildeter, umfassend besessener Feingeist, musikalisch und recht sensibel. Er hörte darüber hinweg (und liebte es heimlich doch), wenn ihn seine Mitarbeiter und Schüler „Papa Brinkmann“ nannten.

Brinkmann wurde 1937 in Hamburg geboren, und wahrscheinlich hat die medizinisch geprägte Familie die Basis für seine außergewöhnliche soziale Kompetenz gelegt: Mutter Krankenschwester, Vater orthopädischer Chirurg, Schwester Krankengymnastin, Bruder orthopädischer Chirurg... Während seiner Lehr- und Wanderjahre wurde Brinkmann an den besten Adressen ausgebildet: Würzburg, Hamburg, München, Bergmannsheil-Buer, Fürstfeldbruck, Linz, Basel, Heidelberg und schließlich: Karlsbad-Langensteinbach. Dort war er zunächst zehn Jahre leitender Oberarzt bei Prof. Rossak und von 1980 bis 2002 selbst Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie. Während dieser Zeit hat er sich in engagiertester Weise um das Wohl seiner Patienten gekümmert. Kinder mit infantiler Zerebralparese lagen ihm besonders am Herzen. Die Böhler Gipsschule hatte er von der Pike auf gelernt und gab sie aktiv an seine Mitarbeiter weiter. Er war ein echter orthopädischer Allrounder, der von der Hand- und Fußchirurgie, Rheumachirurgie,

Kinderorthopädie bis zur Traumatologie alle Bereiche beherrschte. Im Laufe der Jahre entwickelte sich seine Abteilung zu einem überregionalen Spezialzentrum für Endoprothetik einschließlich komplexester Wechselchirurgie. Der Fundus, den er seinen Nachfolgern hinterlassen hat, ist eine Schatzkammer für ausgefallene Endoprothesenmodelle und zeugt von dem lebendigen Innovationsgeist, der in dieser Phase des Endoprothesenzeitalters vorherrschte.

Seine Leistungsfähigkeit konnte Brinkmann 1985 mit der Präsidentschaft der erfolgreichen 33. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden auch unter wissenschaftlichen und organisatorischen Gesichtspunkten eindrucksvoll belegen; später war er mehrjährig für die Vereinigung als Kassenprüfer tätig und Beiratsmitglied der Zeitschrift.

Am 10. April 2013 ist Karl-Erich Brinkmann in Karlsbad-Langensteinbach verstorben. Freunde, Kollegen und Mitarbeiter durften ihn als Vorbild erleben und konnten sich glücklich schätzen, „Papa Brinkmann“ stets um Rat fragen zu dürfen.

*Desiderius Sabo, Heidelberg
Andreas Ritter von Stockert, Bad Rappenau*

Pionierin auf dem Gebiet der Behandlung der Zerebralparese gestorben

Prof. Dr. Margret Feldkamp wurde 1979 von der DGOOC für ihre Arbeit auf dem Gebiet der Ganganalyse bei Kindern mit zerebralparetischen Bewegungsstörungen mit dem renommierten Konrad-Bielski-Preis geehrt. Sie ist am 25. April 2013 gestorben.

Über 30 Jahre hat Prof. Margret Feldkamp spastisch gelähmte Kinder oder Kinder mit ähnlichen Leiden therapiert und auf diesem Gebiet geforscht. Als sie 1966 an die Orthopädische Universitätsklinik in Münster kam, traf sie in Prof. Matthiaß einen orthopädischen Kollegen, mit dem sie die medizinische und wissenschaftliche Begeisterung für die Erforschung und Behandlung des behinderten Kindes mit einer Zerebralparese teilte. Hans-Hennig Matthiaß hatte in Münster die Grundsteine für die Arbeit mit Spastikern gelegt. Unter diesem Mentor gelang der jungen Kinderärztin der Aufbau einer neuro-orthopädischen Abteilung, die weit über die Grenzen Münsters hinweg bekannt wurde. Ihre grundlegenden wissenschaftlichen Arbeiten und Buchpublikationen sind noch heute Grundsteine der CP-Behandlung.

„Wenn ich Bayerin gewesen wäre, wäre ich wohl Kinder-Rheumatologin geworden“, hat sie einmal auf ihre vorherige

Arbeit in der Rheuma-Klinik Garmisch-Partenkirchen angespielt. Aber als Norddeutsche zog es sie nach einer zweijährigen Tätigkeit als Missionsärztin in Indien zurück in den Norden, und sie entschied sich für die Orthopädie, wo sie sich 1975 als erste Frau habilitierte. In der Fachwelt hat sie sich als Pionierin in Diagnostik und Therapie der infantilen Zerebralparese große Anerkennung erworben. Nicht wenige orthopädische Assistenten gingen in den Jahren von 1966 bis 1992 durch „ihre Hände“ und lernten von ihr, dass man auch bei zerebral geschädigten Kindern und ähnlichen Leiden Besserungen erreichen kann. Oft nur klein erscheinende Erfolge, die von den Betroffenen umso höher eingeschätzt wurden. Dass sie – neben den Operationen – ihre Schwerpunkte in der Therapie auf die Krankengymnastik legte, war ihrer Freundschaft mit der Physiotherapeutin Berta Bobath und ihrem Ehemann, dem Neurologen und Kinderarzt Karel Bobath, zu verdanken. Ein Wissen, dass sie als Leiterin und Lehrerin der Krankengymnastikschule und in der Betreuung des Heinrich-Piepmeyer-Hauses weitergab.

1992 verließ sie die Universitätsklinik und begann im St. Franziskus Hospital mit einer neuen Abteilung für Neuro-



Orthopädie noch einmal neu, wo sie bis zu ihrer Pensionierung 1998 die Grundlagen für die heutige Arbeit mit dem behinderten Kind in der Kinderorthopädie geschaffen hat. Prof. Dr. Margret Feldkamp ist am 25. April 2013 im Kreise ihrer Familie in Bochum gestorben.

Anne Marie Feldkamp





Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband
der Fachärzte für
Orthopädie und
Unfallchirurgie e.V.



Deutsche
Gesellschaft
für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie
und Orthopädische
Chirurgie e.V.



Deutsche
Gesellschaft
für Unfallchirurgie

Liebe Mitglieder!

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

Sie fragen – Ihr Vorstand antwortet.

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

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

Den Gordischen Knoten durchschlagen

BVOU Mitgliederversammlung in Baden-Baden am 2. Mai 2013

Joachim Stier

Die Mitgliederversammlung des BVOU war thematisch bestimmt von der engen Kooperation zwischen dem Verband und der DGOU. Synergien nutzen für das Fachgebiet OU – keine Fusion, so lautete das Motto.

Mitglieder des BVOU äußerten ihre Bedenken wegen des Umzugs der Geschäftsstelle in den Tiergarten-Tower: hinsichtlich der personellen Ausstattung, aber auch des eigenen Profils, verbunden mit der Sorge, von anderen dominiert zu werden. Getrennte Mietverträge, so lautete eine Empfehlung. „Das sind die gleichen Sorgen wie meine“, mag sich Prof. Dr. Hartmut R. Siebert, Generalsekretär der DGOU/DGU, gedacht haben, der als letzter des BVOU-Vorstands sein Statement abgab: „Auch auf Seiten der Gesellschaft gab es, ähnlich wie im Verband, Befürchtungen, die sich auch aus der Vergangenheit speisten.“ Der eine begegnete dem anderen mit Skepsis, der wiederum dem einen mit Skepsis begegnete. Dass daraus keine Lähmung entstand, dafür haben die Vorstände gesorgt und entschieden: BVOU und DGOU werden Projekte gemeinsam entwickeln, das Begonnene weiter fortsetzen – und zwar in gemeinsamen Räumen. Beide Seiten werden unter Wahrung ihrer Selbstständigkeit ihre Kompetenzen zum Voranbringen des einen, gemeinsamen Faches

der Orthopädie und Unfallchirurgie einbringen.

Synergien entwickeln

Es geht um Synergien, nicht um eine Fusion, betonte BVOU-Präsident Helmut Mälzer: „Die Sorgen teile ich jetzt nicht mehr.“ Es geht nicht nur um Verband und Gesellschaft, sondern um eine Partnerschaft der O und U in Niederlassung und Klinik. Beide Seiten wollen damit der überfälligen Aufhebung der Sektorengrenzen im eigenen Fach vorgreifen. BVOU-Vizepräsident Dr. Andreas Gasen: „Das ist ein großer Wurf. Es war für alle Beteiligten ein großer Schritt; die Sorgen sind nachzuvollziehen, aber wir werden beweisen, dass sie nicht begründet sind.“

Wohin es geht, brachte Präsident Helmut Mälzer, einen Vorredner korrigierend, auf den Punkt: „Über das Novotel, nicht ins Novotel.“ Gemeint ist der Standort am Tiergarten. Man zieht in das Zentrum der Entscheidungen – in die Nachbarschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Gemeinsamen Bundesausschuss. Symbolisch haben sich beide Seiten bewegt und geben prominente Standorte auf: der BVOU quasi den Ku'damm, die DGOU die Mitte.

ES KOMMT ZUR ABSTIMMUNG

Die BVOU-Mitglieder werden zur Urabstimmung aufgerufen werden. Es geht um die Überarbeitung des EBM-Kapitels 18, also des OU-Kapitels. Die Frage, die die Mitglieder entscheiden müssen, zielt darauf, ob es gewünscht wird, im Fachgebiet Grund- bzw. Kernleistungen zu definieren. Bejaht die Mehrheit diese Einteilung, wird eine Arbeitsgruppe ihre Arbeit aufnehmen, erläuterte während der Mitgliederversammlung Dr. Matthias Graf, Landesvorsitzender des BVOU Bayern. Präsident Helmut Mälzer: „Wollen und vor allem können wir vollumfänglich unter den gegebenen und künftigen Bedingungen tätig sein? Oder wollen bzw. müssen wir uns auf Basisleistungen beschränken?“

BVOU Youngsters

Ein Projekt, an dem die Sinnhaftigkeit des Zusammengehens deutlich wird, führte Helmut Mälzer mit der Arbeit der „Youngsters“ an. Stefanie Weber und Luisa Peter haben zusammen mit Dr. Jan Philipp Schüttrumpf vom Jungen Forum der DGOU in Göttingen O und U als Wahlfach in der Vorklinik etabliert. BVOU-Vorstand Dr. Helmut Weinhart betonte, die Youngsters hätten mit großem Erfolg Interesse bei den Studierenden wecken können: „Jetzt geht es darum, dies auch an anderen Universitätskliniken zu implementieren.“

Bereits bewährt hat sich die Zusammenarbeit in den Vorschlägen zur Reform der Weiterbildungsordnung, die BVOU-Vizepräsident Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer vorstellte und gemeinsam mit den Professoren Niethard und Siebert verantwortete. „Wir haben uns in zwei Bereichen klar positioniert: Etablierung des Basisfacharztes OU mit realistischeren OP-Zahlen und eine stärkere Betonung konservativer Inhalte.“ Für das Konservative, die Basisversorgung, solle keine eigene Zusatzweiterbildung etabliert, sondern für sie soll die Orthopädische Rheumatologie modifiziert werden. Dies hat



Foto: BVOU

Bei der Mitgliederversammlung in Baden-Baden kreiste die Diskussion unter anderem um den bevorstehenden Umzug der Geschäftsstelle.

Aus den Verbänden

Beim Zusammenzug der Geschäftsstellen von BVOU, DGOOC, DGU und DGOU geht es nicht um eine Fusion, sondern um das Ausschöpfen möglicher Synergien. Es geht um eine Partnerschaft von O und U in Niederlassung und Klinik. Beide Seiten wollen damit der überfälligen Aufhebung der Sektorengrenzen im eigenen Fach vorgreifen.

inhaltliche und strategische Gründe. Das europäische Verständnis der Rheumatologie deckt sich weitestgehend mit den Inhalten der konservativen Orthopädie, betonte Karsten Dreinhöfer: „Wir modifizieren die Orthopädische Rheumatologie so, dass sie europäischen Vorstellungen entspricht – dort ist der Rheumabegriff primär durch die Internisten besetzt.“ Vorgegangen wird folgendermaßen: In der Orthopädischen Rheumatologie werden die Eingriffszahlen deutlich reduziert – diese können auch teils durch 1. Assistenzen erlangt werden. Daneben soll ein Großteil der konservativen Inhalte abgebildet werden: „So können wir auf dem Vorhandenen aufbauen und dem konservativen Zug gerecht werden.“ Dies wurde im Vorfeld mit den Internisten abgeklärt – Prof. Dr. Wolfgang Rüter hat sich hier engagiert, um Querschüsse weitestgehend auszuschließen, erläuterte Prof. Dreinhöfer.

Finanziell stark unter das gemeinsame Dach

Unter das gemeinsame Dach kommt der BVOU auf wirtschaftlich stabilen Beinen: Überschüsse positiv, Rücklagen positiv – im siebenstelligen Bereich: „Für gesicherte Verhältnisse des BVOU ist gesorgt“, betonte BVOU-Schatzmeister Dr. Peter Heppt. Vom Zusammengehen verspricht sich der Schatzmeister, besser wirtschaftliche Synergien in OU heben zu können. Doch nicht nur unter pekuniären Aspekten: Auch das Lobbying ließe sich gemeinsam verbessern, zeitliche Ressourcen ließen sich besser ausnutzen. Peter Heppt lobte die Länder für ihre Haushaltsdisziplin, die die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel gut einsetzen – dies sind 20 Prozent der Mitgliedsbeiträge aus dem jeweiligen Bundesland.

Kooperationsvorläufer

Der DKOU kann als ein großes Vorläuferprojekt in punkto Kooperation gelten. In diesem Jahr ist BVOU-Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller DKOU-Präsident des Berufsverbandes. Er warb unter anderem für den Kongress mit dem Hinweis auf niederlassungsfreundlichere Programmzeiten. So werden Themen, die auch für Niedergelassene interessant sind, eher auf den Donnerstag und Freitag konzentriert. Seinen Kollegen Prof. Dr. Reinhard Hoffmann und Prof. Dr. Bernd Kladny dankte Karl-Dieter Heller für die gute Zusammenarbeit. Auch seien besser besuchte Mitgliederversammlungen möglich, da die Mittagseminare entfallen würden.

Erfreulich falle das Wachstum der ADO aus: mehr Kurse, da auch von Interkongress die DKOU-Angebote übernommen wurden; mehr Personal sei denkbar; mehr Überschuss – finanziell sei man deutlich im Plus. Auch hier werde es Kooperationen mit den Partnerakademien geben.

Wie bereits beim DKOU 2012 gab Prof. Heller seiner Hoffnung Ausdruck, dass es am besten bei der alten GOÄ bliebe: „Alles, was neu angedacht ist, würde seltsam, und das Seltsamste ist die Bürgerversicherung, die wir alle nicht wollen.“

Gemeinsames leisten

DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Hartmut R. Siebert schloss den Vortragsreigen des Vorstands. „Die DGOU ist jetzt fünf Jahre alt – wir haben viel erreicht, aber keine rosarote Brille auf, denn wir sind uns durchaus der Probleme bewusst. Wir haben aber gelernt und eingesehen, dass es viele gemeinsame Problemstellungen und Lösungen gibt, die sich lohnen, gemeinsam angepackt zu werden.“ Er verwies auf die Weiterbildungsordnung, die er mitverantwortete: „Hier hat sich aus beiden Gruppen viel Knowhow zusammengetan, und das denke ich, das hat unserem Entwurf auch nur gut getan.“

Prof. Siebert hob Projekte hervor, mit denen sich O und U nach außen besser

ALLE STAUNEN

Selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gestaunt, dass die Kassen die Orthopäden und Unfallchirurgen zu den Grundversorgern zählen, schilderte BVOU-Vize Dr. Andreas Gassen, als er das Konzept der PFG – der Pauschale für die Fachärztliche Grundvergütung – erläuterte. Diese Einstellung der Kassen kann für das Fach bares Geld bedeuten. Vor allem den Grundversorgern soll die Pauschale nämlich zur Verfügung stehen. Diese wurde von 125 Millionen auf 150 Millionen aufgestockt. Unter anderem habe man dafür die Summen der Labors um 40 Millionen Euro gekürzt. Auch die Dialysesachkosten wurden abgesenkt. „Wir kommen so auf rund 300 Millionen Euro für Fach- und Hausärzte gemeinsam.“ Die Kassen sehen als Grundversorger die folgenden Fachgebiete an: Gynäkologen, HNO-Ärzte, Dermatologen, Orthopäden und Unfallchirurgen, Augenärzte und Urologen. Andreas Gassen wollte sich zur Höhe der Pauschale nicht festlegen: Sie dürfte zwischen 2,50 und 3,50 Euro liegen.

positionieren könne. Das „Weißbuch Forschung in O und U“ sei jetzt fertig und gedruckt. Demnächst werde es ausgeliefert und online zur Verfügung gestellt. Ministerien und andere Entscheider sollen sich damit ein Bild machen, was OU in den einzelnen Forschungsbereichen leistet (Grundlagenforschung, Versorgungsforschung und andere), wie sie vernetzt ist. „Es geht um das bessere Akquirieren von Fördermitteln und darum, deutlich zu machen, dass nicht nur Krankenversorgung betrieben wird, sondern auch exzellente Forschung.“ Siebert zum Abschluss: „Wir haben eine Menge vor, das können wir nur gemeinsam leisten. Wir führen Ressourcen zusammen, ohne die Unterschiede zu verwischen.“



Joachim Stier ist freier Journalist in Berlin/Aachen.



Mitgliederversammlung des BVOU Niedersachsen

Dr. Wolfgang Böker

Am 2. März fand die Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Niedersachsen im Casino der Ärztekammer in Hannover statt. Im Mittelpunkt stand der ausführliche Vortrag von Mark Barjembruch, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Erstmals konnte ein KV-Vorsitzender für eine Veranstaltung des Berufsverbandes in Niedersachsen gewonnen werden. Dies zeigt auch das neue gute Verhältnis zwischen der KV und den fachärztlichen Berufsverbänden. Barjembruch nahm in seinem Vortrag Stellung zu den aktuellen Themen in der Berufspolitik.

CT-gesteuerte Wirbelsäuleninterventionen

Ein brennendes Problem ist die Einschränkung des Überweiserkreises für die CT-gesteuerten Interventionen. Dies wird in Niedersachsen zum 1. Juli 2013

zu massiven Problemen in der Patientenversorgung führen. Die ursprünglich zum 1. April geplante Änderung konnte auf Initiative verschiedener fachärztlicher Berufsverbände zumindest auf den 1. Juli verschoben werden. Ab diesem Zeitpunkt ist die Überweisung zum Radiologen aber lediglich durch einen Schmerztherapeuten möglich. Nur die wenigsten Orthopäden haben diese Zusatzbezeichnung, so dass die Orthopäden vom Zuweiserkreis fast vollständig ausgeschlossen sind. Für die allermeisten Teilnehmer stieß diese Bundesvorgabe auf völliges Unverständnis. Wenn nicht die Orthopäden, wer sonst soll entscheiden können, welche weiterführende Therapien bei Patienten mit Rückenschmerzen sinnvoll sind?

Bedarfsplanung

Ein weiteres Thema ist die Bedarfsplanung. Ab dem 1. Juli gilt die neue

Bedarfsplanung. Dies bedeutet für Niedersachsen 17 neue Orthopäden, insbesondere in den ländlichen Kreisen. Da die Honorarmenge nicht steigt, bedeutet dies unterm Strich einen Honorarverlust von etwa fünf Prozent. Es ist allerdings geplant, die Zulassungen in den einzelnen Bezirken über die nächsten drei Jahre zu strecken, so dass nicht 17 neue Orthopäden auf einmal am 1. Juli zugelassen werden können.

Aktuelle Honorarsituation

Auch die aktuelle Honorarsituation ist leider nicht sehr erfreulich. Das aktuelle Regelleistungsvolumen (RLV) liegt wieder bei circa 23 Euro. Dies ist umso deprimierender, wenn man weiß, dass RLV und Qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV) im letzten Quartal um etwa 22 Prozent überschritten wurden. Allerdings muss man wissen, dass in anderen Fach-



Erstmals nahm ein Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen – Mark Barjembruch (2. v. li.) – an einer Mitgliederversammlung des BVOU Niedersachsen teil.

Foto: Privat

Aus den Verbänden

gruppen die Überschreitung noch höher ausgefallen ist. Hier gilt der Appell, weiterhin alle Leistungen aufzuschreiben, um die Leistungsmenge entsprechend abzubilden. Dies ist hoffentlich bei künftigen Honorarverhandlungen hilfreich.

Erfreulich ist, dass die entdeckelten Leistungen weiterhin fortgeführt werden. Dies betrifft für unsere Fachgruppe insbesondere die ambulanten Operationen. Auch die Praxisbesonderheiten bleiben weiter bestehen, auch wenn die abschließende Finanzierung noch nicht geklärt ist. Insgesamt liegt die zu erwartende Honorarsteigerung ab dem dritten Quartal bei circa 3,6 bis 3,7 Prozent. Hinzu kommt die fachärztliche Grundpauschale. Diese wird voraussichtlich jedoch lediglich 2,50 Euro betragen. Dies ist insbesondere der Tatsache geschuldet, dass jetzt auch die Internisten mit Zusatzbezeichnung in den Genuss dieser Pauschale kommen.

Neue Berufsordnung der Landesärztekammer

Abschließend wurde noch über die Änderung der Berufsordnung der Landesärztekammer zum 1. Februar 2013 diskutiert. Es handelt sich hier um die individuelle Unterstützung bei der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen („Kongress-Sponsoring“). Der gegenwärtige Standpunkt der Landesärztekammer ist, dass die Erstattung von Zuschüssen zu Kongressen oder Fortbildungsveranstaltungen sowie die Übernahme von Gebühren für Kongresse durch die Pharma-Industrie eine unerlaubte Zuwendung ist. Gestattet ist weiterhin die Unterstützung von Fortbildungen zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln. Auch dieser Punkt wurde sehr kontrovers diskutiert. Diese verschärfte Regelung gilt entgegen der Bundesvorgabe nur in Niedersachsen, in anderen Bundesländern gilt weiterhin die bewährte

Regelung. Der vorauseilende Gehorsam gegenüber der Politik wurde in der Veranstaltung scharf kritisiert.

Die rege und inhaltlich sehr fundierte Diskussion der teilnehmenden Mitglieder ist als ein Beleg am Interesse der Arbeit des Berufsverbandes zu werten. Dies wurde anschließend auch vom KV-Vorstandsvorsitzenden Barjembruch positiv bemerkt. Diese Veranstaltung wird daher weiterhin im jährlichen Rhythmus stattfinden.



Dr. Wolfgang Böker ist BVOU-Landesvorsitzender Niedersachsen.



Im Rahmen des VSOU 2013 fand die Jahreshauptversammlung der Sektion ORh statt. Prof. Stefan Rehart (u.l.), Präsident der DGORh, und die Sektion arbeiten eng zusammen.

Den Patienten anfassen – den Patienten begreifen

Dr. Uwe Schwokowski, Joachim Stier

Die Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) 2013 in Baden-Baden hatte mit dem Kongresspräsidenten Hermann Locher erstmalig seit 31 Jahren einen konservativ tätigen Orthopäden aus der Praxis an der Spitze. Die konservativen Inhalte der Orthopädie waren nach Jahren wieder „greifbar“.

„Nur wer den Patienten anfasset, kann ihn auch begreifen!“ – Dieses Zitat von Prof. Tilscher aus Wien sollte für die konservative Orthopädie wieder bedeutsam sein: Die ausführliche Anamnese und die körperliche Untersuchung eines Patienten sind der Anfang eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die weitere Betreuung und Behandlung sollten

den Orthopäden zum „Verbündeten“ des Patienten im Kampf gegen seine Erkrankung machen.

Reformprozess

Durch die Reform der Weiterbildungsordnung (WBO) kommen mehr konservative Inhalte im Rahmen der Orthopädischen Rheumatologie (ORh) zur Geltung. Prof. Wolfgang Rüter ist hierbei maßgeblich Ausarbeitende. Sofern die Empfehlung zur WBO ORh zum Ärztetag 2014 weitgehend übernommen wird, wird der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie der Zukunft die konservative Orthopädie im Rahmen seiner Weiterbildung intensiv erlernen. Die Möglichkeiten einer Übergangsregelung

für Orthopäden/Unfallchirurgen, die ORh zu erlangen, wird dann zu erarbeiten sein. Unser Zertifizierungskurs-System könnte hierbei möglicherweise einbezogen werden und als Grundstock dienen.

Kurs auf 500 Absolventen

Im 1. Halbjahr fanden in diesem Jahr bereits acht ADO-Zert-I Kurse und vier ADO-Zert-II Kurse statt. Zusammen mit den Kursen aus dem 2. Halbjahr 2012 haben dann 370 Teilnehmer den Kurs I und 160 Teilnehmer den Kurs II absolviert. Nach dem Absolvieren des ADO-Zert-I Kurses (Frühdiagnostik) für rheumatische Krankheitsbilder hat der Orthopäde das notwendige Wissen und Können, in seiner täglichen Praxis mit der diagnos-

Aus den Verbänden

tischen Arbeit sofort und intensiv zu beginnen und gegebenenfalls eine Frühbehandlung (ADO-Zert-II Kurs) einzuleiten: Damit können Wartezeiten überbrückt werden, bevor der Patient zum orthopädischen oder internistischen Rheumatologen überwiesen werden kann. Daher ist der erste Schritt zum Therapiestart kein großer, es muss nicht mehr zugewartet werden. Wichtig ist, dass sich das Fachgebiet zum Verbündeten der Patienten macht. Der Patient ist bei Ihnen und braucht Sie, um durch eine möglicherweise jahrelange Leidenszeit begleitet zu werden. Ziele, die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) unterstützt werden, wie ihr Präsident Prof. Dr. Stefan Rehart während unserer Jahreshauptversammlung in Baden-Baden betonte.

Lücke schließen

Unser Fach sorgt auf diese effiziente Weise für den notwendigen Lückenschluss in der rheumatologischen Grundversorgung – das ist im Sinne des Sicherstellungsauftrags. Daher tritt die Sektion ORh mit der Forderung an die Krankenkassen, dass die Teilnahme von Orthopäden und Orthopädischen Rheumatologen an rheumatologischen Strukturverträgen

Keine Strukturverträge in Sachen „Früherkennung rheumatologischer Erkrankungen“ ohne Orthopäden und Orthopädische Rheumatologen (ORh) – das ist eine Kernforderung der Sektion ORh im BVOU.

Pflicht sein muss. Dies ist keine „Kann“-, sondern eine „Muss“-Bestimmung! Dies bedeutet: kein Strukturvertrag „Früherkennung Rheumatischer Erkrankungen“ ohne Orthopäden bzw. rheumatologisch vorgebildete Orthopäden bzw. Orthopädische Rheumatologen. Wir fordern die Gleichstellung in den Verträgen von Internistischen und Orthopädischen Rheumatologen.

Motivierender Grundstock

Mit dem ADO-Zert-III „Therapie Rheumatischer Erkrankungen“, der im 1. Quartal 2014 startet, werden Orthopäden/Unfallchirurgen ihre Fortbildung ORh komplettieren und mit zusätzlichen Fortbildungsangeboten über die ADO insgesamt 50 Fortbildungspunkte erreichen. Dies ist ein kleiner, aber motivierender Grundstock für die Zeit des Übergangs.



Dr. Uwe Schwokowski leitet die Sektion Orthopädische Rheumatologie des Berufsverbandes.



Joachim Stier ist freier Journalist in Berlin/Aachen.



Foto: Gina Sanders/Fotolia

Private Rechtsschutz-Versicherung: Was ist hier eigentlich versichert?

Ass. jur. Stefan Wilhelmi, Funk Gruppe

Im Infobrief 1/2012 wurde ausführlich dargestellt, in welchen Fällen automatisch durch die Mitgliedschaft Rechtsschutz (RS) über einen Gruppenvertrag des Verbandes besteht. Daneben wurde dort auf die Möglichkeit hingewiesen, weitergehenden Rechtsschutzbedarf zu decken. Rechtsschutzpakete sowohl für angestellte als auch für niedergelassene Mediziner gibt es zahlreich, wobei sich für den „Laien“ ein Vergleich oft schwierig gestaltet, unterscheiden sich die auf dem Markt befindlichen Konzepte doch nicht nur im Preis, sondern vor allem auch durch die angebotenen Deckungsinhalte. Eine preiswerte Deckung muss nicht schlecht – eine teure nicht zwangsläufig gut sein.

Oftmals bestehen Unklarheiten, welche Fälle von einer Rechtsschutz-Versicherung überhaupt gedeckt sind. In der nebenstehenden Tabelle ist aufgeführt, was bereits obligatorisch durch die Mitgliedschaft versichert ist und welche Bausteine über eine selbst zu Sonderkonditionen abzuschließende Anschlusspolice abgedeckt werden.

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

Wann greift der Rechtsschutz?

Um zu verdeutlichen, für welche Fälle hier Rechtsschutz gewährt wird, nachfolgend noch einige Beispiele:

- Aus betrieblichen Gründen müssen Sie einen Mitarbeiter entlassen. Dieser klagt hiergegen vor dem Arbeitsgericht (Arbeits-Rechtsschutz).
- Ihnen wird die Approbation entzogen, wogegen Sie Klage erheben (Verwaltungsgerichts-RS).
- Nach Überprüfung der Abrechnungen wird Ihnen durch die KV ein Bescheid zugestellt, in dem Ihnen Positionen gestrichen werden. Hiergegen legen Sie Widerspruch ein, eventuell schließt sich ein Klageverfahren vor dem Sozialgericht an (Sozial-RS einschließlich Widerspruchsverfahren).
- Ein Privatpatient zahlt das Honorar nicht, und Sie müssen Ihre Ansprüche letztlich vor Gericht geltend machen (Rechtsschutz im Vertrag und Sachenrecht ab Gericht).
- Sie stürzen auf einem fremden Grundstück und fordern vom Grundstückseigentümer Schadenersatz, weil dieser seine Streupflicht vernachlässigt hat (aktiver Schadenersatz-RS).
- Ihnen wird vorgeworfen, bei Rot über eine Ampel gefahren zu sein. Gegen

- diesen Vorwurf möchten Sie sich wehren (Ordnungswidrigkeiten-RS).
- Sie werden verpflichtet, ein Fahrtenbuch zu führen. Damit sind Sie nicht einverstanden (Verwaltungs-RS in Verkehrssachen).
- Ihnen geht ein Steuerbescheid zu. Der hiergegen eingelegte Widerspruch bleibt erfolglos und Sie erheben Klage (Steuer-RS vor Gerichten).
- Ihre angemietete Praxis wird mit Nebenkosten belastet, die Sie für unberechtigt halten. Diese Ansprüche möchten Sie abwehren (Wohnungs- und Grundstücks-RS).
- Wegen einer angeblichen Verletzung von wettbewerbsrechtlichen Vorschriften werden Sie von einem Kollegen auf Unterlassung in Anspruch genommen. Hiergegen möchten Sie sich zur Wehr setzen (Wettbewerbs-RS).
- Sie benötigen eine Rechtsberatung in einer erbrechtlichen Frage (Erstberatungs-RS im Familien- und Erbrecht).
- In Vorbereitung einer geplanten Niederlassung werden Verträge, beispielsweise Miet- oder Kaufvertrag geschlossen, woraus es zu Streitigkeiten mit dem Vertragspartner kommt (Niederlassungsklausel).
- Infotel: Deutschlandweite, gebührenfreie Rechtsschutz-Hotline

Dieser Katalog versicherter Sachverhalte könnte fast beliebig verlängert werden, was jedoch den hier zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen würde. Er kann daher nur die Rechtsgebiete anreißen, die durch eine Anschlussdeckung abgedeckt werden können. Für Angebote und Fragen steht der Funk-Ärzte-Service als BVOU-Kooperationspartner in Versicherungsfragen gerne zu Verfügung.

| Leistungsarten Rechtsschutz (RS) | | Gruppen-Rechtsschutz | Anschlussdeckung* | |
|---|--|--|---|--|
| | | | außergerichtliche Interessenwahrnehmung | gerichtliche Interessenwahrnehmung |
| Straf-RS als Arzt | | + | - | - |
| Spezial-Straf-RS für Straf- und Ordnungswidrigkeiten im Privatbereich | | - | + | + |
| Arbeits-RS | a) angestellter Arzt | ab gerichtlicher Wahrnehmung | + | - |
| | b) angestellter Arzt als Organ, zum Beispiel als Geschäftsführer | - | - | + (gegen Prämienzuschlag) |
| | niedergelassener Arzt | - | - | + |
| Verwaltungs-RS | verbeamteter Arzt | ab gerichtlicher Wahrnehmung für dienstrechtliche Streitigkeiten | - | + (außer Streitigkeiten mit berufsständischen Versorgungseinrichtungen) |
| | sonstige Ärzte | - | | |
| Sozial-RS | a) angestellter Arzt | ab gerichtlicher Wahrnehmung für Musterprozesse | für Regressverfahren bis 500 € Anwaltshonorar | außerhalb von Musterprozessen |
| | b) niedergelassener Arzt | | + | + |
| Wettbewerbs-RS | a) angestellter Arzt | ab gerichtlicher Wahrnehmung für Musterprozesse | - | - |
| | b) niedergelassener Arzt | | + | + |
| Schadenersatz-RS | | - | + | + |
| Steuer-RS | | - | - | + |
| Daten-RS | | - | - | + |
| RS im Vertrags- und Sachenrecht | angestellter Arzt | - | im Privatbereich | für aus freiberuflicher Tätigkeit resultierende Liquidationen bis 100.000 € |
| | niedergelassener Arzt | - | - | + |
| Erstberatungs-RS im Familien- und Erbrecht | | - | im Privatbereich | - |
| Disziplinar- und Standes-RS | | + | - | - |
| Wohnungs- und Grundstücks-RS (für alle selbst genutzte Praxis- und Wohnräume) | | - | + | - |

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Dr. med. Harald **Beckert** · Hohenfelde
 Dr. med. Reiner Johannes **Bramlage** · Bremen
 Dr. med. Adrianus **den Hertog** · Bremen
 Dr. Esther **Dingeldey** · Berlin
 Dr. med. Ralf **Dittmer** · Krefeld-Uerdingen
 Dr. Ralph **Driver** · Bremen
 Mohammed Khaled **Feda** · Bad Honnef
 Dr. med. Sven **Freche** · Halle/Saale
 Dr. med. Thomas Marc **Frenkel** · Bitterfeld
 Dr. med. Svenja **Friedmann** · Laatzen
 Mechthild **Hanner** · Münster
 Dr. med. Kay **Jacobsen** · Göttingen
 Prof. Dr. med. Markus **Knöferl** · Neu-Ulm
 Dr. med. Peter **Koch** · Düsseldorf
 Sandra **Köhler** · Krefeld-Uerdingen
 Ines **Lehmann** · Greifswald

Dr. Univ. Sarajevo Milazim **Loxhaj** · Salzgitter
 Dr. med. Florian **Mackel** · München
 Dr. med. Joachim **Mallwitz** · Hamburg
 Remigius Josef **Marx** · Schwerte
 Dr. med. Stephan **Müller** · Berlin
 Dr. med. Christian **Sachs** · Worms
 Dr. med. Bernhard **Schley** · Olsberg
 Dr. med. Gregor **Semmelmann** · Köln
 Dr. Lutz C. **Simon** · Hamburg
 Dr. med. Johannes **Sommermeier** · Potsdam
 PD Dr. med. Andreas **Suckel** · Stuttgart
 Stylianos **Toumasis** · Rodalben
 Dr. med. Andreas **Tümpel** · Zwickau
 Dr. med. Michael **Wiendl** · Pullach

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Westfalen-Lippe

Bezirk Dortmund: **Harald Ulbrich** aus Dortmund wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt, er ist Nachfolger von **Peter Harder** aus Dortmund. Als Stellvertreter wurde **Martin Lehmann** aus Dortmund wiedergewählt.

Rheinland-Pfalz

Landeswahlen: **Frank Fasco** aus Pirmasens wurde zum neuen Landesvorsitzenden gewählt; er ist Nachfolger von **Dr. med. Thomas Möller**; als Stellvertreter wurden **Dr. med. Ulrich Filzmayer** aus Schifferstadt und **Dr. med. Thomas Möller** aus Speyer gewählt.

Bezirk Pfalz: **Frank Fasco** aus Pirmasens wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt, er ist Nachfolger von **Dr. med. Thomas Möller** aus Speyer; als Stellvertreter wurde **Dr. med. Jan Ulmer** aus Frankenthal gewählt.

Bayern

Bezirk München (Stadt und Land): **Dr. med. Hartmut Gaulrapp** aus München wurde zum Bezirksvorsitzenden wiedergewählt; als Stellvertreter wurde **Dr. med. Tobias Vogel** aus München gewählt, er ist Nachfolger von **Dr. med. Jörg Land** aus München.

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

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



> nu3 - die Nährstoffexperten

>> nu3 - die Nährstoffexperten

Im Online-Shop von nu3 finden Sie die richtigen Nährstoffe & wertvolle Informationen zu den Themen Gesundheit, Schönheit, Naturprodukte & Sport. Top-Marken und ausgewählte Produkte finden Sie bei uns zu besten Preisen.

Nachlass: 15%



> Tropical Islands

>> Europas größte tropische Urlaubswelt

Im Tropical Islands erwartet Sie eine Welt voller Exotik. Ein Spaziergang am Strand der Südsee, eine Expedition durch den tropischen Regenwald, zahlreiche Erlebnishighlights, entspannte Stunden in der Sauna-Landschaft, gutes Essen,

Nachlass: 50%



> SIGMA

>> Objektive in groß

Das Ergebnis aus Hochtechnologie, Know-how und Erfahrung steht für den Namen SIGMA. Ganz bewusst wurde dieser Name in Anlehnung an den griechischen Buchstaben S gewählt, der in der Mathematik für die Gesamtsumme steht.

Nachlass: bis zu 15%



> weg.de

>> Vorfreude inklusive

Freuen Sie sich auf Sommer, Sonne, Strand und Meer. Bei uns finden Sie unzählige Last Minute- und Pauschalreisen sowie Hotels.

Nachlass: 7%



Zu den Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation

Bericht aus der Sektion Prävention (DGOU)/ AG Prävention von Verletzungen (DGU)

Christina Huwer

WHO Trauma Care Checklist

Jedes Jahr sterben weltweit mehr als fünf Millionen Menschen an den Folgen von Verletzungen. Bei einem Vielfachen dieser Zahl verbleibt eine Behinderung oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Bereits heute entfallen 11 Prozent der „Global Burden of Disease“ auf die Ursache Verletzungen. Dabei stammen zirka 90 Prozent der Getöteten und lebenslang Beeinträchtigten aus Schwellen- und Entwicklungsländern (WHO, Global Burden of Disease: 2004 update, 2008).

Primäre und sekundäre Prävention können bedeutend zur Reduktion dieser Maßzahlen beitragen. Gerade in Entwicklungsländern ist jedoch der Zugang zu und die Qualität der Versorgung oft limitiert (Henry JA, J Trauma Acute Care Surg, 2012). Während in Deutschland definierte Kriterien für zertifizierte Traumazentren im TraumaNetzwerk DGU® bestehen, wird die Erstversorgung Unfallverletzter in vielen Entwicklungsländern meist nicht in einer geeigneten Infrastruktur und nicht von Unfallchirurgen oder Notfallmedizinern, sondern von Allgemeinärzten oder nicht-ärztlichem

Personal ohne „Traumakompetenz“ vorgenommen. Daraus wird verständlich, dass das Sterberisiko nach lebensbedrohlicher, aber überlebbarer Verletzung in Entwicklungsländern sechsmal höher als in Industrienationen ist (Mock CN, J Trauma, 1993).

In entwickelten Ländern konnte durch kontinuierliche Interventionen eine signifikante Reduktion der Mortalitätsrate erreicht werden. Allerdings wird eine Fehlerrate von 0,02 bis 6,7 Fehler pro Patient bei der Erstversorgung schwerverletzter Patienten beschrieben. Checklisten sind mittlerweile ein viel beachtetes Instrument gegen Behandlungsfehler durch „Vergessen“ oder „Unterlassen“. Ein Beispiel ist die weit verbreitete WHO Safe Surgery Checklist, für die eine Reduktion von Morbidität und Mortalität um ein Drittel gezeigt wurde (Haynes AB, New England Journal of Medicine, 2009).

WHO Trauma Care Checklist

Daher begann die WHO in 2009 mit der Entwicklung der WHO Trauma Care Checklist für die zeitkritische Phase der Erstversorgung schwerverletzter

Patienten. Ziel war die Entwicklung einer Checkliste als Ergänzung vorhandener Schockraumprotokolle bzw. -algorithmen (zum Beispiel ATLS®) und zur Anwendung in Ländern aller Entwicklungsstufen. Dabei kann und soll die hier vorgestellte WHO-Checkliste nicht als Ersatz für eine Ausbildung oder etablierte Schockraumprotokolle genutzt werden. Sie soll vielmehr die Versorgung schwerverletzter Patienten verbessern, indem sie sicherstellt, dass essenzielle Maßnahmen nicht vergessen werden.

Den ersten Entwurf für die Checkliste erarbeitete eine Expertenrunde während des WHO Global Forum on Trauma Care (Rio de Janeiro, 2009). In der Folge wurde die Rohfassung in einem weltweiten Netzwerk von Krankenhäusern und Fachvereinigungen weiter verbessert.

Der so entwickelte Checklistenentwurf enthält 16 Punkte in zwei Gruppen. Die erste Gruppe soll unmittelbar nach der initialen Stabilisierung des Patienten abgefragt werden. Sie besteht aus Items, die sicherstellen sollen, dass keine Verletzungen übersehen werden, deren Übersehen wahrscheinlich zum Tod oder zu



Foto: O. Neves

Transport schwerverletzter Unfallopfer in Mosambik

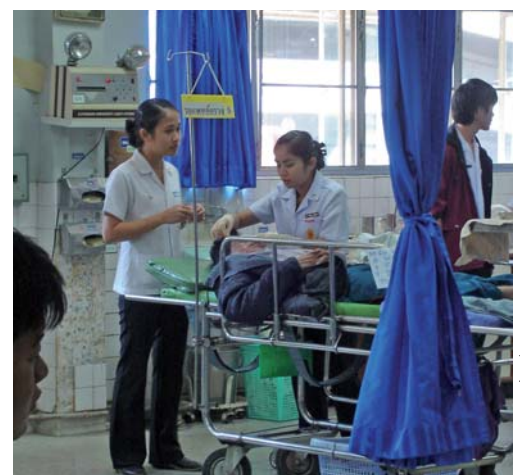


Foto: M. Peden/WHO

Emergency Room in Lampang, Thailand

einer bleibenden massiven Einschränkung führt. Die zweite Gruppe wird dann unmittelbar vor Verlegung des Patienten aus dem Schockraum komplettiert. Sie zielt darauf ab, dass keine für den weiteren Behandlungsverlauf relevanten Informationen verloren gehen.

Pilotstudie in zwölf Krankenhäusern

Eine erste Praxiserprobung wurde im Rahmen einer Pilotstudie in zwölf Krankenhäusern vorgenommen. Darunter waren mit Krankenhäusern in Melbourne und Toronto zwei Industrieländer vertreten. Die weiteren Teilnehmer repräsentierten Schwellen- und Entwicklungsländer, namentlich Kamerun (Limbe und Buea), Kolumbien (Neiva), Indien (Delhi und Mumbai), Pakistan (Karachi), Ruanda (Kigali), Vietnam (Hanoi) und Thailand (Khon Kaen). Die Checkliste wurde in der Pilotstudie zum Teil an die lokalen Verhältnisse angepasst. Dies wurde und wird von der WHO ausdrücklich befürwortet, um die Akzeptanz der Anwender und damit die Nutzung und letztlich den Nutzen der Checkliste zu steigern.

In einer begleitenden Vorher-Nachher-Studie wurde dann untersucht, inwieweit die Checkliste die Erstversorgung im Hinblick auf Einhaltung eines empfohlenen Vorgehens beeinflusste. Dazu dokumentierten unabhängige Beobachter im Schockraum, welche diagnostischen Schritte und notwendigen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten durchgeführt bzw. unterlassen wurden. Weiterhin wurden Daten zum Behandlungsverlauf schwerverletzter Patienten ausgewertet.

Bisher unpublizierte Daten zeigen vielversprechende vorläufige Ergebnisse. Alle beobachteten diagnostischen Schritte und notwendigen Maßnahmen wurden nach Implementation der Checkliste signifikant häufiger durchgeführt. In einigen der teilnehmenden Krankenhäuser zeigte sich nach Implementation der Checkliste eine gesunkene Mortalitätsrate. Die Fertigstellung der Datenanalyse, eines Handbuch sowie die globale Veröffentlichung der WHO Trauma Care Checkliste erfolgen noch in diesem Jahr.

Fazit

Die Checkliste adressiert die Erstversorgung schwerverletzter Patienten im Schockraum. Sie kann für die Nutzung in diversen Umgebungen modifiziert werden, einschließlich Kriegsgebieten oder Gegenden mit einer hohen Rate an interpersoneller Gewalt oder Verkehrsunfällen. Eine Anwendbarkeit im deutschen Setting wird geprüft werden.

Das vollständige Literaturverzeichnis kann bei der Autorin angefordert werden.



Christina Huwer, Assistenzärztin am Unfallkrankenhaus Berlin, ist Mitglied der Sektion Prävention/AG Prävention von Verletzungen und aktuell Stipendiatin bei der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Jahresbericht der AG Psychosomatik

Dr. Ulrich Peschel

Die Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik der DGOU tagt turnusmäßig einmal jährlich während des Hauptkongresses in Berlin. Dazwischen gibt es Abstimmungen und Korrespondenz der Mitglieder untereinander. Vorsitzender des Arbeitskreises ist Herr Dr. Ulrich Peschel, Hamburg. Stellvertreter sind: Herr Prof. Markus Schiltenswolf (Heidelberg) und Herr Wolfgang Bartels (Bad Kreuznach).

Ziele des Arbeitskreises

Der Arbeitskreis hat es sich nicht zum Ziel gesetzt, die klassische Psychosomatik in das Fach einzubringen, sondern zu sensibilisieren für psychische Komorbiditäten und insbesondere für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung. Hinweisen zu geben, dass ein rein biomechanisches Verständnis den Anforderungen unseres Faches nicht gerecht wird.

Der Arbeitskreis entwickelt folgende Tätigkeiten:

- Präsentation und Vortragstätigkeiten mit psychosomatischen Inhalten auf den Kongressen in Berlin und Baden-Baden.
- Stetige Präsenz in der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte, mit dem späteren Ziel, einen festen Sitz in der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO) zu erlangen.
- Aufbau einer Sektion Orthopädie und Unfallchirurgie in der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin.
- Beratung und Unterstützung von Kollegen, die sich psychosomatischen Inhalten öffnen wollen.
- Es ist unser Wunsch, dass in der Facharztweiterbildung die psychosomatische Grundversorgung fest mit verankert ist. Ein erster Antrag hier-

zu vor einigen Jahren blieb vom Vorstand unbeantwortet, der zweite Antrag hat jetzt eine Antwort gefunden. Das Ergebnis steht aber noch nicht fest. Im Falle der Zustimmung wäre der Arbeitskreis bereit, entsprechende Kurse, zugeschnitten auf die Bedürfnisse unseres Faches, anzubieten.

- Ferner hat der Arbeitskreis eine enge Kooperation mit dem Arbeitskreis Rehabilitation.
- Entwicklung von Modellen über Ethik in unserem Fachgebiet.

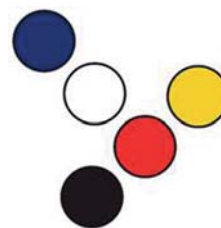


Dr. Ulrich Peschel leitet die AG Psychosomatik der DGOU.

Neues von der AFACOT

Association franco-allemande des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

Prof. Dr. Joachim Pfeil



„Il faut que nous restions dynamique pour transformer nos derniers essais réussis. – Wir müssen dynamisch bleiben, um unsere erfolgreichen Versuche in die Tat umzusetzen.“ (Philippe Tracol)

Seit dem interessanten und traumhaft schönen Meeting in Cavaillon, organisiert 2012 von Prof. Philippe Tracol, ist schon wieder einige Zeit verstrichen. Vom 25. bis 30. März 2013 fand das Treffen der Vereinigung im Rahmen der 33èmes Journées Caribennes d'Orthopédie in St. Martin statt. Der Organisator Prof. Jean Louis Rovillain, Leiter der orthopädisch-traumatologischen Abteilung der Universität von Martinique, hatte Vorträge und „tables rondes France-Allemagne“ ins Programm genommen.

Mittlerweile ist die AFACOT ein in Frankreich eingetragener Verein mit allen Organen eines Vereins. Persönliche Treffen von Mitgliedern der AFACOT haben häufig stattgefunden, aber es ist Zeit, die nächsten größeren Zusammenkünfte zu planen.

26. bis 29. September 2013: Kongress der AFACOT in Wiesbaden

Donnerstag, 26. September
Anreise und Get together

Freitag, 27. September

Ganztägige wissenschaftliche Tagung im Vortragssaal des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden. Vier Themenblöcke werden jeweils mit korrespondierenden Referenzen aus beiden Ländern stattfinden.

- Politische Themen im Umfeld der OU Krankenhäuser

- Planungen in 2D und 3D und Navigation bei OU Eingriffen
- Endoprothetik current concepts in D/F
- Fallbesprechungen und freie Themen

Die Vorträge werden überwiegend in englischer Sprache gehalten, Folien in einer der Landessprachen präsentiert – ein mittlerweile bewährtes Verfahren.

Samstag, 28. September

Busausflug in den Rheingau mit Besuch des Klosters Eberbach, des Hessischen Staatsweingutes, der Germania und des Mittelrheintales – einer der schönsten Gegenden Deutschlands – mit französisch/deutscher Führung. Am Abend stillvoller Ausklang.

Ein Zimmerkontingent im ibis Hotel ist bereits reserviert. Kontakt: Hotel ibis, Georg-August-Zinn-Str. 2, 65183 Wiesbaden, Telefon: +49 (6 11) 3 61 40

Das wissenschaftliche Programm ist im Detail noch nicht festgelegt. Vortragsvorschläge sind deshalb noch möglich. Teilnahme und oder passende Vortragsthemen bitte via Mail mitteilen an: Prof. Pfeil, pfeiljo@joho.de

17. bis 19. September 2014: Hüfttagung in Toulouse

AFACOT-Mitglied Prof. Philippe Chiron organisiert die französische Hüfttagung in Toulouse, eine Veranstaltung mit circa 800 Teilnehmern, die im dreijährigen Rhythmus stattfindet (www.hipnews.org/hiptoulouse). Die Kongressteil-

nahme von deutschen Kollegen ist erwünscht. Vortragsvorschläge können direkt an Prof. Chiron gemailt werden: descorthopaedie@free.fr

Und außerdem...

Die AFACOT plant eine wissenschaftliche Sitzung beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 in Berlin (28. bis 31. Oktober 2014). Am Vortag und am Abend der Sitzung wird ein Besuchsprogramm organisiert.

2015 wird der SOTEST-Kongress (Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Est), organisiert vom französischen Generalsekretär Pierre Henky und dem Schatzmeister Dr. Graftiaux der AFACOT, zusammen mit der AFACOT stattfinden. Auf diesem Kongress wird auf verschiedenen Themenfeldern ein grenzüberschreitender Wissensaustausch stattfinden.

Frankreich wird Gastland beim D.A.F.-Kongress am 20. und 21. März 2015 in Bayreuth sein. Vermittelt von der AFACOT hat Organisator Dr. Arnold bereits Kontakt mit französischen Experten aufgenommen.

Nur die Kontinuität erhält die Freundschaft!



Prof. Dr. Joachim Pfeil ist deutscher Generalsekretär der AFACOT.

Neue Mitglieder

- Ayas**, Ahmad Walid · Köln
Abu Jayab, Dr. Amjad · Dortmund
Al-Ali, Omar · Oberstdorf
Ames, Dr. med. Michael · Tuttlingen
Örgel, Marcus · Mannheim
Böttcher, Dr. med. Uwe · Eschwege
Bazgar, Dr. med. Farid · Pforzheim
Becker, Dr. med. Daniel · Hamburg
Behrens, Kerstin · Helmstedt
Berger, Dr. med. Josephine · Hamburg
Bonk, Maximilian-Niklas · Ulm
Cha, Uwe · Berlin
Chatenay, Claudia · Braunschweig
Cho, Seung-hoon Christopher · Zürich, SCHWEIZ
Cucchiarini (Madry), Prof. Dr. rer. nat. Magali · Homburg/Saar
Delbeck, Dr. med. Norman · Ratingen
Deucker, Stefanie · Bietigheim-Bissingen
Dietz, Julia · Halle (Saale)
Dogan, Dr. med. Ayhan · Berlin
Doll, Julian · Heidelberg
Drzisga, Dr. med. Ivonne · Dormagen
Fayad, Saed · Dortmund
- Fidan**, Dr. med. Sefer · Berlin
Findeisen, Sebastian · Heidelberg
Fröhlich, Dr. med. Vanessa · Tübingen
Georgomanos, Dr. med. Evangelos · Nürnberg
Gottstein, Dr. med. Stefanie · Braunschweig
Grüneburger-Mechau, Dr. med. Karin · Wangen
Hammerschmid, Florian · München
Hanner, Mechthild · Münster
Hegermann, Dr. med. Stefan · Mönchengladbach
Heilgemeir, Max, Stans · SCHWEIZ
Hochrein, Dr. med. Alfred · München
Horter, Dr. med. Melanie · Münster
Issaian, Dr. med. Hendrik · Berlin
Jefferson-Keil, Dr. Tamara · Heidelberg
Köhler, Sandra · Krefeld
Kühlfluck, Dipl. med. Pamela · Heidelberg
Kahlert, Christina · Heidelberg
Kizilpinar, Orhan · Bielefeld
Koch, Cora-Diane · Hamburg
Kornienko, Kira · Heidelberg
Kovács, Dr. med. Dániel · Weißenfels
- Kowarzik**, Dr. med. Dorit · Stolberg
Krusche, Matthias · Worms
Lägel, Dr. med. Anne · Leipzig
Mälzer, Helmut · Berlin
Müller, Jens Hendrik · Nürnberg
Maurer, Dr. med. Thomas · Langenthal, SCHWEIZ
Meier, Dr. med. Maximilian · Nürnberg
Mooij, Dr. med. Saskia C. · Stolberg
Neudecker, Dr. med. Michael · Ingolstadt
Prilipp, Erik · Berlin
Rashad, Mohamed · Heilbronn
Reinke, Dr. med. Simon · Berlin
Rimkus, Dr. med. Frank · Crivitz
Schaub, Dr. med. Sebastian · Ratingen
Schneider, Dr. med. Marco M. · Köln
Speidel, Wolfgang · Stuttgart
Swartman, Dr. med. Benedict · Ludwigshafen a. Rhein
Trübenbach, Dr. med. Helmut · Hannover
Wieghorst, Dr. med. Nikolaj · Giessen

DGOOC-Kurs 2013 Knie

Prof. Dr. Christian Siebert

Auch im Frühjahr 2013 kam die Sektion Sportorthopädie-Sporttraumatologie der DGOOC dem Auftrag nach, eine umfassende Fort- und Weiterbildungsveranstaltung für die Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ zum Thema Knie in Berlin abzuhalten. Das Team aus dem Sektionsvorstand, bestehend aus Dr. Michael Krüger-Franke (München), PD Oliver Miltner (Berlin) und Prof. Dr. Christian Siebert (Hannover) wurde in bewährter Manier von PD Dr. Martin Engelhardt (Osnabrück) unterstützt. Die Veranstaltung stand unter dem Patronat der AGA – Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie und der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS).

Dank der professionellen Zusammenarbeit mit unseren Industriepartnern konnte erneut eine vielseitige Fortbildung zum Kniegelenk, beginnend mit der Arthroskopie und Meniskus chirurgie über die Knie-Bandchirurgie bis hin zu gelenkerhaltenden Maßnahmen mit den verschiedensten Implantat- und Verankerungssystemen angeboten werden. Auch aktuelle Entwicklungen in der Kniechirurgie, wie MPFL-Rekonstruktionen, konnten im Präparier-Saal der Charité trainiert werden. Am dritten und letzten Kurstag wurde dann noch eine breite Pa-



lette aus dem Bereich Primär-Endoprothetik, Revisions-Endoprothetik, bis hin zum Arthrodesennagel zur Darstellung gebracht und am Sawbone eingesetzt.

Unter den vielen Referenten freuten sich die Veranstalter insbesondere über die Mitarbeit von Prof. Dr. Peter Angele (Regensburg), Prof. Phillip Lobenhoffer (Hannover) und Prof. Dr. Werner Siebert (Kassel). Tatkräftig unterstützt wurden die Veranstalter noch durch die Doktoren C. Grim (Osnabrück), L. Hagemann (Han-

nover), A. Kugler (München) und T. Pfitzner (Berlin).

Herr PD. Dr. Miltner hatte in der bekanntesten Weise den Gesellschafts- und Referentenabend so gestalten können, dass diese Abendveranstaltungen allen Teilnehmern lange in angenehmer Erinnerung bleiben werden. Somit konnte am Samstagnachmittag die Gruppe nach einem intensiven, wenn auch anstrengenden Kurs in die Berliner Sonne entlassen werden.

Da auch dieses Jahr der Kurs ausgebucht war und sich die Veranstalter zum wiederholten Mal guter Kritiken erfreuten, signalisierten die Veranstalter der Fachgesellschaft die Bereitschaft, den 4. Kniekurs Ende Februar 2014 anzubieten.



Prof. Dr. Christian H. Siebert, Präsident der Sektion Sportorthopädie-Sporttraumatologie

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.

Ackermann, Dr. med. Ole · Duisburg

Al-Momani, Dr. med. Ziad · Tafers

Becker, Dr. med. Daniel · Hamburg

Bilir, Dr. med. Hüseyin · Hamm

Böttcher, Dr. med. Uwe · Eschwege

Breuer, Benjamin · Köln

Buckup, Johannes · Frankfurt/Main

Doerjer, Dr. med. Stefan · Karlsruhe

Eingartner, Prof. Dr. med. Christoph · Bad Mergentheim

Georgomanos, Dr. med. Evangelos · Nürnberg

Horter, Dr. med. Melanie · Münster

Huber, Hannah · Dachau

Keller, Dr. med. Katharina · Köln

Kizilpinar, Orhan · Bielefeld

Klotz, Dr. med. Matthias · Heidelberg

Lägel, Dr. med. Anne · Leipzig

Lehner, Dr. Burkhard · Heidelberg

Maier, Dr. med. Michael · Heidelberg

Ost, Dr. med. Wolfgang · Nürtingen

Petersen, Dr. Ute · Berlin

Pietsch, Dr. Aki Alexander · Hamburg

Renouard, Dr. Germain · Berlin

Scharr, Dr. med. Tim Christian · Köln

Schnake, Dr. med. Klaus John · Frankfurt/Main

Schneider, Dr. med. Marco M. · Köln

Schwarz, Uwe · Berlin

Staribacher, Dr. med. Daniel · Eisenberg

Traub, Dr. med. Frank · Berlin

Trübenbach, Dr. med. Helmut · Hannover

Ullmann, Dr. med. Peter · Sande

Wolfsteiner, Dr. Jochen · Bad Abbach

Yarhin, Suzan · Köln

Zenker, PD Dr. med. Wolfgang · Berlin



Foto: Privat

Am 20. April 2013 fand in Düsseldorf die 8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie statt.

Kontroverses in der Handchirurgie: Gelenkerhalt und Gelenkersatz

Bericht über die 8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner

Handchirurgie wird interdisziplinär betrieben und beinhaltet unterschiedlichste Verletzungen und Erkrankungen. Handchirurgische Behandlungsstrategien befinden sich in einem ständigen Spannungsfeld aus Tradition und Innovation. Beweis für diesen für Patienten und Chirurgen positiven Konflikt war bereits zum achten Mal die diesjährige Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU.

Die seit 2006 in Düsseldorf stattfindenden Jahrestagungen haben stets das Ziel verfolgt, existierende Konzepte praxisbezogen darzustellen und kritisch zu hinterfragen. Seit der Auftaktveranstaltung zum Thema „Osteosynthesen“ wurde an den „Kontroversen“ als wesentlicher Inhalt der Jahrestagungen festgehalten und in den folgenden Jahren Sehnenverletzungen, Gelenkverletzungen, Infektionen, Weichteildefekte, Standardeingriffe, schwierige Fälle und Frakturbehandlungen diskutiert.

Die Jahrestagung 2013 stellte sich dem anspruchsvollen Thema „Gelenkerhalt und Gelenkersatz“ und spannte damit einen weiten Bogen von Verletzungen und ihren Folgen zu ideopathischen und de-

generativen Veränderungen. Angesichts der Tatsache, dass die vielfältigen und differenzierten Funktionen der Hand nur über die Intaktheit ihrer zahlreichen Gelenke gewährleistet werden können, sind effektive Strategien zur Wiederherstellung nach Verletzungen und operativen Behandlung bei Funktionsverlust von erheblicher Bedeutung.

340 Teilnehmer

Die 8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU fand wie in den Vorjahren im Universitätsklinikum Düsseldorf unter der wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Joachim Windolf und Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner statt. Eine professionelle Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung war durch die bewährte Zusammenarbeit mit dem Kongressorganisator Intercongress garantiert. Die Teilnehmerzahl lag bei 340 und bestätigte die Bedeutung der Jahrestagungen als zweitgrößte handchirurgische Kongressveranstaltung in Deutschland.

Das grundlegende Konzept der Jahrestagungen mit einer Synthese aus Exper-

tenvorträgen und offenen Diskussionsrunden wurde beibehalten. Wesentliches Element der praxisnahen Auseinandersetzung mit den sorgfältig ausgewählten Themen waren wiederum die Fallpräsentationen der Sektionsmitglieder, in welchen schwierige Kasuistiken, problematische Verläufe und besondere Lösungsstrategien präsentiert wurden.

Arthroskopische Techniken

Die arthroskopischen Techniken haben eine kontinuierliche Verbesserung erfahren. Sie standen im Mittelpunkt des ersten Themenblockes. Es bestätigte sich, dass rein diagnostische Arthroskopien angesichts apparativer und operativer Innovationen zunehmend seltener durchgeführt werden. Dazu tragen einerseits die weiter verbesserten bildgebenden Verfahren bei, die die invasive Arthroskopie als diagnostisches Tool teilweise verzichtbar machen. Andererseits existieren für nahezu alle erhobenen Befunde auch arthroskopische Behandlungskonzepte. Einen besonderen Schwerpunkt arthroskopischer Eingriffe stellt der ulnare Handgelenkschmerz dar. Während hier bereits vielfältige Methoden für die zahl-

reichen Pathologien zur Anwendung kommen, bietet die Arthroskopie der kleinen Gelenke noch ein großes Entwicklungspotenzial.

Gelenkrekonstruktion nach Verletzung

Als schwerwiegende und prognostisch relevante ligamentäre Läsion stand die skapholunäre Bandverletzung im Themenblock „Gelenkrekonstruktion nach Verletzung“ im Fokus. Von besonderer Bedeutung für den Erfolg der Therapie ist die Frage nach der Rekonstruierbarkeit des interossären skapholunären Bandes. Im Rahmen einer differenzierten Behandlungsstrategie hat die eigentliche Bandnaht eine große Bedeutung und sollte nicht nur bei akuten Läsionen angestrebt werden. Obwohl die karpometakarpalen Luxationsfrakturen grundsätzlich einfacher zu behandeln sind und eine funktionell bessere Prognose besteht, stellen auch diese Verletzungen besondere Herausforderungen dar und benötigen individuelle Behandlungskonzepte. Die große Beweglichkeit und der hohe Funktionsanspruch an das Daumensattelgelenk führen zu der Forderung nach einer anatomischen Rekonstruktion bei den Basisfrakturen des Metakarpale 1,

auch wenn verlässliche Daten zur prognostischen Bedeutung einer posttraumatischen Arthrose fehlen.

Probleme des Gelenkersatzes an der Hand

Die Sitzung „Endoprothetik“ stand im Spannungsfeld des ständig wachsenden Bedarfs an bewegungserhaltenden Therapieverfahren einerseits und der anhaltenden Probleme des Gelenkersatzes an der Hand andererseits. Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklungen und immer wieder veränderter Prothesentypen sind die klinischen Erfahrungen ernüchternd. So weisen Silikonspacer am Mittelgelenk weiterhin bessere Langzeitergebnisse und deutlich geringere Komplikationsraten als Prothesen aus Keramik, Pyrocarbon oder Titan auf. Sattelgelenksprothesen sind der Resektionsarthroplastik unterlegen. Und auch für das Handgelenk existiert bisher kein Prothesenmodell mit reproduzierbar guten Ergebnissen.

Im Themenblock „Rettungsoperation“ wurden bewährte Verfahren für die Behandlung von Handgelenkarthrosen einer kritischen Betrachtung unterzogen. Mit Teilarthrosen, der Panarthrose,

der Denervierung und der Proximal Row Carpectomy stehen ganz unterschiedliche Optionen zur Verfügung. Die Indikationsstellung sollte nicht nur Form und Ausmaß der Arthrose, sondern vor allem auch die Beschwerden, die verbliebene Handgelenkfunktion und die Ansprüche des Patienten berücksichtigen.

Zusammenfassend konnte die 8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU das erfolgreiche Konzept der „Kontroversen“ fortsetzen. Mit Experten und Teilnehmern aus ganz Deutschland wurden in diesem Jahr zum Thema „Gelenkerhalt und Gelenkersatz“ erneut spannende Themen erörtert und anhand bewährter und innovativer Behandlungsstrategien praxistaugliche Empfehlungen abgeleitet.



Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner, Neuss, ist der Leiter der Sektion Handchirurgie der DGU.
Kontakt: schaedel@lukasneuss.de

Aus Amokläufen lernen

Katastrophenschutzsymposium unter der Schirmherrschaft der DGU

Dr. Christian Frank

Am 19. Januar 2013 veranstaltete die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen gemeinsam mit der Gruppe der leitenden Notärzte und der Gruppe der Organisatorischen Leiter Vorderpfalz das 2. Katastrophenschutz Symposium. Das übergeordnete Thema lautete „menschliche Ausnahmesituationen“ und befasste sich mit dem posttraumatischen Belastungssyndrom und dem Amoklauf.

Große Resonanz unterstreicht den Bedarf

Nach einem erfolgreichen Auftakt im Januar 2012 war dies die zweite Veran-

staltung zum Katastrophenschutz an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Die Resonanz auf das erste Symposium hatte gezeigt, dass es einen ungemein großen Bedarf an einer solchen Fortbildungsveranstaltung gibt. 170 Zuhörer füllten 2012 den Hörsaal der BG Unfallklinik fast komplett, so dass 2013 aus Brandschutzgründen auf den Pfalzbau in Ludwigshafen ausgewichen wurde. Die Berufsfeuerwehr Ludwigshafen war Mitveranstalter. Die überregionale und für alle Einsatzkräfte in der Metropolregion Rhein Neckar und Rheinland-Pfalz bedeutsame Fortbildungsveranstaltung hat sich zum Ziel gesetzt, wesentliche As-

pekte des Katastrophenschutzes und der Krisenprävention mit hohem Praxisbezug zu beleuchten. Das Gemeinschaftsprojekt der Leitenden Notärzte und Organisatorischen Leiter Rettungsdienst, den betroffenen vier Gebietskörperschaften, der Berufsfeuerwehr Ludwigshafen und der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen konnte sich erneut der Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie erfreuen. Als weitere Schirmherren wurden die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin sowie das Ministerium des Inneren, für Sport und Infrastruktur des Landes Rheinland-Pfalz gewonnen.



Fotos: Geir Dillan, BGU-Ludwigshafen

Fahrzeugpark vor dem Pfalzbau mit Einsatzfahrzeugen der Feuerwehr, des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes und des THW.

Über 330 Teilnehmer füllten den Raum im Pfalzbau Ludwigshafen komplett aus. Nach den Begrüßungsworten von Prof. Grützner, Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Ludwigshafen, Herrn Florian Ritter, Geschäftsführer der BG Unfallklinik Ludwigshafen und Tübingen und der engagierten Einführung durch Herrn Andreas Hitzges vom Innenministerium Rheinland-Pfalz eröffnete Karsten Besdzick, Sprecher der Organisatorischen Leiter Vorderpfalz, mit seinem Vortrag das Symposium. 2012 hatte Dr. Thomas Braun, damals noch BG-Unfallklinik Ludwigshafen, heute Leipzig, eine von ihm durchgeführte Masterarbeit zum „Ehrenamt im Katastrophenschutz“ vorgestellt. Er zeigte, dass sich durch Mehrfachengagement einzelner Ehrenkräfte und den Wegfall der Bundeswehr im Katastrophenschutz große personelle Lücken

auf tun. Karsten Besdzick hatte es sich daher zur Aufgabe gemacht, die real verfügbaren Ressourcen im Einsatzfall in der Vorderpfalz darzustellen. Eine Neustrukturierung und Inventur war das praktische Ergebnis und somit auch ein Erfolg des ersten Symposiums.

Danach ergriff Peter Schüßler von der Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Koblenz, unter anderem verantwortlich für psychosoziale Notfälle, das Wort. In einem sehr kurzweiligen und nachfolgend lebhaft diskutierten Vortrag erläuterte er, wie das Bundesland Rheinland-Pfalz in der Krisenintervention aufgestellt ist. Nach diesem Vortrag und dem anschließenden offenen Austausch nutzte die Arbeitsgruppe Abschnittsleitung Gesundheit als Vereinigung der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst

und Leitender Notärzte in Rheinland-Pfalz die Gelegenheit, sich nach Konstituierung 2012 vorzustellen.

Das posttraumatische Belastungssyndrom

Dieser erste Vortragsblock mit Fortbildungsinhalten fand seine Fortsetzung mit zwei sehr interessanten und lebensnahen Berichten zum posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS). Dr. Christine Hupfer, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Arbeitsmedizin der BASF Ludwigshafen, berichtete über die Bewältigungsstrategien bei Krisensituationen in der Arbeitswelt. Bei den vielen möglichen großen und kleinen Krisen mit zum Teil erstaunlicher Auswirkung konnte jeder Teilnehmer seine persönlichen Erfahrungen wiederfinden. Dr. Karl-Heinz Biesold, ehemals Leitender Arzt am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg und Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, schilderte die Möglichkeiten der Bundeswehr zur Bewältigung posttraumatischer Belastungssyndrome nach Auslandseinsätzen bei Soldaten. Sowohl Dr. Hupfer als auch Dr. Biesold gelang es, dieses für viele überstrapazierte Thema so aufzuarbeiten, dass die üblichen Ressentiments schnell beseitigt waren. Beide Referenten legten eindringlich dar, dass das PTBS für Betroffene und ihr Umfeld sehr be-

3. KATASTROPHENSCHUTZSYMPOSIUM 2014



Nach wiederum sehr positiver Resonanz freuen sich die Ausrichter, bereits jetzt das dritte Symposium 2014 ankündigen zu dürfen. Themen werden sein:

- Strahlenschutz
- Rückbau der Atomkraftwerke
- Vorgehen bei Strahlenschutzunfällen

Schon heute haben namhafte Referenten ihre Mitwirkung zugesagt. Wir können uns daher wieder auf ein Symposium mit hohem Praxisbezug und lebendigem Erfahrungsaustausch freuen.



Die Pausen zwischen den Vorträgen boten die Gelegenheit zur Besichtigung der Industrieausstellung und zu vertiefenden Gesprächen.



Mehr als 330 Teilnehmer füllten den Vortragssaal beim Katastrophenschutzsymposium 2014 der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen.

lastend sein und langfristig zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen kann. Diese sind mittels funktioneller Kernspintomografie nachweisbar und bedingen dadurch eine mehr oder weniger große Wesensveränderung bei den Betroffenen. In der Diskussion hoben beide Referenten und auch Peter Schüssler hervor, dass nicht jeder nach einem entsprechenden Ereignis dauerhaft oder vorübergehend Schaden nimmt. Viele Betroffene kämen ohne Therapie nach einigen Monaten durch Selbstheilung und Verarbeitung des Erlebten wieder zurecht. Dafür seien aber ein auffangendes Umfeld und stabile soziale Netzwerke erforderlich.

Erfahrungen mit Amokläufen

Das vollgepackte Programm ging mit dem großen Thema Amok zu Ende. Über seine Erfahrungen aus Erfurt und Winnenden berichtete Prof. Goertz von der Bergischen Universität Wuppertal, Fachgebiet Abwehrender Brandschutz und ehemaliger leitender Branddirektor in Karlsruhe. Er konnte die Frage, ob es einen roten Faden beim Schul-Amok gibt, so beantworten: Bis die Einsatzkräfte vor Ort sind, ist der Amoklauf vorbei. Man findet nur noch das innerhalb weniger Minuten entstandene Chaos mit unzähligen Toten und meistens auch einen toten Amokläufer. Die Belastung und

Herausforderung für die Eintreffenden besteht neben der Unübersichtlichkeit in der Ungewissheit, ob der Amokläufer noch lebt. Die reale Bedrohung für die Einsatzkräfte kann, bis man das Schicksal des Amokläufers kennt, nicht ausgeschlossen werden. Die Aufarbeitung und die Suche nach Schuldigen und Verantwortlichen dauern dagegen Monate und Jahre. Mindestens genauso lange sind Betroffene, Angehörige, Einsatzkräfte und verantwortliche Entscheider involviert. Nicht wenige finden nicht mehr den Weg zurück zur Normalität.

Polizeidirektor Bernd Römer von der Polizeidirektion Ludwigshafen schilderte persönliche Erfahrungen mit dem Amok an der Berufsschule Ludwigshafen und den Konsequenzen daraus. Diese wurden in einem Zwiegespräch von Peter Schwinn, Berufsfeuerwehr Ludwigshafen, und Kriminalhauptkommissar Uwe Weil von der Polizeidirektion Ludwigshafen im Detail erörtert. Besonders wichtig war den Veranstaltern dieses Thema, weil die Ideen aus Ludwigshafen zur Vorbereitung und Bewältigung eines Amoklaufs landesweite Anwendung finden sollen.

Den bewegenden Abschluss fand das Symposium in den emotionalen Schilderungen von Peter Hönle, Verantwortlicher beim Amoklauf in Winnenden und Polizeidirektor in Waiblingen. Mit Mul-

timediatechnik und dem Einspielen von Originalkommentaren, Funksprüchen, Bildern und Handyaufnahmen erlebten die Teilnehmer das Entsetzen, die Ohnmacht, die Wut und schiere Verzweiflung, die vor Ort herrschten, nach. Anhand dreidimensionaler Geschehensrekonstruktionen und den immer wieder persönlichen Einlassungen eines noch immer emotional bewegten Herrn Hönle konnte sich das Auditorium ein Bild von der Ausnahmesituation machen. Polizeidirektor Hönle endete mit den Worten: „Ich wünsche, dass Ihnen so etwas erspart bleibt!“

Die Veranstaltung endete mit einem gemeinsamen Kaffee und Gesprächen am Rande der Industrieausstellung beziehungsweise der Vollversammlung der AG AL Gesundheit. Die Ausrichter des Symposiums bedanken sich an dieser Stelle bei allen Unterstützern, insbesondere auch denen aus der Industrie, die zur Verwirklichung beigetragen haben.



Dr. Christian Frank, Leitender Arzt Unfallchirurgie am Klinikum Mittelbaden in Baden-Baden und Ärztlicher Berater der Berufsfeuerwehr Ludwigshafen.

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.

- Al Maktary**, Abdullah · Gummersbach
- Abel**, Johannes Dr. med. · Ulm
- Andres**, Torsten Dr. med. · Ulm
- Aydogan**, Emrah Dr. med. · Leipzig
- Belcher**, Heike · Meerbusch
- Bonk**, Maximilian-Niklas · Gersthofen
- Börner**, Raphaela Dr. med. · Wiesbaden
- Brune**, Bastian · Essen
- Burgbacher**, Frank Dr. · Freiburg
- Dittmer**, Ralf Dr. med. · Krefeld
- Franke**, Andreas Thomas Maria Dr. med. · Hennigsdorf
- Frentrup**, Andreas · Dortmund
- Gahr**, Patrick Dr. med. · Berlin
- Heinz**, Simon Martin Dr. med. · Frankfurt am Main
- Hofman**, Martijn Drs. · Aachen
- Jebelean**, Lucian Doctor-Medic · Deggendorf
- Kizilpinar**, Orhan · Bielefeld
- Klimas**, Annegret Dr. med. · Erfurt
- Macher**, Arne · Düsseldorf
- Neudecker**, Michael Dr. med. · Ingolstadt
- Raible**, Carsten · Mannheim
- Roßnagel**, Caroline Anna · Heidelberg
- Saeed**, Husham · Berlin
- Schattner**, André · Westhofen
- Sprengel**, Harro Dr. med. · Hausen
- Sultan**, Hasan · Elmshorn
- Völkel**, Meike Dr. med. · Naustadt
- Werner**, Nico Dr. med. · Sprockhövel
- Witte**, Ingo · Düsseldorf
- Wolschner**, Johannes · Berlin

Für Sie gelesen



Böttner
Orthopädie und Unfallchirurgie
OrthoForum
5. überarb. Aufl., 2012
89,90 Euro

Repetitorium und Nachschlagewerk

Der Untertitel lautet: „Alles was Sie für den neuen Facharzt wissen sollten“. Tatsächlich bietet das Buch einen umfassenden Faktenreichtum. Ich würde es als Repetitorium und Nachschlagewerk bezeichnen, in dem man sich rasch und ausführlich orientieren kann. Ein „Buch zum Lesen“ will es nicht sein, es bietet eine eher stichwortartige, komprimierte Darstellung. Hervorzuheben ist die gute Auswahl von Schemazeichnungen und Abbildungen. Das Thema Rheuma wird auf acht Seiten unter dem Kapitel „Endoprothetik und Arthrose“ abgehandelt, die Rotatorenmanschettenruptur findet man im Kapitel „Sportmedizin“. Die bekannten Knackpunkte in der Facharztprüfung Sonografie des Hüftgelenks beim Neugeborenen sowie Pneumothorax sind sehr knapp bzw. gar nicht darge-

stellt, man kommt um die Lektüre ausführlicherer Lehrbücher nicht herum. Zum Nachschlagen auch für den Facharzt im klinischen Betrieb oder in der Praxis ist das Buch aber auch aufgrund des guten Registers zweifellos eine rasche und zuverlässige Orientierungshilfe. Insofern ist es eine klare Empfehlung für jeden auf dem Fachgebiet Tätigen, der den stichwortartigen Stil mag. Ein kleiner, für das Buch unbedeutender, aber für das Lektorat peinlicher Schreibfehler hat sich bei dem fettgedruckten englischen Zitat des Mayo-Klinik Gründers auf dem rückwärtigen Cover des Buches eingeschlichen – aber dies nur ganz am Rande, die nächste Überarbeitung kommt bestimmt!

Prof. Jobst-Henner Kühne, München



Meyer · Moro · Schwyzer ·
Simmen · Spormann
(Hsrg.)
Der kapriziöse Ellbogen
Springer, 2012
69,95 Euro

Schicksalsgelenk des Armes

Was verbirgt sich hinter dem eigensinnigen (auch eine der vielen Bedeutungen von kapriziös) Titel? Schon das Vorwort nennt einen ganzen Fragenkatalog von Verletzungen, Verletzungsfolgen, Erkrankungen des Gelenkes, der seine Beantwortung in 51 Kasuistiken findet. Diese werden systematisch im gesamten Werk jeweils als klinischer Fall, dessen operative Korrektur, nachfolgender Verlauf beschrieben und schlussendlich diskutiert. Diese sind so minutiös wiedergegeben, dass daraus ein plastisches Bild entsteht, das mit den sorgfältig ausgewählten Röntgenaufnahmen, einigen 3D-Darstellungen und Situsbildern Gegenwärtigkeit vermittelt. Die Fallbeschreibungen unterteilen sich in Frakturen, Pseudarthrosen, Radiusköpfchenfrakturen, Instabilitäten, Korrekturosteotomien, Ellbo-

genprothesen, Trizeps- und Bizepssehnenrupturen, Epikondylitiden, Impingement, Arthrolysen, Therapien bei entzündlichen/degenerativen Affektionen. Wert und Vorteil der unbestreitbar schlüssigen Präsentationen liegen einerseits darin, dass der Leser in die Rolle des Operators versetzt wird, andererseits in der überzeugenden Vielfalt der dem Titel folgend eben nicht seltenen, hier mehr als in anderen Regionen auftretenden Unberechenbarkeit, die im konkreten Erleben an diesem Gelenk umso höhere chirurgische Anforderungen stellt, als der Ellbogen das Schicksalsgelenk des Armes darstellt. Dieses Buch wird Chirurgen aller Altersklassen viele wertvolle Anregungen geben.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Mehrhoff · Ekkernkamp ·
Wich
Unfallbegutachtung
De Gruyter, 2012
99,95 Euro

Verständlich und übersichtlich

In der jetzt 13. Auflage erscheint die „Unfallbegutachtung“ erstmalig mit den neuen Herausgebern Prof. Dr. Axel Ekkernkamp und Prof. Dr. Michael Wich. Das Werk hat eine umfangreiche Überarbeitung erfahren. Im ersten Teil werden die rechtlichen Grundlagen der Unfallbegutachtung dargestellt. Kernaussagen und Merksätze werden hervorgehoben, auch bei schwierigen Sachverhalten wird auf Verständlichkeit geachtet. Besondere Stärken hat das Werk im zweiten Teil, in dem die medizinischen Grundlagen der Unfallbegutachtung dargestellt werden. Besonders gelungen sind die übersichtlichen, vollständig überarbeiteten Tabellen über die Bewertung der MdE und Invalidität. Ein extra Kapitel wird vernünftigerweise der Begutachtung von Zusammenhangsfragen gewidmet, da diese Fragestellungen an Bedeutung gewonnen

haben. Dabei werden die rechtlichen Grundsätze anhand von übersichtlichen Abbildungen und Fallkonstellationen dargestellt. Anschließend werden einzelne Krankheitsbilder zum Unfallzusammenhang anhand der herrschenden Lehrmeinung in der Literatur diskutiert und entsprechend gewürdigt. Dabei werden immer wieder rechtliche Schnittpunkte beachtet. Dieses Buch ist neben Medizinern und Juristen vor allem Verwaltungsangestellten in der privaten und gesetzlichen Unfallversicherung zu empfehlen, die sich mit komplexen gutachterlichen Sachverhalten konfrontiert sehen. Mit diesem Werk ist es aufgrund seiner übersichtlichen Darstellungen möglich, schnell entsprechende Fragestellungen sachgerecht zu lösen.

RA Oliver Kelm, Berlin



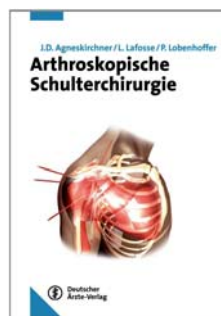
Veit · Rütter
Pathologie des Bewegungsapparates
2. Aufl., de Gruyter, 2012
99,95 Euro

Pathologie-Update

Mit der 2. Auflage steht dem Orthopäden und Unfallchirurgen ein moderat aktualisierter Nachdruck des hochinteressanten Nachschlagewerks zur Verfügung. Prof. Dr. Veit Krenn und Prof. Dr. Wolfgang Rütter haben mit vielen anderen Spezialisten ihr Wissen gebündelt und ein gut gegliedertes, umfassendes und doch übersichtliches Buch zusammengestellt, leicht verständlich mit wertvoller Information für die tägliche Praxis. Neben ausführlichen Literaturhinweisen, Abhandlung der Gewebepathologien bei den diversen orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen, bei Endoprothesen, Infektionen, Vaskulitiden, systemischen Osteopathien und Tumoren wird auch auf die Be-

gutachtung und die funktionelle Analyse von Gewebeschädigungen bei Traumen eingegangen. Besonders hervorzuheben ist die erstmals vorgelegte ICD-Klassifikation für Gelenkpathologien und die besondere Berücksichtigung von Systematik, Typisierungen und Scores. Das Buch ist besonders zu empfehlen als Nachschlagewerk für die Praxis, aber auch lohnend als systematisch durcharbeitendes Update der Zusammenhänge von funktioneller Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie und struktureller Histopathologie der Bewegungsorgane. Die Bewegungsorgane sollten sich künftig auch im Buchtitel wiederfinden.

Dr. Norbert M. Hien, München



Agneskircher · Lafosse · Lobenhöffer
Arthroskopische Schulterchirurgie
Deutscher Ärzte-Verlag
2013
159 Euro

Praxisnah und detailliert

Den renommierten Autoren ist es gelungen, in einem kompakten Buch mit knapp 230 Seiten die arthroskopische Schulterchirurgie auf neuestem Stand abzubilden. Angefangen bei der Patientenaufstellung über die Beschreibung von arthroskopischen Instrumenten sowie Knotentechniken werden die wesentlichen Schulterpathologien und deren arthroskopische Behandlungsmöglichkeiten in einzelnen Kapiteln beschrieben. Der Leser erhält einen Einblick in unterschiedlichste Operationstechniken und Schweregrade – angefangen von der subacromialen Dekompression bis hin zum arthroskopischen Korakoidtransfer in der Technik nach Latarjet. Alle wichtigen Operationsschritte werden in einzelnen Absätzen praxisnah und detailliert beschrieben. Durch die Standardisierung der Zugangsportale mit den Buchstaben von A bis K fällt

es dem Leser leicht, die einzelnen Schritte nachzuvollziehen und sie in der eigenen Praxis umzusetzen. Hilfreich sind auch die in fast jedem Kapitel zu findenden Boxen mit Tipps, Klassifikationen und Behandlungsvorschlägen zu den einzelnen Erkrankungsbildern bzw. Operationstechniken. Die insgesamt 435 Einzeldarstellungen und zehn Tabellen runden das gelungene Werk in seiner Gesamtheit ab und helfen dem Leser, die unterschiedlichen Pathologien und Verfahren besser zu verstehen. Das Buch ist jedem auf orthopädisch-unfallchirurgischem Tätigkeitsfeld behandelnden Kollegen mit speziellem Interesse an der arthroskopischen Schulterchirurgie zu empfehlen und sollte daher nicht im Bücherregal fehlen.

Dr. Patric Raiss, Heidelberg



Lippert (Hrsg.)
Wundatlas
Georg Thieme Verlag,
2012
3. überarb. u. erw. Aufl.
149,99 Euro

Die Priorität der Wunde

Von einem Atlas erwartet man gemeinhin eine bildliche Darstellung von Sachverhalten, allenfalls ergänzt durch stichwortartige Betitelungen. Der in 3. Auflage vorgelegte Wundatlas geht weit darüber hinaus. Beherrscht wird der Gesamtcharakter durch die Merkmale Entstehungsmechanismus, akutes und sich entwickelndes Erscheinungsbild und die Vielzahl von Störfaktoren, die den Wundheilungsverlauf bestimmen. Das von Verletzlichkeit des Gewebes, Regenerationsvermögen und äußeren Einwirkungen mechanischen, thermischen, chemischen, aktinischen sowie therapeutischen Ursprungs beeinflusste Wundverhalten, ebenso die körperinneren Ursachen bringen die schier unendliche Vielzahl von Wundmöglichkeiten hervor. Dieser Band geht zuerst allgemein und dann regional auf die Gesamtheit der Pathophysiologie der Wunde ein, ehe er sich speziellen Themen wie etwa Schuss- und Explosionsverletzungen, Wunden im

Kindesalter oder beispielsweise der forensischen Beurteilung zuwendet. Ein besonders hervorzuhebendes Kapitel befasst sich mit den chronischen Wunden, die ein über die Chirurgie hinausgehendes, auch pflegerisches Problem darstellen. Nicht nur die ausgesucht instruktive Fülle des typischen Bildmaterials, sondern auch die ausführliche, exakt klinisch untermauerte Textverfassung, die nicht nur Bilderklärung, sondern beste klinische Lehre vermittelt, verleiht dem Gesamtwerk den Charakter einer „Allgemeinen Chirurgie“ im klassischen Bezug, die die unverändert hohe Bedeutung und letztlich zentrale Stellung der Wunde und ihrer Behandlung unterstreicht. Dabei erfahren neuere Erkenntnisse volle Berücksichtigung. Fazit: Der Umfang des Werkes verdeutlicht die eigentliche Priorität der Wunde in der Chirurgie.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau

Für Sie gelesen



Deutsche
Rentenversicherung
Bund (Hrsg.)
**Sozialmedizinische
Begutachtung für
die gesetzliche
Rentenversicherung**
Springer, 2011
7. aktualisierte Aufl.
69,95 Euro

Wegweiser durch Begutachtungs-Dschungel

Insbesondere als Gutachter, aber auch in der alltäglichen Praxis wird man häufig mit Fragestellungen zur gesetzlichen Rentenversicherung konfrontiert. Mitunter ist es für den Nichtjuristen schwierig, sich im Dschungel der rechtlichen Vorgaben und deren Konsequenzen zurechtzufinden. Dabei hilft einem das vorliegende Standardwerk – und als solches darf man es bezeichnen – da es doch erstmalig 1958 erschienen ist und nun in der 7. Auflage herausgebracht wurde. Das interdisziplinäre Autorenteam, welches aus mehr als 40 Experten aus Medizin, Wissenschaft und Sozialgerichtsbarkeit besteht, hat das Werk komplett überarbeitet und an die aktuelle Gesetzgebung adaptiert. Insbesondere die weitreichenden Ergebnisse der Kommission zur Entwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Jahr 2004 werden erstmalig in der aktuellen Ausgabe berücksichtigt. Beibehalten wurde die bewährte Unterteilung des Buches in einen allgemeinen und speziellen Teil. Im ersten Teil werden dem Leser grundsätzliche Begrifflichkeiten, die rechtlichen Rahmenbedingungen der Begutachtungen erläutert und die rele-

vanten Klassifikationssysteme dargestellt. Im Weiteren werden das formale Rüstzeug zur Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens geliefert und Aspekte des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung beleuchtet. Im speziellen Teil, der den größten Teil des Werkes ausmacht, werden systemisch die verschiedenen Krankheiten im Kontext zur sozialmedizinischen Begutachtung erläutert unter Orientierung an den entsprechenden Leitlinien. Dabei erfolgt zu jedem Krankheitskomplex eine kurze, allgemeine Darstellung mit Erörterung der sozialmedizinischen Bedeutung mit Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Abschließend findet sich ein umfangreiches sozialmedizinisches Glossar. Das Buch ist zwar in erster Linie an Ärzte adressiert, doch es ist auch Mitarbeitern von Behindertenverbänden, Selbsthilfeorganisationen und Versicherungen sowie Juristen zu empfehlen, die mit sozialmedizinischen Fragestellungen konfrontiert werden und fundiert ihre Mitglieder und Kunden beraten wollen.

Dr. Christian Martin Smit, Gelsenkirchen



Nöthlich
**Sicherheitsvorschriften
für Medizinprodukte**
Loseblatt-Kommentar
Erich Schmidt Verlag
2011/2013
76 Euro

Sichere Informationsquelle

Seit der vorigen Besprechung in MuN 63/2011 (Seite 144) sind vier neue Lieferungen erschienen, die unter anderem über Vorschriften zu Messverfahren und -geräten (30. Lieferung), Implantaten, Betreibungsverordnungen, Unfallverhütungsvorschriften (31.), Betrieb von Medizinprodukten, die Unfallverhütungsvorschriften (UV) Laserstrahlung (32.), Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten, UV Biologische Arbeitsstoffe (33.) unterrichten. Die kaum übersehbare Flut inländischer und europäischer Gesetze, Vorschriften etc., die invasiv in den praktischen Medizinbetrieb einwirken, findet hier immerhin eine zeitnah zugriffssichere Informationsquelle.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Hauck/Noftz
**Sozialgesetzbuch VII
Gesetzliche
Unfallversicherung**
Loseblatt-Kommentar
Erich Schmidt Verlag,
2011-2013
98 Euro

Geballtes Wissen auf 3.538 Seiten

Anschließend an die zuletzt in MuN 54 (10/2011) bis zur 52. Lieferung besprochenen Ausgaben sind sieben weitere erschienen. Neben der fortlaufenden Aktualisierung der Gesetzeslage und der zum Teil erheblich sich im Fluss befindenden Entwicklung der Rechtsprechung finden sich spezielle Beiträge zum Unfallbegriff, zur Kausalität und Finalität, ausführlich werden die Unterschiede zwischen Äquivalenz-(Strafrecht), Adäquanztheorie (bürgerliches Recht) und Ursachenlehre der wesentlichen Bedingung (Unfallversicherungsrecht) kommentiert und dabei auf die Schwierigkeiten des medizinischen Begriffsverständnisses gegenüber juristischen Formulierungen eingegangen. Breiten Raum nehmen in fast allen Lieferungen die Kommentare zur Berufskrankheiten-Verordnung ein; zum Teil handelt es sich um Erstkommentierungen. Eine spezielle Besprechung erfahren die Infektionskrankheiten als Berufskrankheit sowie der gegenwärtige Stand der „Wie-BKen“.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis der DGOOC

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) verleiht im Zusammenwirken mit der CeramTec GmbH jährlich den mit

5.000 Euro

dotierten Forschungspreis (bis 2003 ehemals BIOLOX®-Preis). Der Forschungspreis wird an junge Mediziner, Ingenieure oder Wissenschaftler bis 40 Jahre für hervorragende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der Biokeramik und Verschleißproblematik bei Endoprothesen und in Verbindung mit klinischen Ergebnissen keramischer Implantate vergeben. Die Arbeit kann in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift

oder bereits in Buchform veröffentlicht sein. Auch unveröffentlichte Manuskripte, deren Publikation beabsichtigt ist oder bereits eingeleitet wurde, werden angenommen. Gleichfalls werden Diplomarbeiten, Dissertationen und Habilitationen akzeptiert. Ausgenommen sind lediglich Arbeiten, die bereits mit einem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurden. Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch eine Jury der DGOOC. Der Forschungspreis des Jahres 2013 wird anlässlich des gemeinsamen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) vom

22. bis 25. Oktober 2013 in Berlin vergeben. Zur Teilnahme sind sieben Exemplare der Arbeit in englischer oder deutscher Sprache bis zum **31. August 2013** (Poststempel) mit einer entsprechenden Erklärung, dass die Arbeit mit noch keinem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurde, einzureichen bei:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel. (0 30) 84 71 21-31
Fax (0 30) 84 71 21-32
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de

MEDI AWARD 2013

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie lobt gemeinsam mit der Firma medi im Jahr 2013 zum ersten Mal den „MEDI AWARD“ im Bereich konservative Orthopädie aus. Mit der Würdigung einer wissenschaftlichen Arbeit aus dem Gebiet konservativer Behandlungskonzepte sollen die Bedeutung des Faches gefördert und die großen Möglichkeiten auf dem Gebiet der konservativen Orthopädie sichtbar gemacht werden. Der Preis wird im Rahmen der Preisträgerkonferenz auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. im Oktober in Berlin

verliehen. Der Preis kann geteilt werden und ist insgesamt

7.500 Euro

dotiert. Thema ist in diesem Jahr:

- Wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Gebiet der konservativen Behandlungskonzepte von Sprunggelenkverletzungen
- Wissenschaftliche Forschungsarbeit aus dem Gebiet konservativer Behandlungskonzepte von Arthrose

Prämiert wird eine Arbeit, die in deutscher oder englischer Sprache in den letzten zwei Jahren gefertigt wurde. Die Bewerbung muss enthalten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Ort, kurzer Lebenslauf und Datum der wissenschaftlichen Arbeit. Die Bewerbungsunterlagen sind bis zum **15. August 2013** einzureichen:

BVOU e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
E-Mail: bvou@bvou.net
Rückfragen unter : (0 30) 797 444 44





Kinderorthopädie-Reisestipendium 2014

Die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) schreibt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ein jährliches Reisestipendium aus. Im Rahmen dieses Stipendiums soll mit einer finanziellen Unterstützung von

6.000 Euro

für zwei Kandidaten eine vierwöchige Studienreise zu europäischen Zentren der Kinderorthopädie ermöglicht werden. Voraussetzung für eine Bewerbung von Assistenzärzten im letzten Ausbildungsabschnitt bzw. von Fachärzten für Orthopädie ist die nachweisbare Schwerpunkttätigkeit in der Kinderorthopädie, die durch entsprechende Arbeiten belegt werden sollte. Darüber hinaus sind gute englische Sprachkenntnisse erforderlich.

Bewerbung mit Lebenslauf, Darstellung des beruflichen Werdeganges und wissenschaftlicher Qualifikation sollten bitte bis spätestens **30. November 2013** bei der Schriftführerin der Vereinigung für Kinderorthopädie, Frau Prof. Dr. Andrea Meurer, eingereicht werden:

E-Mail: a.meurer@friedrichsheim.de



VKO-Wissenschaftspreis 2014

Die Vereinigung für Kinderorthopädie schreibt den gemeinsam von der Firma Implantcast, Buxtehude, und der VKO gestifteten Preis in Höhe von

5.000 Euro

für eine innovative Arbeit auf dem Gebiet der Kinderorthopädie aus. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden, Kinderärzte

und Biomechaniker. Vorgelegt werden können auch Arbeiten, welche bereits für andere Preise eingereicht worden sind, nicht aber bereits prämierte Arbeiten, die vor mehr als zwei Jahren veröffentlicht wurden. Es kann nur eine Arbeit eingereicht werden, die den Umfang einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Original-Abbildung) nicht überschreiten darf. Es wird gebeten, die Arbeiten in deutscher und englischer Sprache

per E-Mail als PDF-Dokument bis zum **30. November 2013** an den Leiter des Wissenschaftsboards der Vereinigung für Kinderorthopädie, Prof. Dr. Fritz Hefti, einzureichen. Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie.

E-Mail: fritz.hefti@unibas.ch



1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 797 444-59,
Fax: (030) 797 444-57,
E-Mail: info@institut-ado.de.

Veranstaltern sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.

Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de

| Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 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: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | 590 € ¹ 790 € ² | 47 |

| Rheuma-Zertifizierungskurse I und II in 2013 | | | | | | |
|--|------------------------|------------|-----------------|--|--|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info /Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Köln | Kurs I Früherkennung | 13.07.2013 | Dr. Schwokowski | Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | Kurs I: 100 € ¹ 130 € ² | |
| Rostock | Kurs I Früherkennung | 31.08.2013 | | | | |
| Leipzig | Kurs I Früherkennung | 07.12.2013 | | | | |
| Ludwigshafen | Kurs II Frühbehandlung | 07.09.2013 | | | Kurs II: 130 € ¹ 150 € ² | |
| Frankfurt a. M. | Kurs II Früherkennung | 24.08.2013 | | | | |
| Bad Wildbad | Kurs II Frühbehandlung | 14.09.2013 | | | | |
| Münster | Kurs II Frühbehandlung | 12.10.2013 | | | | |
| 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 | Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | 190 € ¹ 240 € ² | N.N. |

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

| Kurse zum DKOU 2013 | | | | | | |
|----------------------------|--|------------|-----------------------------|--|--|--------|
| 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: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | 25 € | 3 |
| | Teil 2 Neu in der Rolle als Chef- oder Oberarzt | 22.10.2013 | I. Rebann 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 € | |
| | Knorpel- u. Knochen Update / Arthrose | 24.10.2013 | Prof. S. Rehart | | 25 € | |
| | Kompaktkurs Oberflächen EMG | 24.10.2013 | Dr. Meichsner | | 125 € | 8 |
| | Sonographie der Säuglingshüfte | 24.10.2013 | Dr. S. Fröhlich | | 50 € | |
| | Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen „Einführung in die Basistherapie“ | 24.10.2013 | Dr. Schwokowski | | 25 € | |
| | DIGEST Stoßwellenzertifizierungskurs | 25.10.2013 | Dr. Thiele, Dr. Gleitz | | 220 € | 8 |
| | 3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs | 25.10.2013 | Dr. Jahn | | 150 € ¹ 200 € ² | 10 |
| | nur für approbierte Ärzte!!! K-Logic-Taping-Aufbaukurs | 25.10.2013 | I. Geuenich | | 120 € | 17 |
| | Rheuma Zertifizierungskurs II Ausgebucht | 26.10.2013 | Dr. Schwokowski | | 130 € ¹ 150 € ² | |
| Röntgenaktualisierungskurs | 26.10.2013 | Dr. T. Abt | | 130 € ¹ 150 € ² | 9 | |

| K-Logic-Taping Kurse für Ärzte/Arztshelferinnen und Physiotherapeuten | | | | | | |
|---|------------|----------------|---------------|--|--------------------|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Berlin | Basiskurs | 14.-15.09.2013 | Ingo Geuenich | Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | 190 € ¹ | 17 |
| Aachen | Basiskurs | 27.-28.09.2013 | | | 230 € ² | |
| Berlin | Aufbaukurs | 25.-26.10.2013 | | | | |
| 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 | kostenlos | 2 |

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

| QM Schulungen BVOUcert | | | | | | |
|------------------------|----------------|------------|-----------|--|--|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| München | Quereinsteiger | 29.06.2013 | Dr. Hager | Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de, Quereinsteiger-schulungen nur für Ärzte die bereits das alte BVOUcert oder eine Schulung über den BVOU hatten BITTE ein Laptop mitbringen!!! | Quereinsteiger 500 € Einsteiger 1.500 € inkl. Zertifizierung | keine |
| München | Einsteiger | 30.06.2013 | Dr. Hager | | | |

| 3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2013 | | | | | | |
|--|----------------|------------|----------|--|------------------------------|--------------------------------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| München | 3D/4D | 06.07.2013 | 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 € ¹ | N.N. |
| Wiesbaden | 3D/4D | 07.09.2013 | Dr. Jahn | | 200 € ² | N.N. |
| Berlin | 3D/4D | 26.10.2013 | Dr. Jahn | | 4D motion: 50 € ¹ | N.N. |
| NRW | 4D motion Kurs | 09.11.2013 | Dr. Jahn | | 200 € ² | inkl. Handouts und Verpflegung |
| | | | | | | |

| Kooperationen | | | | | | |
|---|---------------------------|------------|---------------|--|--------|--------|
| Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG | | | | | | |
| Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umzusetzung in der Praxis | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Berlin | Muskelfunktionsdiagnostik | 24.10.2013 | Dr. Meichsner | Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de | 125 € | 8 |

| Sonographiekurse Hamburg Bethäuser Termine 2013 | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------|----------------|--|-------------|--------|
| Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonographiekurse 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. Bethhäuser | 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 | Untere Extremitäten | 05.-06.07.2013 | Dr. med. Frieder Mauch | Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de | Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 € | 80 |
| | Differentialdiagnose MRT | 11.-12.10.2013 | | | | |
| | Zusammenfassung | 15.-16.11.2013 | | | | |

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2012/2013

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 |
|--|---|----------------|-----------------------|---|---|--------|
| Boppard | LBB1 | 04.-08.09.2013 | 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 | 46 |
| Prien | LBB1 | 09.-13.10.2013 | | | | 36 |
| Boppard | LBB1 | 04.-08.12.2013 | | | | 46 |
| Masterkurse 2012/2013 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie) | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | | | | Punkte |
| Boppard | Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1) | 23.-25.08.2013 | | | | 26 |
| Hamburg | Manualmed. Diagnostik u. Therapie BWS - Rippen | 24.08.2013 | | | | 9 |
| 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 Haltuns- und Bewegungsdiagnostik Termine 2013

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensorische, propriozeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests etc.

| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
|----------------|-----------------|----------------|---------------------------------------|---|---|--------|
| Jena | Grundkurs | 06.-07.09.2013 | Dr. Pfaff, Michael Kaune, Dr. 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 Abschlusskurse 350 Euro (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke) | |
| Frankfurt a.M. | Grundkurs | 13.-14.09.2013 | | | | |
| München | Grundkurs | 06.-07.12.2013 | | | | |
| München | Abschlusskurs | 08.-09.11.2013 | | | | |
| Grassau | Kombi-Kurs I+II | 21.-23.06.2013 | | | | |
| Grassau | Kombi-Kurs I+II | 11.-13.10.2013 | | | | |

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

| 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 |
| Isny | Einsteiger | 06.-13.07.2013 | AGR e.V. | Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax:07562/9718-22 email: falkowski@aerztese- minar-mwe.de www.aerzteseminar-mwe.de | | |
| Dresden | Einsteiger Teil 1 | 13.-15.09.2013 | | | | |
| Dresden | Einsteiger Teil 2 | 20.-22.09.2013 | | | | |
| Karlsruhe | Einsteiger Teil 1 | 20.-22.09.2013 | | | | |
| Karlsruhe | Einsteiger Teil 2 | 27.-29.09.2013 | | | | |
| Damp | Einsteiger | 19.-26.10.2013 | | | | |
| Hannover | Einsteiger | 15.-21.11.2013 | | | | |
| Berlin | Einsteiger Teil 1 | 22.-24.11.2013 | | | | |
| Berlin | Einsteiger Teil 2 | 29.11.-01.12.2013 | | | | |
| Tages-Refresher | | | | | | |
| Ascheffel | Manualmed. Algorithmus bei Verkettungssyndromen | 28.09.2013 | | | | |
| Neuss | HWS | 16.11.2013 | | | | |
| Hannover | LWS/SIG | 23.11.2013 | | | | |
| Wochenend-Refresher | | | | | | |
| Isny | HWS/Thorax | 28.-29.09.2013 | | | | |
| Gesamt-Refresher (Kompetenzerhaltungskurs) | | | | | | |
| Königstein | Gesamtrefresher | 03.-10.08.2013 | | | | |
| Manuelle Medizin bei Kindern | | | | | | |
| Isny | Kurs C Therapie I | 25.-28.09.2013 | | | | |
| 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 | | | | |
| Einführungskurs - Osteopathie | | | | | | |
| Bad Iburg | Kurs D | 05.-07.09.2013 | | | | |

| AGR-Fernlehrgang Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention | | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------|----------|--|--------------------|--------|
| Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen Referent für rückengerechte Verhältnisprävention | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info/ Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Fernlehrgang | Zusatzqualifikation | jeden 1. eines Monats | AGR e.V. | Aktion Gesunder Rücken e.V., Tel. 04284/ 92 69 990, Fax: 04284/ 92 69 991, info@agr.de, www.agr-ev.de | 295 € ¹ | 39 |

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

| Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2013 | | | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Dr. Alois Franz | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Hamburg | AE-Seminar Teach the Teacher | 27.06.2013 | Prof. Dr. Mutschler Prof. Dr. Siebeck | Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com, www.ae-gmbh.com | TN kostenlos und nur für AE-Mitglieder | |
| Hamburg | 10. AE-ComGen-Kongress: Jubiläumskongress | 28.-29.06.2013 | Dr. Alexander Beier Dr. Bernhard Egen Dr. Iris Schleicher | | 135 € | |
| Frankfur a.M. | AE-Masterkurs Hüfte | 04.-05.07.2013 | Prof. Dr. Hoffmann Prof. Dr. Meurer Prof. Dr. Hovy Prof. Dr. Marzi | | 200 € | |
| Berlin | AE-Kurs Schulterchirurgie | 30.-31.08.2013 | Dr. Ambacher, Prof. Fink, Prof. Scheibel, Prof. Brunner | | 220 € | |
| Dresden | AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik | 12.09.2013 | Prof. Dr. Kasten Dr. Hartmann PD Dr. Kirschner Prof. Günther | | 40 € | |
| Dresden | AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik | 13.-14.09.2013 | Prof. Dr. K.-P. Günther Prof. Dr. C. Perka | | 200 € | |
| Köln | AE-Kongress Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik 2013 | 26.-27.09.2013 | Prof. Dr. Perka Prof. Dr. Ascherl M.D. Michel Prof. Dr. Morlock H. Wecker | | Mitglieder 125 € Nichtmitglieder 199 € | |
| Tübingen | AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen | 11.10.2013 | Prof. Dr. Stöckle | | 50 € | |
| München | AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenks | 21.-23.11.2013 | Prof. Dr. Mutschler | | 250 € | |
| München | 15. AE-Kongress Knieendoprothetik | 06.-07.12.2013 | Prof. Dr. Mutschler | | 180 € | |

| Initiative '93 Technische Orthopädie 2013 | | | | | | |
|---|--|----------------|--------------------------------|---|--|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Innsbruck/A | Modul 6 - Spezielle Amputationschirurgie | 27.-28.09.2013 | Dr. Landauer | 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 | Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 € | |
| Bad Klosterlausnitz | Modul 1+3 - Orthetik, Rollstuhlversorg., Neuroortho., Querschnittsläsion | 08.-10.11.2013 | Dr. Neumann, PD Dr. Brückner | Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde | Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 300 €, Nichtmitglieder 400 € | |
| Dortmund | Modul 5 - Refresher u. Prüfungskurs | 29.-30.11.2013 | Prof. Greitemann, Herr Kokegei | | Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 € | |

Service / Fort- und Weiterbildung

| DAF Zertifikat Fußchirurgie 2013 | | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------|--|---|---|--------|
| Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Augsburg | Operationskurs Sehnenchirurgie | 05.-06.07.2013 | Dr. Thomas | Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de www.fuss-chirurgie.de | Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de www.fuss-chirurgie.de | |
| Aachen | Operationskurs Arthrodesen | 13.-14.09.2013 | Dr. Frank Dr. Abbara Prof. Dr. Prescher | | | |
| Greifswald | Operationskurs Vorfußchirurgie | 20.-21.09.2013 | Dr. Lange | | | |
| Münster | Operationskurs Traumatologie | 27.-28.09.2013 | PD Dr. Ochmann | | | |
| Hannover | Operationskurs Vorfußchirurgie | 27.-28.09.2013 | Prof. Dr. Stukenborg-Colsman | | | |
| Düsseldorf | Anatomischer Präparationskurs | 04.-05.10.2013 | Dr. Dohle Prof. Dr. Filler Prof. Dr. Rammelt | | | |
| München | Workshop Kinderfuß | 18.-19.10.2013 | Prof. Hamel | | | |
| Stuttgart | Operationskurs Vorfußchirurgie | 08.-09.11.2013 | Dr. Gabel Dr. Gronwald | | | |
| Frankfurt a.M. | Operationskurs Rheumafuß | 15.-16.11.2013 | Prof. Rehart Dr. Osel | | | |

| MRT Kurse Erlangen | | | | | | |
|---|---|----------------|-------------------|--|---|--------|
| Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Siemens AG Erlangen | Kurs 1 Obere Extremität | 13.-14.09.2013 | Dr. Axel Goldmann | Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopaeden.com | Pro Kurs: 300,00 € alle 5 Kurse: 1400,00 € | 88 |
| | Kurs 2 Wirbelsäule | 08.-09.11.2013 | | | | |
| | 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 | | | | |

| 2. Sportmedizinische Symposium Mercedes Cup | | | | | | |
|--|---|----------------|----------------------------------|--------------------|--------|--------|
| An zwei Tagen wird in einer Kombinationsveranstaltung für Ärzte, Physiotherapeuten und Trainer ein wissenschaftlich hochwertiges Programm, Vorträge und Live-Acts angeboten. | | | | | | |
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Stuttgart | Professionelle Konzepte für den Profisportler und sein Umfeld | 11.-12.07.2013 | Dr. C. Mauch, Dr. A. Hoffmann | www.mercedescup.de | | 12 |

| 4. Würzburger Brennpunkt-Symposium 13.07.2013 | | | | | | |
|---|--|------------|-----------------------------|---|-----------|--------|
| Ort | Kursthema | Termin | Leitung | Info / Anmeldung | Gebühr | Punkte |
| Würzburg | Sicherheit und Qualität in der Endoprothetik | 13.07.2013 | Prof. Dr. Maximilian Rudert | Michaela Seuling Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus Brettreichstraße 11 • 97074 Würzburg Tel: 0931/8 03-11 21 Fax: 0931/8 03-11 29 E-mail: m-seuling.klh@uni-wuerzburg.de www.koenig-ludwig-haus.de | kostenlos | 5 |

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: <https://www.auc-kursportal.de>

| Ort | Kongress / Kurs | Termin |
|------------------|---|----------------|
| Juni | | |
| Leipzig | ATLS-Providerkurs | 21./22.06.2013 |
| Köln | ATLS-Providerkurs | 21./22.06.2013 |
| Hamburg | ATLS-Providerkurs | 28./29.06.2013 |
| Hannover | ATLS-Providerkurs | 29./30.06.2013 |
| Dresden | ATLS-Providerkurs | 29./30.06.2013 |
| Juli | | |
| Köln | ATLS-Teamkurs | 05./06.07.2013 |
| München | ATLS-Providerkurs | 06./07.07.2013 |
| München | ATLS-Providerkurs | 08./09.07.2013 |
| München | ATLS-Providerkurs | 11./12.07.2013 |
| Essen | ATLS-In-house-Kurs | 12./13.07.2013 |
| München | ATLS-Teamkurs | 13./14.07.2013 |
| Hannover | ATLS-Providerkurs | 13./14.07.2013 |
| Kiel | ATLS-Providerkurs | 19./20.07.2013 |
| Hamburg | ATLS-Providerkurs | 26./27.07.2013 |
| Marburg | ATLS-In-house-Kurs | 27./28.07.2013 |
| August | | |
| Hamburg | ATLS-Providerkurs | 02./03.08.2013 |
| Ludwigshafen | ATLS-Providerkurs | 03./04.08.2013 |
| Hannover | ATLS-Providerkurs | 10./11.08.2013 |
| München | ATLS-Providerkurs | 10./11.08.2013 |
| Kiel | ATLS-Providerkurs | 23./24.08.2013 |
| Dresden | ATLS-Providerkurs | 24./25.08.2013 |
| München | ATLS-Teamkurs | 24./25.08.2013 |
| Hamburg | ATLS-Providerkurs | 30./31.08.2013 |
| Berlin | ATLS-Providerkurs | 30./31.08.2013 |
| September | | |
| Berlin | ATLS-Teamkurs | 01./02.09.2013 |
| Koblenz | ATLS-In-house-Kurs | 13./14.09.2013 |
| Freiburg | ATLS-In-house-Kurs | 13./14.09.2013 |
| Hannover | ATLS-Providerkurs | 21./22.09.2013 |
| Hamburg | ATLS-In-house-Kurs | 21./22.09.2013 |
| Hamburg | ATLS-In-house-Kurs | 21./22.09.2013 |
| Hamburg | Fit-after-eight Modul 7+8 | 25.-28.09.2013 |
| Homburg (Saar) | DSTC – Definitive Surgical Trauma Care Course | 26.-28.09.2013 |
| Leipzig | ATLS-Providerkurs | 27./28.09.2013 |
| Köln | ATLS-Providerkurs | 27./28.09.2013 |

Service / Fort- und Weiterbildung

| | | |
|--------------|--------------------|----------------|
| Krefeld | ATCN-Providerkurs | 27.-29.09.2013 |
| Sindelfingen | ATLS-In-house-Kurs | 28./29.09.2013 |

Oktober

| | | |
|-----------|--------------------|----------------|
| Hamburg | ATLS-Providerkurs | 04./05.10.2013 |
| 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 |

November

| | | |
|--------------|--------------------|-------------------|
| 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 |

Dezember

| | | |
|-----------|--------------------|----------------|
| 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

Wenn Sie Terminvorschläge oder Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte an office@dgou.de

| Ort | Kongress / Kurs | Termin | Leitung | Info /Anmeldung |
|-------------------------------------|---|----------------|---|---|
| Juli | | | | |
| Bernau / Felden | Sportmedizintage Medical Park Chiemsee | 03.07.- 07.07. | PD Dr. M. Schmitt-Sody, Dr. F. Düren | http://www.smtc.intercongress.de |
| Isny | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs | 06.07.-13.07. | | http://manuelle-mwe.de |
| München | Das Patellofemorale Gelenk II | 06.07. | Prof. G. Bauer, Dr. D. Wagner, Prof. A. B. Imhoff, | E-Mail: andrea.schultheiss@sportklinik-stuttgart.de |
| Leipzig | Orthopädisches Symposium anlässlich der Emeritierung von Prof. G. von Salis-Soglio | 06.07. | Prof. C. E. Heyde | E-Mail: karin.dieter@medizin.uni-leipzig.de |
| Wildbad Kreuth | 5. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs | 17.07.-20.07. | Prof. U. Brunner, Prof. E. Wiedemann | http://www.tese-kurs.de/ |
| Ulm | Summer Course: Basic Biomechanics and Biomechanical Methods for Experimental Research of the Musculoskeletal System | 23.07.-26.07. | Prof. L. Claes | http://www.biomechanics.de/summercourse |
| Altötting | 90. JT der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen | 24.07.-26.07. | Prof. J. Roder | http://www.vbc2013.de |
| August | | | | |
| Königstein | Kompetenzerhaltungskurs | 03.08.-10.08. | | http://manuelle-mwe.de |
| Berlin | 27. Treffpunkt Medizintechnik „Minimal-Invasive Medizin – Technik und Methoden“ | 15.08. | | http://www.tsb-berlin.de/treffpunktMedTech2013 |
| Hamburg | 5th European Plastic Surgery Research Council | 22.08.-25.08 | L. P. Jiga, MD, PhD | http://www.epsrc.eu/ |
| Jena | Trainingskurs „Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven“ | 26.08.-30.08. | Prof. S. Schultze-Mosgau | E-Mail: nicolle.thomalla@conventus.de |
| Berlin | 2nd FFN Global Congress 2013 | 29.08.-31.08. | Prof. K. Dreinhöfer | http://www.ffn-congress.com/ |
| Berlin | AE-Kurs für Schulterchirurgie | 30.08.-31.08. | Prof. M. Scheibel, Dr. T. Ambacher, Prof. B. Fink, Prof. U. Brunner | http://www.ae-gmbh.com/eventeinzelheiten/28/-/ae-kurs-fuer-schulterchirurgie-berlin-30-31-08-2013 |
| September | | | | |
| Riva del Garda u. Torbole / Italien | Sportmedizin Gardasee - 30. Sportmedizin Wochenkurs | 01.09.- 06.09. | Dr. E. Basad, Dr. J. Keems | http://www.sportmedizin-gardasee.de |
| Berlin | DGOOC - Hüftkurs | 05.09.- 07.09. | Prof. D. C. Wirtz | http://www.intercongress.de/english/Conferences/CongressFactsheet.php?ID=611210.0 |
| Bad Iburg | Einführungskurs - Osteopathie | 05.09.- 07.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Berlin | 16. Seminar Handchirurgie der DGH | 06.09.- 07.09. | Prof. A. Eisenschenk | http://www.intercongress.de/deutsch/Kongresse/KongressFactsheet.php?ID=583300.0 |
| Frankfurt a. M. | 44. Deutscher Sportärztekongress „Praktische Sportmedizin - Qualität und Evidenz auch in der Routine“ | 06.09.- 07.09. | Prof. K. Völker | http://www.dgsp.de/kongress/ |

Service / Fort- und Weiterbildung

| | | | | |
|--------------------|--|---------------|--|---|
| Wien / Österreich | Hands on Infiltrationsworkshop | 07.09. | PD Dr. A. Dunky | E-Mail: azmedinfo@media.co.at |
| Berlin | Kurs „Komplexe intramedulläre Frakturversorgung an der unteren Extremität“ | 09.09.-10.09. | PD Dr. H. J. Bail, Prof. T. Mittelmeier, PD Dr. H.-W. Stedtfeld | E-Mail: Nicole.hennig@aesculap-akademie.de |
| Jena | 7. Jenaer Implantologierunde (JIR) 2013: Knochenersatz vs. Knochentransplantat | 11.09. | Prof. S. Schultze-Mosgau | http://www.conventus.de/jir2013 |
| Dresden | AE-Kompaktkurs „Zement und Zementiertechnik“ | 12.09. | Prof. P. Kasten, Dr. A. Hartmann, PD Dr. S. Kirschner, Prof. K.-P. Günther | http://www.ae-gmbh.com/ |
| Münster | 44. JT d. Dt. Ges. d. Plastischen, Rekonstruktiven & Ästhetischen Chir. (DGPRÄC) e. V. und 18. JT d. Vereinig. d. Dt. Ästhetisch-Plastischen Chirur. (VDÄPC) e. V. | 12.09.-14.09. | Dr. A. Krause-Bergmann, Dr. W. D. Lürßen | http://www.dgpraec-tagung.de |
| Krems / Österreich | ÖGO-Kongress | 12.09.-14.09. | Prof. S. Nehrer | http://intern.orthopaedics.or.at/ok.aspx |
| Hamburg | Triple X Endoprothetik Kurs „Hüfte - Schulter – Knie“ | 12.09.-14.09. | Prof. J. M. Rueger, PD Dr. L. G. Großerlinden | http://www.triple-x-kurs.de |
| Siegen | 3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 1 | 13.09. | PD Dr. R. Breitzkreutz, Dr. W. Heinz, Dr. U. Hannemann, Dr. A. Seibel | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Dresden | AE-Kurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik“ | 13.09.-14.09. | Prof. K.-P. Günther, Dr. C. Perka | http://www.ae-gmbh.com/eventeinzelheiten/29 |
| Bonn | 1. D-Arzt-Forum des Bundesverbandes der Durchgangsärzte | 13.09.-14.09. | Prof. F. Bonnaire, Prof. C. Burger | http://www.comed-kongresse.de |
| Mannheim | 3. Rhein-Neckar-Symposium – Update Knie | 13.09.-14.09. | Prof. H.-P. Scharf, Prof. U. Obertacke | http://www.rhein-neckar-symposium.de |
| München | ASAMI Deutschland – X. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und Rekonstruktion | 13.09.-14.09. | Prof. R. Baumgart | http://www.conventus.de/asami-kongress |
| Mannheim | 3. Rhein-Neckar-Symposium Update Knie | 13.09.-14.09. | Prof. H.-P.Scharf, Prof. U. Obertacke, Prof. P.-A. Grützner, Dr. C. Wölfl, Prof. V. Ewerbeck, Prof. G. Schmidmaier | http://www.rhein-neckar-symposium.de |
| Dresden | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1 | 13.09.-15.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Siegen | 3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 2 / AFS Modul 4 (FEEL) | 14.09. | PD Dr. R. Breitzkreutz, Dr. W. Heinz, Dr. U. Hannemann, Dr. A. Seibel | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Marburg | Symposium Herausforderungen in der Alterstraumatologie | 14.09. | Prof. S. Ruchholtz, PD. Dr. R. Zettl, Prof. E. Hartwig, Prof. U. Liener | http://www.uni-marburg.de/fb20/unfallchir/aktuelles/events/uch |
| Mannheim | 41. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) mit 27. JT d. Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh), 23. JT der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) u. 15. Forum Experimentelle Rheumatologie (FER) | 18.09.-21.09. | Prof. H.-M. Lorenz, Dr. H. Dinges, Dr. J. Grulich-Henn | http://www.dgrh-kongress.de/ |

Service / Fort- und Weiterbildung

| | | | | |
|----------------|---|----------------|--|---|
| Hannover | Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 1 | 18.09.-21.09. | Dr. W. Kemlein | http://manuelle-mwe.de |
| Wiesbaden | 30. AGA-Kongress | 19.09.-21.09. | PD Dr. J. Agneskirchner, PD Dr. T. Zantop | http://www.aga-kongress.info |
| Dresden | Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2 | 20.09.-22.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Karlsruhe | Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1 | 20.09.-22.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Köln | Therapy meets Sports | 21.09.-22.09. | Dr. M. Kunz | http://www.therapy-meets-sports.de |
| München | 18. Internationaler Schulterkurs | 23.09.-25.09. | Prof. A. Imhoff | http://www.schulterkurs.de |
| Jena | Trainingskurs „Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven“ | 23.09.-27.09. | Prof. S. Schultze-Mosgau | E-Mail: nicolle.thomalla@conventus.de |
| Isny | Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs I | 25.09.-28.09. | Dr. W. Coenen | http://manuelle-mwe.de |
| Homburg / Saar | Definitive Surgical Trauma Care (DSTC) | 26.09.-28.09. | Prof. H. Siebert, PD. Dr. S. Flohé, Prof. J. Sturm | http://www.auc-kursportal.de |
| Karlsruhe | Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2 | 27.09.-29.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Ascheffel | Tagesrefresher Manualmedizinischer Algorithmus bei Verkettungssyndromen | 28.09. | | http://manuelle-mwe.de |
| Offenbach | 3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 1 | 28.09. | Dr. D. Kiefl, Dr. H. Gerstmann, PD Dr. R. Bretkreutz, Dr. M. Campo dell'Orto | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Isny | Refresher HWS/Thorax | 28.09.- 29.09. | | http://manuelle-mwe.de |

| Oktober | | | | |
|-----------------------|--|---------------|---|---|
| Salzburg / Österreich | 49. ÖGU JT „Verletzungen der Hand- und Fußwurzel“ | 03.10.- 05.10 | Dr. A. Pachucki | http://ogu13.unfallchirurgen.at/ |
| Frankfurt a. M. | 17. Chirurgische Forschungstage 2013 | 04.10.- 05.10 | Prof. T. Schmitz-Rixen, Prof. I. Marzi | http://www.forschungstage2013.de |
| Berlin | 51. JT der DGPW e.V. | 10.10.-12.10. | PD Dr. E.-E. Scheller | http://www.dgpw-kongress2013.de |
| Düsseldorf | 54. Kongress der Dt. Gesellschaft für Handchirurgie und 18. JT DAHT e.V. | 10.10.-12.10. | Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner | http://www.dgh-kongress.de |
| Berlin | DGOOC-Tumorkurs | 10.10.-12.10. | | http://www.intercongress.de/english/Conferences/CongressFactsheet.php?ID=611210.0 |
| München | ISHA Annual Scientific Meeting | 10.10.-12.10. | M. Dienst, M. Safran, V. Ilizaliturri | http://www.ishacongress.com |
| Jena | 21. JT der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie (GSB) | 11.10.-12.10. | Prof. M. Tatagiba, | http://www.gsb-kongress.de |
| Hyderabad / Indien | 34th SICOT Orthopaedic World Conference | 17.10.-19.10. | A. Johari | http://www.sicot.org |
| Damp | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs | 19.10.-26.10. | | http://manuelle-mwe.de |
| 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. Bretkreutz | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Potsdam | World Conference on Drowning Prevention | 20.10.-22.10. | | http://www.wcdp2013.org/home |
| Berlin | 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung | 23.10.-25.10. | Prof. K. Dreinhöfer, Prof. E. A. M. Neugebauer, PD Dr. D. Stengel | http://www.dkvf2013.de |

Service / Fort- und Weiterbildung

| | | | | |
|-----------------|---|---------------|--|---|
| Berlin | Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie | 22.10.-25.10. | Prof. B. Kladny, Prof. R. Hoffmann, Prof. K.-D. Heller | http://dkou.org/dkou2013/startseite.html |
| Frankfurt a. M. | 6. Sportmedizinischen Forum BG-Unfallklinik | 30.10. | Prof. R. Hoffmann, Dr. F. Welsch | E-Mail: kongress@bgu-frankfurt.de |

| November | | | | |
|-------------------|---|-----------------|--|---|
| Hamburg | 8. JT Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. | 07.11. - 09.11. | Dr. M. Wüning, Dr. B. Hogan | http://www.dgina-kongress.de |
| Bochum | SFA-Teamtraining zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion in der Doppelbündeltechnik | 08.11.- 09.11. | | http://germany.aesculap-academy.com/ |
| Hannover | 10. Hannoveraner Arthroskopiekurs | 08.11.- 09.11. | Prof. H. Lill, Prof. P. Lobenhoffer | http://www.arthroskopie-kurs-hannover.de/ |
| Jena | Indikationen in der Gelenkchirurgie (GCJ) | 09.11. | Prof. G. O. Hofmann | http://www.gelenkchirurgie-tagung.de |
| Baden-Baden | Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südwest der DGUV | 09.11.-10.11. | Prof. P. Grützner, Prof. U. Stöckle | http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltung/index.jsp |
| Isny | Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs II | 14.11.-16.11. | Dr. W. Coenen | http://manuelle-mwe.de |
| Hannover | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs | 15.11.-21.11. | | http://manuelle-mwe.de |
| Neuss | Tagesrefresher HWS | 16.11. | | http://manuelle-mwe.de |
| Wien / Österreich | Hands on Infiltrationsworkshop | 20.11. | PD Dr. A. Dunky | E-Mail: azmedinfo@media.co.at |
| Berlin | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1 | 22.11.-24.11. | | http://manuelle-mwe.de |
| Frankfurt a. M. | Train-the-Trainer - Ein didaktisches Konzept für Ultraschallausbilder | 22.11. | | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Hannover | Tagesrefresher LWS/ SIG | 23.11. | | http://manuelle-mwe.de |
| München | 3. Wirbelsäulenschmerzkongress | 23.11. | Dr. R. Schneiderhan, Dr. F. Sommer, Dr. O. Oetke | http://www.wirbelsaeulenschmerzkongress.de/ |
| Frankfurt a. M. | AFS Modul 5 (E-FAST) | 23.11. | | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Hannover | Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 2 | 27.11.-30.11. | Dr. W. Kemlein | http://manuelle-mwe.de |
| Brüssel | Expert meeting „Severe bleeding: from basics to practice“ | 28.11. | Dr. R. Hübner | http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/events/expertmeetingSB |
| Murnau | 3. Internationale Rekon Tagung 2013 | 28.11-29.11. | Prof. V. Bühren, Dr. M. Miltz, Dr. M. Öhlbauer | http://www.conventus.de/rekon2013 |
| Hamburg | 2. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft - Komplexe Kniechirurgie | 29.11.-30.11. | Prof. K.-H. Frosch | http://www.knie-komplex.de |
| Berlin | Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2 | 29.11.- 01.12. | | http://manuelle-mwe.de |
| Frankfurt a. M. | 3-Länderübergreifende Basisausbildung Notfallsonographie nach dem Curriculum der DEGUM / SGUM / ÖGUM Teil 1 | 29.11. | | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |

Service / Fort- und Weiterbildung

| | | | | |
|-----------------|--|----------------|---|---|
| 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 | http://www.sonoabcd.de/index.php/kurstermine |
| Dezember | | | | |
| Frankfurt a. M. | 6. Kongress für Versicherungsmedizin und Begutachtung | 05.12. | | http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung |
| Frankfurt a. M. | 8. Deutscher Wirbelsäulenkongress JT der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e.V. | 05.12.- 07.12. | Dr. D. Rosenthal | http://www.dwg-kongress.de/ |
| 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 | http://ae-gmbh.com/ae-veranstaltungen/ae-kongresse/eventeinzelheiten/31 |
| Davos / Schweiz | 2nd Disaster Surgery Workshop Davos | 06.12.- 07.12. | | http://riskacademy.grforum.org/pages_new.php/Disaster-Surgery-Workshop-Davos-2013/764/1/635/ |

2014

| | | | | |
|------------------------|---|----------------|--|---|
| Januar | | | | |
| Paris/ Frankreich | 18th International ArgoSpine Symposium (International conference on spinal surgery) | 30.01.-31.01. | | http://www.argospine.net/ |
| März | | | | |
| Berlin | 131. DGCH-Kongress | 25.03.-28.03. | Prof. J. Jähne | http://www.chirurgie2014.de |
| April | | | | |
| Eisenach | 4. Deutscher Arthrosekongress | 04.04.- 05.04. | PD Dr. G. Spahn | http://www.medxs.de//Arthrosekongress_2014.pdf |
| Mai | | | | |
| Baden-Baden | 62. JT VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen | 01.05.- 03.05. | Prof. A. Meurer | http://JT2013.vsou.de/organisation/kommendetagungen/ |
| Juni | | | | |
| London / GB | 15. EFORT-Kongress | 04.06.- 07.06. | | https://www.efort.org/ |
| September | | | | |
| Toulouse / Frankreich | HIPToulouse | 17.09.-19.09. | Prof. P. Chiron and Prof. P. Bonnevalle | http://www.hipnews.org/hiptoulouse/page4.html |
| Innsbruck / Österreich | 31. AGA-Kongress | 18.09.-20.09. | | http://www.aga-kongress.info |
| Oktober | | | | |
| Berlin | Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie | 28.10.-31.10. | Prof. H. Windhagen, Prof. B. Bouillon, Dr. J. Flechtenmacher | http://dkou.org |

Service / Fort- und Weiterbildung

2015

| September | | | | |
|-----------|---|---------------|---|---|
| Dresden | 32. AGA-Kongress | 17.09.-19.09. | | http://www.aga-kongress.info |
| Oktober | | | | |
| Berlin | Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.10.-23.10. | Prof. R. Krauspe Prof. M. Nerlich Dr. H.-J. Hesseschwerdt | http://dkou.org |

2016

| September | | | | |
|-----------|---|---------------|--|---|
| Basel | 33. AGA-Kongress | 15.09.-17.09. | | http://www.aga-kongress.info |
| Oktober | | | | |
| Berlin | Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie | 25.10.-28.10. | | http://dkou.org |

2017

| September | | | | |
|-----------|---|---------------|--|---|
| München | 34. AGA-Kongress | 13.09.-15.09. | | http://www.aga-kongress.info |
| Oktober | | | | |
| Berlin | Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie | 24.10.-27.10. | | http://dkou.org |

Service / Kleinanzeigen

Praxisabgabe

Orthopädische Praxis in Hamburg abzugeben
Zentrumsnahe orthopädische Praxis ab 2014/2015 abzugeben.
Ambulante Operationen möglich, Übernahmezeitpunkt flexibel
Chiffre: 21 13 31

Praxiskooperation

Praxiskooperation München-Stadt oder Land
Große konservative Orthopädiepraxis bietet Kooperation mit operativer Praxis. Hohes operatives Potential – Biete KV Zulassung – ÜÖ GP – etc. alle Kooperationen möglich – attraktive Lage.
E-Mail: team2013@web.de

Stellenangebot

Biete ORTHOPÄDIE Praxismitarbeit/-einstieg
15-25 Std./Woche in konservativer Praxis – Akupunktur/
NHV-München-Stadt – Facharzt m/w oder WB-Assi. – Flexible
Arbeitszeiten – Beste Bezahlung – Jobsharing/Stufenweiser Einstieg
möglich
E-Mail: team2013@web.de

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:
Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Frau Esther Eckstein
Postfach 30 08 80
70448 Stuttgart