

Orthopädie und Unfallchirurgie

MITTEILUNGEN UND NACHRICHTEN



DGOJ



Interview Gassen/Hoffmann

Notfallversorgung umstrukturieren



Kommen Sie zum
DKOU!
24.–27. Oktober in
Berlin

Zweitmeinungsmarkt boomt

Wie eine Mengenanfälligkeit für das Operieren entstand

Wem gehört mein Implantat?

Verfügung über Eigentum an Gewebe und „Ersatzteilen“

Depots nur für den Notfall

Rechtsprobleme mit Hilfsmittelfirmen vermeiden

Hier steht eine Anzeige.



DKOU 2017: Bewegung ist Leben



Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer
Präsidentin DGOOC 2017



Univ.-Prof. Dr. Ingo Marzi
Präsident DGOU, DGU 2017



Prof. Dr. Alexander Beck
Kongresspräsident BVOU 2017

Die drei Präsidenten laden ein zum diesjährigen DKOU in Berlin. Mit dem Motto „Bewegung ist Leben“ unterstreichen sie, dass Ärzte in Zukunft eine größere Rolle bei der Implementierung eines gesunden Lebensstils spielen wollen und müssen.

Der DKOU ist mit über 12.000 Teilnehmern einer der größten Medizinkongresse in Deutschland und Europa sowie der drittgrößte Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie weltweit. Unser diesjähriges Motto „Bewegung ist Leben“ – auch „Leben ist Bewegung“ wäre möglich gewesen – unterstreicht die Bedeutung unseres gemeinsamen Faches. Wer sich nicht bewegt, wird krank. Unser Behandlungsauftrag geht deshalb weit über das Lindern von Schmerzen und die Wiederherstellung von Beweglichkeit hinaus. Wir legen die Grundlagen für Prävention, Teilhabe und Lebensqualität.

Als wichtigster Kongress unseres Fachs ist der DKOU für junge und erfahrene Kollegen gleichermaßen interessant. Das Programm ist wissenschaftlich und klinisch anspruchsvoll, unterstützt aber auch die nachrückende Generation durch praktische Inhalte. Neben den 900 akzeptierten Abstracts und Postern werden weitere 800 Vorträge gehalten. Neben den 240 Hauptsitzungen sieht das Programm 170 weitere Sitzungen und Meetings im Satellitenprogramm vor. Das alleine zeigt schon, wie umfassend groß und breit das gesamte Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist.

Einen breiten Raum werden auch die Sitzungen zur Forschungs-, Gesundheits- und Berufspolitik einnehmen. Unser Gesundheitssystem steht vor einem Umbruch. In ein paar Jahren wird es kein ungesteuertes Nebeneinander von fachärztlicher Versorgung in Praxen und Krankenhäusern mehr geben. Für uns heißt das: Wir wollen und müssen diesen Wandel mitgestalten.

Gastland in diesem Jahr: die Vereinigten Staaten von Amerika. Gleich mehrere amerikanische Fachgesellschaften aus Orthopädie und Unfallchirurgie haben engagiert am Programm mitgearbeitet. Ein großer Teil der Sitzungen wird daher wieder in Englisch abgehalten werden. Das unterstreicht unsere breite europäische und internationale Aufstellung. Wir wollen weit über die deutschen Grenzen hinaus Gehör finden.

Zu den Highlights gehören unter anderem der Festvortrag im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung und die Pauwels-Gedächtnisvorlesung. Den Festvortrag wird der Dirigent, Musikproduzent und Coach Christian Gansch halten. Er ist der Ansicht, dass ein funktionierender Orchester-Apparat ein Paradebeispiel für effektives Management, gute Führung und effiziente Konfliktlösungen ist. Wer gibt den Ton an? Wie viele Solisten verträgt ein Team? Wie werden Absprachen getroffen, und wer hat zu welcher Zeit das Sagen? Was für ein Orchester lebensnotwendig ist, dürfte auch für unseren Medizinbetrieb relevant sein. Lassen Sie sich überraschen!

Die Pauwels-Gedächtnisvorlesung wird der Schweizer Kinderorthopäde Fritz Hefti halten. Sein Standardwerk „Kinderorthopädie in der Praxis“ ist gerade in der dritten Auflage erschienen. Hefti plädiert seit Langem dafür, dass man sich bei Kindern von mechanistischen Vorstellungen lösen sollte. Form und Funktion der Bewegungsgänge werden bei Kindern nicht nur durch mechanische Faktoren beeinflusst, sondern auch durch das Wachstum und das damit verbundene Remodeling. Nach Heftis Ansicht



beruhen unsere biomechanischen Vorstellungen zu sehr auf statischen und zu wenig auf dynamischen Berechnungen.

Mit unserem Motto „Bewegung ist Leben“ unterstreichen wir auch bewusst, dass wir in Zukunft eine größere Rolle bei der Implementierung eines gesunden Lebensstils spielen müssen. Adipositas und Sportverletzungen gehören zu den Risikofaktoren einer Arthrose, nicht nur das Alter. Die wachsende Zahl an Arthrosen ist also nicht nur dem demografischen Wandel geschuldet, sondern auch der wachsenden Anzahl Übergewichtiger und nicht zuletzt manchem überzogenen sportlichen Ehrgeiz sowie der mangelnden Vorbereitung auf den Sport. Als Fachärzte für das muskuloskelettale Organsystem ist es unsere Aufgabe, Patienten zu beraten, wie sie sicher und gesund trainieren können. Deshalb wird es im Rahmen des DKOU 2017 auch wieder einen Patiententag geben.

Zur Orthopädie und Unfallchirurgie gehört beides: das Operieren und die konservative Behandlung. Und obwohl die überwiegende Mehrzahl der Patienten nicht operiert wird, sondern in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen versorgt wird, werden die konservativen Inhalte der Orthopädie und Unfallchirurgie nicht mehr angemessen vermittelt und vergütet. Damit es in Zukunft keine massiven Versorgungslücken gibt, müs-

sen die konservativen Inhalte gestärkt werden: ausbildungsmäßig, wissenschaftlich und monetär. Dafür will das bald erscheinende „Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ sorgen. Es bietet eine strukturierte Übersicht zu allen Inhalten, verweist auf Versorgungs- und Strukturmängel und formuliert Thesen zur Zukunftssicherung und Weiterentwicklung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie. Erst im vergangenen Jahr ist das „Weißbuch Gelenkersatz“ erschienen.

Die amerikanischen Orthopäden sehen eine ihrer größten Herausforderungen in der wachsenden Opioid-Epidemie. In Deutschland ist dieses Problem weit weniger ausgeprägt, weil wir noch in der Lage sind, Krankheiten ursächlich zu behandeln. Wir haben noch eine hohe Versorgungssicherheit und freien Zugang zu allen medizinischen Leistungen. Das muss auch so bleiben!

Ein Kongress wie der DKOU kommt nicht ohne Mithilfe vieler Unterstützer zustande. Unser Dank geht an unsere zahlreichen Fachgesellschaften, an Intercongress und an alle Kollegen und Mitarbeiter, die mitgeholfen haben, diese einzigartige Veranstaltung auch im Jahr 2017 wieder in der gewohnten Qualität vorzubereiten. Danke für die geleistete Arbeit!

Wir heißen Sie recht herzlich in Berlin willkommen!

R. Meier · Hugo Thom · A. Kühl

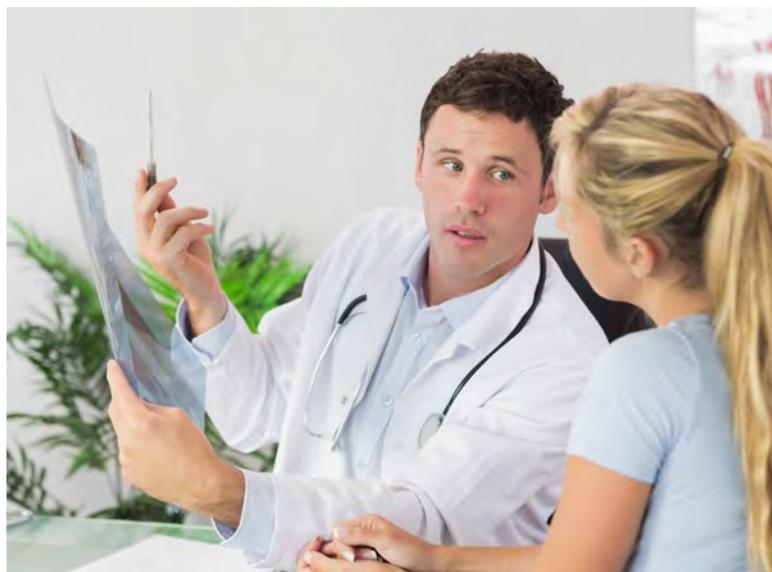
Hier steht eine Anzeige.





14

INTERVIEW GASSEN/HOFFMANN Notfallversorgung umstrukturieren



30

ZWEITMEINUNGSMARKT Wie eine Mengenanfälligkeit für das Operieren entstand

AUS UNSEREM FACH

„50 € für einen unberechtigten Besuch in der Notaufnahme würden helfen“

Interview mit Dr. A. Gassen und Prof. Dr. Dr. R. Hoffmann 14

Novellierung der Zusatzweiterbildungen

Ringen um die Musterweiterbildungsordnung 18

Physician Assistant

Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen 20

Butter bei die Fische

Hamburger Hands-on-Training für Berufseinsteiger in O und U 22

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistentenz (OTF)

Berufsbegleitender Lehrgang für MFA in Klinik und Praxis 23

Wie im Simulator

Erfolgreicher Workshop „Realitätsnahe Frakturversorgung“ 24

Forschungsförderung groß geschrieben

GOTS-Hauptstadtkongress – ein voller Erfolg 26

EKIT geht in die nächste Runde

Auftakttreffen: Indikationskriterien zur Hüft-TEP

28

Zweitmeinungsmarkt

Wie eine Mengenanfälligkeit für das Operieren entstand

30

Wem gehört mein Implantat?

Verfügung über Eigentum an Gewebe und „Ersatzteilen“

32

Depots nur für den Notfall

Probleme zwischen Klinik und Hilfsmittelfirma vermeiden

36

AUS DEN VERBÄNDEN

BVOU

Facharztvorbereitungskurs: Die ganze Bandbreite von O und U in sechs Tagen

40

In eigener Sache: Abschied vom BVOU-Vorstand

42

BVOU-Kooperation mit der AOK Nordost: Gemeinsam für Kindergesundheit

44

RUBRIKEN

| | |
|---------------------------|----|
| Editorial | 3 |
| Aktuelles in Kürze | 10 |
| Namen | 38 |
| Zertifizierte Fortbildung | 39 |
| Service | 66 |
| Industrieforum | 73 |
| Adressen | 74 |
| Impressum | 75 |

Organschaft

| | |
|--|--|
| Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU) | |
| Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) | |
| Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) | |
| Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) | |

Hier steht eine Anzeige.





32

WEM GEHÖRT MEIN IMPLANTAT? Verfügung über Eigentum an Gewebe und „Ersatzteilen“

Die berufliche Zukunft schützen: Exklusiver
Versicherungsservice

46

DGOU

Vereinigung Technische Orthopädie (VTO): Basiskurse ergänzen Fortbildungsangebot

47

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.): Steigende Mitgliederzahlen

48

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.): Aktive Nachwuchsförderung

49

AG Klinische Geweberegeneration: Tätigkeitsschwerpunkt KnorpelRegister DGOU

50

Sektion Osteologie: Strukturen zur verbesserten Nachsorge

51

AOTrauma Deutschland: Neue Auszeichnung für besonders qualifizierte Mitglieder

52

Verkehrsunfallstatistik 2016: Unfallprävention für ältere Verkehrsteilnehmer

54

DGOOC

AG Neue Medien: Kongressaktivitäten

55

AG Evidenzbasierte Medizin: Nutzen für Patienten

56

36

DEPOTS NUR FÜR DEN NOTFALL Rechtsprobleme mit Hilfsmittelfirmen vermeiden

Leitlinienkommission: Leitlinienportal und Kooperation mit DGU

57

DGU

Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie: Neues Präsidium gewählt

58

AG Ethik, Recht, Geschichte der DGU: Ethische Standards durch Priorisierung?

59

Sektion Kindertraumatologie: Kindertraumatologische Referenzzentren diskutiert

60

In Memoriam Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer: Ein großes Vorbild als Chirurg, Unfallchirurg und Humanist

62

VLOU

Acht Jahre VLOU: Neuer Vorstand gesucht

64

PRISMA

Ein Argentinier in Düsseldorf

Akademisches Austauschprogramm initiiert

71

Bitte vormerken!

Vom 24. bis zum 27. Oktober findet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt.

Redaktionsleitung

Ines Landschek
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36-00
E-Mail: oumn@dgou.de

Verlagsanschrift

Springer Medizin Verlag GmbH
Aschauer Str. 30
81549 München
Verlagsredaktion
Christine Cramer
E-Mail: christine.cramer@springer.com

Hier steht eine Anzeige.



NACHRICHTEN

Meldungen aus Verbänden und Gesundheitspolitik



© ak123 / Fotolia

Eine neue Kindernotfall-App soll Eltern und Erzieher unterstützen, im Notfall richtig zu handeln.

Kindernotfall-App: Hilfe aus der Hosentasche

Laut einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der Johanniter-Unfall-Hilfe haben mehr als 40 % der Eltern Angst, falsch zu reagieren, wenn ihr Kind einen Notfall erleidet. Dann einen kühlen Kopf zu bewahren, bringt viele an ihre Grenzen. Eine neue App der Barmer und der Johanniter-Unfall-Hilfe mit Unterstützung des Universitätsklinikums Münster soll dazu beitragen, dass Mütter, Väter, aber auch andere, die regelmäßig mit Kindern zu tun haben (Erzieher, Lehrer, Jugendgruppenleiter, Sporttrainer u.a.) gut auf Kindernotfälle vorbereitet sind und im Ernstfall schnell und richtig reagieren können.

„Die Kindernotfall-App soll weder den Arzt noch den Erste-Hilfe-Kurs ersetzen. Sie kann aber eine wertvolle Stütze sein, bis professionelle Hilfe eintrifft“, sagt Heiner Beckmann, Landesgeschäftsführer der Barmer in Nordrhein-Westfalen. Über die neue Kinder-

notfall-App lässt sich im Notfall direkt ein Notruf absetzen. Eine Suchfunktion ermöglicht es, schnell die nächsten Krankenhäuser, Ärzte oder Apotheken zu finden. Eine weitere Funktion der App ist ein Erste-Hilfe-ABC mit einer Übersicht und einfachen Beschreibungen der wichtigsten Notfallmaßnahmen. Diese orientieren sich an dem Symptom, das dem Ersthelfer bei einem Notfall am stärksten ins Auge fällt (Verletzung, Bewusstlosigkeit, Ausfall der Atmung u. a.). Damit es erst gar nicht zu einem Notfall kommt, helfen Checklisten zur Prävention, typische Unfallquellen zu identifizieren und zu beseitigen.

Die Kindernotfall-App läuft auf Android und iOS und ist kostenlos im Google Play Store und im Apple App Store erhältlich. red



Mehr Informationen:

www.barmer.de/presse-nrw
www.johanniter-medien.de



© Fotolia/Montage: Raufeld

DGOU in den Medien

Auf www.dgou.de findet sich ab sofort ein neuer Service. Ein Newsfeed bildet Links zu Medienbeiträgen ab, in denen Orthopäden und Unfallchirurgen zitiert werden oder sich der Autor auf die Expertise von DGOU-Experten bezieht. Die Beiträge entstehen häufig nach Pressemitteilungen der Fachgesellschaft oder aber über Experteninterviews, die von Journalisten zu medizinischen Themen bei der DGOU-Pressestelle angefragt werden. *red*



© grafikplusfoto / stock.adobe.com



Der neue Presse-Newsfeed:
www.dgou.de/news/dgou-in-den-medien abgerufen oder als RSS-Feed abonniert werden.

Neustart des BVOU-Patientenportals

Das Patientenportal „Orthinform“ des BVOU wird derzeit komplett überarbeitet. Auf dem DKOU 2017 soll es in einem neuen Design und mit optimierter Arztsuche sowie neuen fachlichen Patienteninformationen präsentiert werden. Zugleich können sich interessierte Mitglieder an jedem Kongresstag über die erweiterten Möglichkeiten von Orthinform für das eigene Praxis- und Klinikmarketing informieren.

Das neue Orthinform ist als ein suchmaschinenoptimiertes Portal angelegt, das bei Google rasch an Relevanz gewinnen soll. So werden aussagekräftige Orthinform-Arztprofile von Google besser referenziert als die eigene Praxishomepage und deshalb auch von Patienten gefunden, die Orthinform noch nicht kennen. *red*



Mehr Informationen:
www.orthinform.de

Auf Karrierekurs: Fortbildung für künftige Führungskräfte

Karriereziel Chefarzt oder Leitender Arzt? Dann ist der neue Kurs des Nichtständigen Beirats der DGU die richtige Wahl. Sie treffen auf etablierte Chefärzte, Juristen, Personalberater und Gleichgesinnte. Profitieren Sie von jahrzehntelanger praktischer Erfahrung, machen Sie sich fit für die Zukunft. Schwerpunkte des Kurses sind:

- Bewertung von Stellenangeboten, Headhunter und Personalberater
- Bewerbungsmappe, Vorstellungsgespräch – wie verkaufe ich mich?
- Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Privatliquidiation kompakt

— KH-Finanzierung, Budget, Kennzahlen-BAB, DRG – worauf kommt es an?

Termine und Anmeldung:

- Fortbildung „Chefarzt und Leitender Arzt in O und U“
- 24./25. November 2017 im Lufthansa-Tangushotel Seeheim bei Frankfurt
- zusätzlich kostenfreie, exklusive Webinare zur Vertiefung (4 x /Jahr)
- Kursgebühr 900 € inklusive Übernachtung und Vollverpflegung *red*



Mehr Informationen: <http://www.auc-online.de/de/fortbildung.html>

JOU: Höchstzahl an Bewerbungen

37 Beiträge aus Print, Fernsehen und Online sind bis 30. August in den Pressestellen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und des Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) eingegangen. Damit bewerben sich so viele Journalisten wie noch nie zuvor um den diesjährigen Deutschen Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU).

Der JOU wird zum achten Mal ausgelobt. Mit der Würdigung herausragender Publikationen möchten die Verbände die Qualität der Berichterstattung über orthopädisch-unfallchirurgische Themen fördern und die wachsende Bedeutung des Faches in der Öffentlichkeit sichtbar machen. Der Preis ist mit insgesamt 5.000 € dotiert. Er kann von der Jury auf mehrere Arbeiten aufgeteilt werden. Er wird beim DKOU (24.–27. Oktober 2017 in Berlin) verliehen. *red*



© DGOU



© bildwerkoeckchen / stock.adobe.com

Einblicke in die Arbeit von AGs und Sektionen

Die aktuelle Broschüre „AG- und Sektionsleitertreffen der DGOU, DGOOC und DGU“ gibt einen Einblick in die Arbeit von 37 Sektionen und Arbeitsgemeinschaften (AGs) der drei Fachgesellschaften. Sie enthält Kurzberichte mit Informationen zu den Leitungsgremien mit Kontaktdaten sowie Zusammenstellungen von Projekten, Terminen und Publikationen. Die Berichte zeigen, dass die Gruppierungen in Bezug auf Zielsetzung, Mitgliederzahl und Infrastruktur sehr unterschiedlich aufgestellt sind.

Die Broschüre entstand im Nachgang an das AG- und Sektionsleitertreffen am 19. Mai 2017 in Frankfurt am Main. „Mit den gebündelten Informationen spiegelt sie die Inno-

vationskraft des Faches O und U wider“, erläutert Prof. Dr. Ingo Marzi, Präsident der DGOU. Er nahm gemeinsam mit der stellvertretenden DGOU-Präsidentin Prof. Dr. Andrea Meurer, DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Reinhard Hoffmann sowie dem stellvertretenden DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Bernd Kladny am Treffen teil.

Der erste kombinierte Workshop der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften hatte deren Vernetzung sowie den Austausch zu laufenden Aktivitäten zum Ziel. *red*



Broschüre zum Download:
www.dgou.de/news



© DGOU

Ambulante Operationen: Zi erhebt erstmals Kostenstrukturen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) erhebt jedes Jahr im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der KVen bundesweit Daten zur Wirtschaftslage und den Versorgungsstrukturen bei den ambulant tätigen Vertragsärzten und Psychotherapeuten. Ergebnisse aus diesen Praxispanels liefern wichtige Grundlagen für Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Neben der routinemäßigen Erhebung übernimmt das Zi jedes Jahr zusätzlich wechselnde Aufträge.

In diesem Jahr stehen für den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) das

ambulante und das belegärztliche Operieren im Fokus, wofür eine zweite Umfrage durchgeführt wird. Für den BVOU haben Dr. Helmut Weinhart und Dr. Peter Heppt, Verantwortliche für den Arbeitskreis niedergelassene Operateure, die Vorbereitungen des Zi unterstützt. Gemeinsam mit anderen Berufsverbänden ist der BVOU der Ansicht, dass eine realistische Zusammenstellung der Kostenstrukturen beim ambulanten und belegärztlichen Operieren überfällig

ist. Besonders perioperative Prozesse gelten als völlig unzureichend bewertet. Um den EBM weiterzuentwickeln, wurde zudem auf politischer Ebene festgelegt, eine verlässliche neue Datengrundlage zu den Operationszeiten zu schaffen, die dann Basis der Bewertungen der Leistungen im Bewertungsausschuss sein soll. *red*



Mehr Informationen:
www.zi.de

Jameda muss Kritiker nennen

Das Landgericht München (Aktenzeichen: 25 O 1870/15) hat einem Zahnarzt recht gegeben, der sich gegen negative Urteile auf der Bewertungsplattform jameda gewehrt hatte. Darüber berichtete vor kurzem auch das „Deutsche Ärzteblatt“ (DÄ). Der Zahnarzt war demnach einem negativen Eintrag nachgegangen und konnte keinen Patienten finden, zu dem die Beschwerden gepasst hätten. Er verlangte daraufhin die Löschung des Beitrags. Jameda lehnte dies ab, verwies auf eine Bestätigung durch den Nutzer und präsentierte als Beweis anonymisierte Mails.

Dieses Vorgehen ist nach Meinung des Landgerichts Münchens teilweise unzulässig. „Künftig dürfen für eine Beweisführung eindeutige Belege eines Behandlungskontakts nötig sein beziehungsweise müssen Name und Adresse des Zeugen benannt werden“, zitiert das DÄ Rechtsanwalt Dr. Carsten Brennecke, einen der Juristen, die die Entscheidung erstritten hatten. Ärzte, so der Rat in dem Fachmagazin, sollten ihr Profil auf jameda und anderen Portalen regelmäßig prüfen. Im Fall von unwahren oder unangemessenen Kommentaren sollten sie die Löschung verlangen. Auf eine vollständige Löschung ihres Profils haben Ärztinnen und Ärzte aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung bisher jedoch kein Anrecht. *red*



© Kzenon / Fotolia

Hier steht eine Anzeige.





© Georg Lopata / Axentis

„50 € für einen unberechtigten Besuch in der Notaufnahme würden helfen“

Interview mit Dr. Andreas Gassen und Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann

In Berlin vergeht mittlerweile kein Monat ohne größere Veranstaltung zur Reform der ambulanten Notfallversorgung: Was läuft falsch? Wer muss sich vor allem bewegen? Was sollte der Gesetzgeber tun? Darüber diskutierten Andreas Gassen und Reinhard Hoffmann: Kollegen (Orthopädie und Unfallchirurgie), Vorstandskollegen (BVOU) – aber zugleich Vertreter unterschiedlicher Sektoren.

Herr Dr. Gassen, Herr Prof. Hoffmann: Was war bisher Ihre schlimmste Erfahrung im Notdienst? Und was war Ihre beste?

Dr. Andreas Gassen: Meine schlimmste Erfahrung war die, die jeder einmal im Notdienst macht: Dass Leute zu nachtschlafender Zeit mit minimalen Problemen kommen. Dass man aus dem Bett geholt wurde,

weil jemand aus der Kneipe kam und merkte, er hatte Rückenschmerzen. Das passierte – und war schwer erträglich.

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann: Schlimm war und ist auch, wenn Patienten herumpöbeln, wenn sie nicht alles bekommen, was sie sich vorstellen. In angenehmer Erinnerung sind mir all die Situationen geblieben, in denen man schwerletzten Patienten wirk-

lich helfen konnte. Oder wenn man verletzte Kinder versorgen, deren Eltern beruhigen und so die Situation auch emotional in den Griff bekommen konnte.

Das hört sich so an, als ob manches, worüber heute bei der ambulanten Notfallversorgung geklagt wird, auch früher schon ein Problem war.

Gassen: Sowohl der kassenärztliche Bereitschaftsdienst wie der Notdienst der Krankenhäuser sind immer schon zu Unrecht in Anspruch genommen worden, insbesondere zur Nachtzeit. Was sich verändert hat, ist unter anderem, dass wir diese unberechtigte Inanspruchnahme des Krankenhausnotdienstes nun auch zu normalen Sprechstundenzeiten erleben, und zwar mit den unterschiedlichsten Argumentationen. Das haben wir gerade im Rahmen der Versicherterbefragung der KBV erhoben. Es gibt Leute, die sagen: Meine Arbeitszeiten passen nicht so zu den Öffnungszeiten von Praxen, da gehe ich eben in die Krankenhausnotaufnahme. Das mag im Einzelfall ja sogar nachvollziehbar sein. Aber so etwas kann unser System nicht leisten.

Hoffmann: Meiner Meinung nach sind viele Bürger über das bundesdeutsche Gesundheitswesen und seine Strukturen nicht ausreichend informiert. Manche interessieren diese Strukturen aber auch gar nicht. Sie gehen einfach dorthin, wo sie meinen, man würde ihnen in ihrer persönlich als Notlage empfundenen Situation helfen. Das muss man leider ehrlicherweise so sagen.

Sind Orthopädie und Unfallchirurgie von der überzogenen Inanspruchnahme der ambulanten Notfallstrukturen in besonderer Weise betroffen?

Gassen: O und U sind immer zentral, wenn es um die Notfallversorgung geht. Denn die gesamte Traumatologie landet ja bei den Kollegen. Dafür ist die Notfallversorgung ja auch gedacht. Da aber insgesamt Erkrankungen aus dem Bereich O und U einen großen Raum einnehmen, ist klar, dass auch die Fehlanspruchnahme in der Notfallversorgung hier einen großen Raum ausmacht. Orthopäden und Unfallchirurgen tragen einen Großteil der Last.

Hoffmann: Rund 40 % der Patienten in Notaufnahmen kommen nach Unfällen, welcher Art auch immer. In spezialisierten Kliniken wie der BG-Klinik in Frankfurt sind es sogar über 90 %. Aber darunter finden sich auch Bagatellunfälle, die von niedergelassenen Ärzten beziehungsweise Durchgangsärzten behandelt werden könnten.

Wie sollte man dagegen ansteuern?

Hoffmann: Sicher müssen wir unsere Strukturen optimieren, aber man muss den Patienten auch in die Pflicht nehmen. Wer in die Notaufnahme geht und ambulant behan-



© Georg Lopata / Axentis

Dr. Andreas Gassen

ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist zudem Vorstandsmitglied im BVOU. Alltägliche Einblicke in den Orthopädenalltag verschafft ihm der Draht zu seiner Gemeinschaftspraxis in Düsseldorf.

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann

ist Generalsekretär der DGOU sowie Vorstandsmitglied im BVOU. Er ist als Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main bestens mit den Problemen der Notaufnahmen vertraut.

delt wird, der hätte grundsätzlich auch zum Niedergelassenen gehen können. Das Problem ist doch, dass Patienten selbst oft einen Notfall definieren, wenn sie in Wirklichkeit nur eine Bagatellverletzung haben. Meiner Meinung nach muss man darüber diskutieren, die Patienten in der Notaufnahme auch finanziell zu beteiligen, um ihr Problembewusstsein zu wecken. Bei 50 € Selbstbeteiligung für einen letztlich nicht notwendigen Besuch in der Notaufnahme würde sicher mancher Patient überlegen, ob er hingehört oder nicht. Selbst dann wäre seine Versorgung dort im Übrigen nicht kostendeckend.

Gassen: Patienten an den Kosten zu beteiligen, wäre sicher ein guter Ansatz. Ob die Politik das mitmacht, ist eine zweite Frage. Dass Leute, weil sie Rückenschmerzen haben oder nicht schlafen können, einfach in die Krankenhausambulanz um die Ecke laufen, ist schwer auszuhalten. Aber ein größeres Problem sind sicher Patienten, die in die Notfallaufnahme kommen, weil sie glauben, sie bekämen dort eine Rundumversorgung.

Aber wie sollte man das verhindern?

Gassen: Allen Patienten, die die normale Sprechstunde umgehen wollen, muss man eine Art gemeinsame Benutzeroberfläche bieten. Sie müssen unter einer zentralen Nummer anrufen, wofür idealerweise die 116 117 und die 112 verknüpft sind, und ihren Wunsch formulieren können. Von hier

aus muss eine Triagierung stattfinden, wer in eine Praxis und wer in eine Krankenhausnotaufnahme gehört.

Entscheidend ist, dass die vermittelnde Stelle weiterhelfen kann. Wir müssen dafür sorgen, dass der Patient am Telefon gesagt bekommt: „Sie gehen jetzt in die Praxis von Dr. Müller oder Dr. Meier, und der guckt Sie heute noch an.“ Oder: „Ich finde um diese Uhrzeit keine Praxis für Sie. Aber wir haben eine Vereinbarung mit der Notaufnahme des Krankenhauses XY, dass diese Sie Mittwochnachmittag aufnimmt.“

In vielen Bundesländern gibt es ja Notfallpraxen der Niedergelassenen an Krankenhäusern. Baden-Württemberg hat gerade ein Modellprojekt mit umfassender telefonischer Beratung gestartet. Das Wichtigste ist: Wir müssen es hinbekommen, dass wir die Ressourcen gezielt ansteuern.

Hoffmann: Notfallpraxen sind ein möglicher Baustein einer Lösung. Aber dass man an einem Krankenhaus eine Notfallpraxis hat und direkt daneben die Ambulanz, und der Patient kann wählen oder wird quasi durchgewunken – das ist nicht zielführend. Dann geht der Patient dahin, wo weniger Leute warten oder wo er sich einen qualitativen Vorteil verspricht. Ich verfolge die Vorschläge der KBV mit Interesse. Müssen aber KVen jetzt völlig neue Strukturen für die ambulante Notfallversorgung schaffen? Sie könnten sich doch gezielt einige wenige Kliniken in ihrer Region aussuchen und mit

diesen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und sagen: In diesen ausgewählten Kliniken besetze ich die Notaufnahme gleich noch mit einem Vertragsarzt, der dann mittriagiert, wenn die Patienten auflaufen.

Für Regionen mit wenigen Kliniken mag das eine Lösung sein. Aber wie soll die KV bei der Konkurrenz von Krankenhäusern ohne Widerspruch Kliniken auswählen können?

Gassen: Für eine gezielte Zusammenarbeit mit einigen wenigen Krankenhäusern gäbe es tatsächlich gute Gründe. Aber wenn ich die ambulanten Notfälle so steuere, entstehen möglicherweise für einige Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile.

Andere sagen: Die Krankenhäuser füllen ihre Betten durch die Notaufnahme. Jeder zweite Patient kommt von dort.

Hoffmann: Das Argument mit dem angeblichen Bettenfüllen ist wohlfeil. Stationäre Aufnahmen, die medizinisch nicht indiziert waren, werden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen regelhaft herausgefiltert und bringen dem Krankenhaus überhaupt keine wirtschaftlichen Vorteile. Grundsätzlich haben die Krankenhäuser auch so genug zu tun. Und manche Patienten müssen wir einfach aus medizinisch-juristischen Absicherungsgründen aufnehmen. Die Unterstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind daher konstruiert. Wir müssen dafür sorgen, dass sich bei der Notfallversorgung nicht auch noch Vertrags- und Krankenhausärzte bekämpfen. Das bringt gar nichts. Am Ende leidet der Patient.

Hat die Selbstverwaltung tatsächlich schon alle ihre Hausaufgaben gemacht? Der Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG, Georg Baum hat mehrfach den Vorwurf erhoben, die Niedergelassenen stellten die Versorgungskapazitäten, die sie hätten, nicht für die ambulante Notfallversorgung zur Verfügung, und zwar aus Budgetgründen.

Gassen: Also mal Klartext: Wir haben knapp 600 Millionen Behandlungsfälle im Jahr, die in Praxen versorgt werden. Davon sind rund 20 Millionen Notfälle. In den Krankenhäusern werden jährlich 8,5 Millionen ambulante Notfälle versorgt. Von rund 18 Millionen Fällen in den Notaufnahmen der Kranken-

häuser wird nämlich rund die Hälfte aufgenommen. Daran kann man schon sehen, dass dies kein Patientenvolumen ist, dessen Versorgung die Vertragsarztpraxen zusammenbrechen ließe.

Aber die Budgets sind ein Problem. Oder?

Gassen: Eine Befragung von Krankenhäusern hat 2013 ergeben, dass sich etwa ein Drittel der Patienten selbst in Notaufnahmen vorstellt. Nur 10–20 % von ihnen waren lebensbedrohlich erkrankt. Der kleinste Anteil der Patienten hat wirklich in einer Praxis angerufen und keinen Termin bekommen.

Trotzdem ist es richtig zu sagen, dass wir auch an der Stelle etwas machen müssen. Sicher sind viele Praxen voll. Und natürlich ist nachvollziehbar, dass sich viele Facharztpraxen nicht um noch mehr Patienten reißen, wenn sie sowieso schon 10–20 % ihrer Leistungen nicht vergütet bekommen. Deshalb ist die Forderung der DKG ja im Grunde auch richtig: Wenn man die Inanspruchnahme der Notfallstrukturen durch die Patienten vonseiten der Politik nicht mit einer Gebühr regeln will, dann sollte man dafür sorgen, dass die ambulante Notfallversorgung extrabudgetär vergütet wird. Aber

Reformvorschläge von allen Seiten

Für die ambulante Notfallversorgung durch Klinik und Praxis gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen. Hier die Wichtigsten:

- Apps: Mehr Patienteninformation per App oder online würden mehr Unterstützung bedeuten: Bei der Selbsteinschätzung, Arztsuche, beim Suchen von Praxisöffnungszeiten, Standorten von Anlaufpraxen etc.
- Bereitschaftspraxen (auch Anlauf- oder Notfallpraxen genannt) müssen bundesweit an ausgewählten Krankenhäusern etabliert werden, damit sie die Patienten auf dem Weg ins Krankenhaus filtern. Einige Fachleute favorisieren gemeinsam mit dem Krankenhaus betriebene Ambulanzen oder Rettungsstellen.
- Doppeluntersuchungen müssen vermieden werden: Einmal erhobene Befunde und Daten in der Notfallversorgung sollten allen Weiterbehandelnden zur Verfügung stehen.
- Das Fernbehandlungsverbot muss überprüft und angepasst werden, um telefonische Hilfestellungen für Notfallpatienten zu erleichtern.
- Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern sind für die ambulante Notfallversorgung in Zukunft unumgänglich.
- Modellprojekte müssen neue Ansätze zur integrierten Notfallversorgung begleiten.
- Notfallstrukturen in Krankenhäusern müssen transparenter werden. Wer welche Ausrüstung und welches Personal vorhält, muss bekannt sein. Ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ist zu entwickeln.
- Qualifizierung ist sicherzustellen: Wer ambulante Notfallpatienten triagiert oder versorgt, muss qualifiziert sein – egal ob Arzt oder ärztliches Personal.
- Die Rufnummern 116 117 und 112 müssen zusammengelegt werden. Und die 116 117 muss bekannter werden. Der Patient muss darüber eine qualifizierte Selbsteinschätzung bekommen und zur richtigen Versorgungsebene gelöst werden.
- Rund um die Uhr sollten Bereitschaftspraxen geöffnet sein dürfen, weil Patienten auch rund um die Uhr Krankenhausambulanzen aufsuchen.
- Standards zur Einschätzung sollen gewährleisten, dass die Patienten einheitlich und nachvollziehbar entweder der Notdienstpraxis, der Notaufnahme oder dem niedergelassenen haus- beziehungsweise fachärztlichen Bereich zugeordnet werden. Dafür kann man auf bestehende Triage systeme zurückgreifen.
- Vergütung verbessern: Die Vorschläge reichen von einer besseren Vergütung einzelner Leistungen bis hin zu dem Ansatz, die ambulante Notfallversorgung als dritten Sektor zu gestalten und extrabudgetär (aus Steuergeldern) zu finanzieren. Auch Selbstbeteiligungen von Patienten, die unberechtigterweise Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen, werden diskutiert.



© Georg Lopata / Axentis [2]

wenn man eine Honorarausdeckelung fordert, muss man ein Konzept dazu liefern.

Hoffmann: Wir brauchen neue Strukturen. Das kann man nur gemeinsam schaffen. Aber die Rahmenbedingungen dafür muss die Politik setzen, schon damit es hinterher nicht heißt: Dieser oder jener Ansatz ist nicht gesetzeskonform. Ohne eine Beteiligung der Patienten wird es aber auch in einem anders strukturierten Notfallsystem meines Erachtens nicht gehen. Wer Geld zahlen muss, fragt sich: wofür? Deshalb mein Vorschlag mit der Selbstbeteiligung. Jeder muss verstehen, dass ein Vollkaskoversprechen ohne eine gewisse Selbstbeteiligung dauerhaft nicht gehalten werden kann. Soziale Härten könnte man sicher abfedern.

Wenn man das alles von politischer Seite aus nicht will, sollte man zumindest die Kliniknotaufnahmen kostendeckend finanzieren. Dass das nicht aus dem Budget der Vertragsärzte geht, kann ich gut nachvollziehen. Dann brauchen wir eben eine dritte Säule der Finanzierung der medizinischen Notfallversorgung, zum Beispiel durch Steuern. An Geld, das zeigen die vergangenen zwei Jahre, würde es wohl grundsätzlich nicht mangeln.

Was sollte die Politik noch unternehmen?

Gassen: Wir benötigen eine Gesetzesänderung, damit wir Notfallpraxen 24 Stunden lang betreiben dürfen und nicht nur außerhalb der Sprechstundenzeiten. Denn wir erleben es ja eben, dass Patienten auch Montag früh ins Krankenhaus laufen. Unsere Strukturen müssen wir 24 Stunden an sieben Tagen die Woche anbieten können. Um

die Grenzen des heute geltenden Fernbehandlungsverbots überschreiten zu dürfen, brauchen wir ebenfalls eine Gesetzesänderung. Insgesamt müssen wir Regelungen bekommen, die es den Regionen ermöglichen, für sich passende Lösungen zu finden. Denn diese werden in Berlin andere sein als in der hessischen Provinz.

„Fehlinanspruchnahme macht in der Notfallversorgung einen großen Raum aus.“

DR. MED. ANDREAS GASSEN

Warum beschäftigt das Thema ambulante Notfallversorgung ausgerechnet in den letzten Monaten so viele Experten und Politiker? Die KVen haben doch überall erfolgreich begonnen, den Bereitschaftsdienst zu reformieren, und kooperieren dabei auch häufig mit Kliniken vor Ort.

Gassen: Man kann eben Politik mit dem Thema machen und unterstellen, die Vertragsärzte bekämen die ambulante Notfallversorgung nicht hin. Wenn die KVen mit Krankenhäusern vor Ort verhandeln, ist man

oft nicht weit auseinander. Aber die regionalen Krankenhausgesellschaften und die DKG haben natürlich einen anderen Arbeitsauftrag. Sie müssen schauen, dass sie alle 2.200 Krankenhäuser am Leben halten. Dabei haben so viele Häuser perspektivisch einfach keinen Platz in Deutschland.

Hoffmann: Wir Klinikärzte sind doch an konstruktiven Lösungen für alle Seiten interessiert. Bei uns im Haus werden alle Patienten, die fußläufig in die Notaufnahme kommen, triagiert. Es ist für gesetzlich Krankenversicherte klar festgelegt, was an Untersuchungen gemacht werden darf und was nicht. Jeder Patient erhält einen ärztlichen Notfallcheck. Die teilweise nicht unbedeutlichen Wartezeiten für ganz offensichtlich nicht bedrohliche Fälle führen allerdings häufig zu Unmut.

Wir haben für diese Patienten einen Flyer verfasst, mit dem wir erläutern, warum sie gegebenenfalls in unserer Notaufnahme falsch sind und mit dem wir auf den vertragsärztlichen Notdienst mit seinen einschlägigen Rufnummern verweisen. Die Patienten verstehen das allerdings meist nicht oder wollen es nicht verstehen. Sie sagen: „Ich bin dafür doch versichert. Das steht mir doch zu.“ Was glauben Sie, was los ist, wenn ein Patient stundenlang in der Notaufnahme sitzt, gerade noch akzeptiert, dass anderes schwerer verletzt sind und vor ihm an der Reihe, und dann überreichen wir ihm nach Stunden und einem kurzen Arztcheck den Flyer und sagen: „Sie sind hier falsch!“?

Interview: Sabine Rieser, Presse BVOU

Novellierung der Zusatzweiterbildungen

Ringen um die Musterweiterbildungsordnung

In den Bildungsausschüssen von DGOU und DGU gab es umfangreiche Diskussionen darüber, welche Kenntnisse für bestimmte Zusatzweiterbildungen wortwörtlich aufgezählt werden müssten, sie waren wie schon in der Vergangenheit oft von der Angst vor Einbußen geprägt. Viele Kollegen haben im Rahmen der Niederlassung oder der Zuordnung von Ressourcen in ihren Kliniken erlebt, dass ohne Bezug auf die Weiterbildungsordnung und entsprechender Nachweise eine Abrechnung von Leistungen nicht möglich ist.

Die Federführung für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ lag bei Dr. Matthias Münzberg, für die „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ lag sie bei Prof. Dr. Maximilian Rudert. In einer Ausschusssitzung am 21. Juni 2017 hat der Bildungsausschuss der DGOU über Stunden an den Feinheiten und dem richtigen Maß beider Entwürfe gefeilt und in den folgenden Wochen die Endabstimmung elektronisch verfeinert. Größte Sorgfalt musste auf die Zuordnung der zu fordernden Inhalte entsprechend der neuen Systematik gelegt werden. Einerseits können „Kognitive und Methodenkompetenz“ sprich „Kenntnisse“ erlernt werden, andererseits sind „Handlungskompetenzen“ sprich „Erfahrungen und Fertigkeiten“ zu erwerben und, zum Teil auch mit Richtzahlen hinterlegt, nachzuweisen.

Das ursprüngliche Ziel einer Musterweiterbildungsordnung ganz ohne Richtzahlen ist zwischenzeitlich aufgegeben worden, ist doch die unterschriftliche Feststellung eines Weiterbilders durch die Rubrik „Die/Der kann das“ kaum justizierbar. Gleichzeitig wünschten gerade die jungen Kollegen Richtzahlen, um die geforderten Fertigkeiten in den Weiterbildungsstätten einfordern zu können. Herausfordernd war oft auch die Abgren-

zung zu den bereits vermittelten Inhalten des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie. Gibt es doch (politische) Versuche, alle Zusatzweiterbildungen in der Musterweiterbildungsordnung ersatzlos zu streichen und sich nur auf Fachärzte zu beschränken. Vor diesem Hintergrund musste oft semantische Feinarbeit in der Beschreibung der „speziellen Inhalte“ geleistet werden. Dennoch bleibt abzuwarten, ob die abschließende juristische Prüfung und Beratung durch die Kammergremien und den Deutschen Ärztetag unseren Vorschlägen folgen.

Große Varianz bei Schwerpunktbildungen

Um die „Fertigkeiten und deren Richtzahlen“ wurde auch gerungen, scheinen doch die Schwerpunktgebungen regional und lokal sehr zu variieren und damit auch die Anzahl der „weiterbildungsfähigen“ Eingriffe. Aber anders als in den Diskussionen der 90er Jahre waren alle Teilnehmer ehrlich bemüht, realistische Inhalte und Zahlen einzubringen, zum Teil wurden diese auch sorgfältig mit OP-Zahlen aus verschiedenen Statistiken begründet. Es waren sich da-



Die Weiterbildungsordnung bestimmt, welche Leistungen abgerechnet werden können.

bei alle einig, dass die individuelle Bandbreite der Lehr- und Lernfähigkeit nicht von den Mindestanforderungen einer Weiterbildungsordnung nivelliert werden kann, sondern hier vielmehr der einzelne Weiterbildungsbefugte in der Pflicht bleibt, nur das zu bescheinigen, was auch wirklich beherrscht wird.

Anhörung in Bundesärztekammer

Die Beratungen zur Zusatzweiterbildung „Kinderorthopädie“ standen unter Federführung von Frau Prof. Andrea Meurer, die zur „Orthopädischen Rheumatologie“ unter der von Prof. Wolfgang Rüther. In beiden Bereichen war umfangreiche Abstimmungsarbeit mit anderen Fächern, der Pädiatrie und Kinderchirurgie einerseits und der internistischen Rheumatologie andererseits, notwendig. Letztlich konnten aber auch diese Entwürfe bei der Anhörung in der Bundesärztekammer am 15. August 2017 einvernehmlich abgestimmt werden. Besonders bei der „Orthopädischen

Rheumatologie“ bleibt aber abzuwarten, ob der mit den anwesenden Vertretern der Internisten gefundene Kompromiss in den weiteren Gremienberatungen Bestand hat. Für die „Kinder- und Jugend-Orthopädie“ wurde die neue Bezeichnung im Gleichklang mit den anderen Fächern der Kindermedizin konsentiert, die Inhalte mit Oberbegriffen etwas kürzer beschrieben, aber das Fach in seiner Breite und Tiefe nicht verändert.

Online-Plattform WiKi-BÄK

An einem weiteren Anhörungstermin in der Bundesärztekammer zur Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ nahmen Dr. Thomas Friess für die AG Alterstraumatologie der DGU und Prof. Dr. Almut Tempka für die DGOU und als stellvertretende Vorsitzende der Gemeinsamen Weiterbildungskommission der DGCh, BDC und der Berufsverbände teil. Der bisherige Entwurf sah für Chirurgen keine Möglichkeit vor, diese Zusatzweiterbildung anzustreben, egal ob die Inhalte erbracht

wurden oder nicht. Es hätte vorher eine internistische Weiterbildung erfolgen müssen. Letztlich konnten wir unser Ansehen nur als Anmerkung in dem neuen Entwurf auf der Internetplattform WiKi-BÄK platzieren. Hier bedarf es weiterer Aktivitäten in den Landesärztekammern und Gremien.

Es bleibt abzuwarten, wie die Beratungen weiter gedeihen werden. Wir sind auf die aktive Begleitung der weiteren Schritte durch unsere kammeraktiven Mitglieder angewiesen, eine weitere Einflussnahme durch die Fachgesellschaften ist nur indirekt über diese Kollegen und unsere Ärztetagsdelegierten möglich.

Prof. h. c. Dr. Almut Tempka
Berlin
Leiterin Ausschuss für Bildung und Nachwuchs
DGOU



© A. Tempka

Hier steht eine Anzeige.

Physician Assistant

Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen

Der dramatische Wandel im Patienten- und Krankheitsspektrum, Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und -erfordernissen sowie finanzielle und personelle Engpässe führen dazu, berufliche Qualifikationen zu überdenken. Bestimmte administrative und patientennahe Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich an nicht ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren, ist ein wichtiger Schritt für eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen.

Auch das starke Interesse der Beschäftigten an Qualifizierungs- und Professionalisierungsangeboten führt dazu, berufliche Qualifikationen weiterzuentwickeln, Aufgabengebiete neu zu definieren sowie neue Berufe oder Berufsbilder zu schaffen. Eine Lösung wird darin gesehen, bestimmte administrative und auch patientennahe Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich an nicht ärztliche Gesundheitsberufe abzu-

geben und dadurch für eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen zu sorgen.

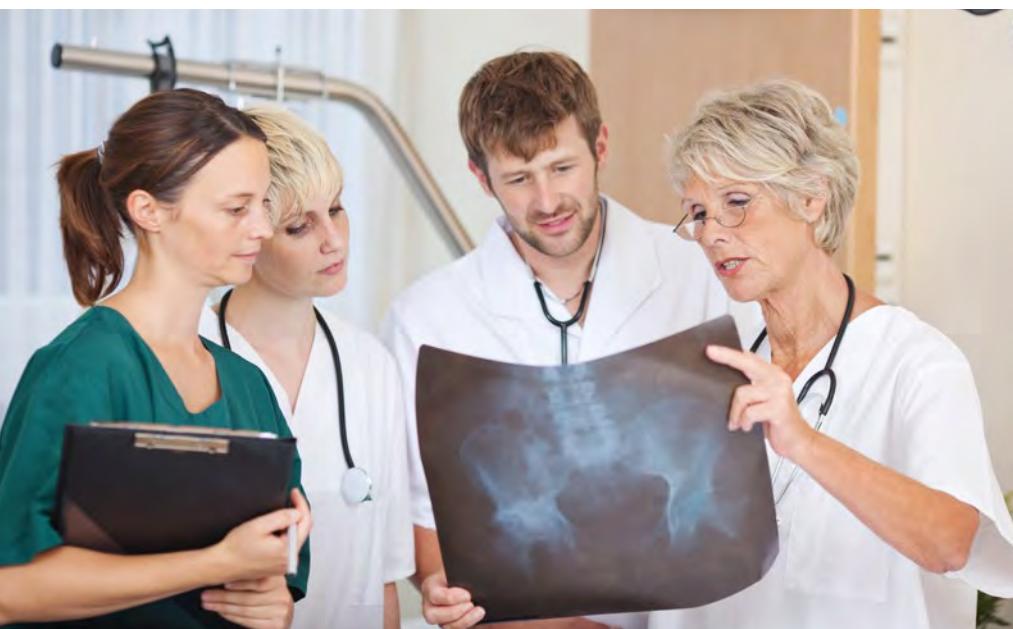
Zielgenaue Ausbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bietet seit einigen Jahren in Kooperation mit der staatlichen Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Karlsruhe den Bachelor-Studiengang Physician Assistant (PA) an. Der Studiengang wird in

Form eines Grundstudiums mit anschließendem Vertiefungsstudium, das maßgeblich fachlich-inhaltlich von der DGOU mitgestaltet wurde, angeboten. Somit werden Studierende adäquat auf die Tätigkeit im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie vorbereitet. Das naturwissenschaftlich-medizinisch geprägte Curriculum umfasst drei Jahre in Vollzeit und führt zum akademischen Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.). Voraussetzung für die Zulassung zum Studium ist das Vorliegen der Hochschulzugangsberechtigung wie Abitur oder Fachhochschulreife. Auch eine Zulassung besonders qualifizierter Berufstätiger mit anderen Schulabschlüssen ist nach dem Landeshochschulgesetz möglich. Darüber hinaus wird ein Ausbildungervertrag mit einer Partnerklinik sowie eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf benötigt.

Auf Delegationsbasis

Die Absolventen sollen so in die Lage versetzt werden, ausgewählte ärztliche Aufgaben auf Delegationsbasis, also auf Anordnung und unter fachärztlicher Aufsicht, volumnäßig wahrnehmen zu können. Die Versorgungsqualität und -effizienz kann durch den Einsatz von PA gesteigert sowie möglichen Versorgungsdefiziten entgegengewirkt werden. Der PA ist als medizinischer Assistenzberuf seit vielen Jahrzehnten in den USA, Kanada, Großbritannien und den Niederlanden etabliert.



© contrastwerkstatt / stock.adobe.com

Der Physician Assistant als medizinischer Assistenzberuf liegt an der Schnittstelle zwischen ärztlichem Bereich und nicht ärztlichem Gesundheitsberuf.

Einheitliche Standards erforderlich

Mittlerweile werden entsprechende Studiengänge an acht verschiedenen, zumeist privaten Hochschulen angeboten, weitere befinden sich im Akkreditierungsverfahren. Ende 2016 gab es in Deutschland bereits mehr als 300 Absolventen mit einer unmittelbar anschließenden Beschäftigung in der direkten Patientenversorgung. Einsatzbereiche finden sich derzeit vorwiegend im stationären Sektor. Mit Blick auf eine längerfristige Etablierung des Berufsbildes beziehungsweise entsprechender Studiengänge in Deutschland ist eine inhaltliche Angleichung und Vereinheitlichung der Curricula der verschiedenen Hochschulen mit PA-Studium dringend angezeigt, damit einheitliche oder vergleichbare Standards für diese Qualifikation gelten.

Um dies zu ermöglichen, erarbeitete eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) Rahmenvorgaben für die Ausbildung

und die Tätigkeit akademisierter Gesundheitsberufe am Beispiel des „Berufsbildes Physician Assistant“. In dem Konzeptpapier werden das Kompetenzprofil für PA, verbindliche Studieninhalte, Zugangsvoraussetzungen, Qualitätskriterien sowie das Zusammenwirken von Ärztekammern und Hochschulen geregelt. Der Autor war an der Erarbeitung des Konzeptpapiers maßgeblich beteiligt.

Auf der Vertreterversammlung der KBV und auf dem 120. Deutschen Ärztetag im Mai 2017 in Freiburg wurde das gemeinsame Konzeptpapier von BÄK und KBV „Physician Assistant – ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ eingebbracht und mehrheitlich verabschiedet. Darin sprechen sich BÄK und KBV für eine Aufgabenübertragung von administrativen und heilkundlichen Tätigkeiten an PA nach dem Prinzip der Delegation aus. Mit dem Konzeptpapier von BÄK und KBV ist ein anerkannter Rahmen für das Qualifikations- und Tä-

tigkeitsprofil des PA formuliert, der als Grundlage für die curriculare Konvergenz der PA-Studiengänge in Deutschland und damit einer bundesweiten Standardisierung des Berufsbildes fungieren kann.

In jedem Fall sollte im Sinne einer Versorgungsforschung das Delegationsmodell „Physician Assistant“ weiter begleitet werden. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung erster Absolventenjahrgänge sind publiziert und bestärken die Beteiligten, das Berufsbild des PA in der nun von der BÄK und KBV definierten Form weiter zu etablieren.

Prof. Dr. Marcus Hoffmann
Studiendekan Fachbereich
Gesundheit
Duale Hochschule
Baden-Württemberg
Karlsruhe



© M. Hoffmann

Hier steht eine Anzeige.

Butter bei die Fische

Hamburger Hands-on-Training für Berufseinsteiger in O und U

Getreu dem Motto „Theorie war gestern“ wurde für Berufseinsteiger in den ersten Jahren der Facharztweiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen ein kompaktes Seminar zur Vermittlung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt. Es richtet sich an engagierte Assistenzärzte mit Potential, die gerade ihre ersten Schritte in die operative Tätigkeit unternehmen und dabei von ihren Weiterbildern aktiv gefördert werden.

Das Seminar besteht aus theoretischen und praktischen Komponenten, die in der Summe ein Wochenseminar füllen würden. Aber lange Abwesenheiten sind bei der aktuellen Personalsituation nicht zeitgemäß.

Vorbereitung mit E-Learning

Deshalb wurde ein Portfolio elektronischer Lernmodule abgestimmt, die die Teilnehmer im Vorfeld des zweitägigen Präsenzseminars mit den erforderlichen Grundlagen vertraut machen. Diese elektronische Vorbereitungsphase umfasst:

- **fünf Webinare** rund um Notaufnahme und Notfallversorgung
- **vier digitale OP-Leitfäden** mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen für Einsteiger-Operationen

— Vollzugriff auf den **digitalen Pschyrembel** (App/Web) für sechs Monate Durch die Verlagerung der Vermittlung theoretischen Wissens vor das eigentliche Seminar kann die Präsenzzeit auf nur zwei Tage verkürzt werden und ist fast ausschließlich für praktische Übungen reserviert.

Alle Lerninhalte stehen den Teilnehmern über einen langen Zeitraum zur Vor- und Nachbereitung auf das praktische Seminar und als persönliche Referenz für den Klinikalltag zur Verfügung.

OP-Workshops in der Präsenzphase

Nach kurzen Auffrischungs-Sessions geht es an beiden Tagen für mehrere Stunden in das anatomische Labor. Alle Eingriffe werden an Humanpräparaten in voller OP-Kleidung und mit den üblichen Instrumenten und Implantaten durchgeführt. Jeder Teilnehmer des Hamburger Hands-on-Trainings führt folgende Eingriffe und Übungen selbstständig am Humanpräparat durch:

- Haut-, Faszien- und Muskelnähte
 - Anlage einer Thoraxdrainage
 - Grundprinzipien der Plattenosteosynthese
 - Achillessehnenruptur (komplette OP)
 - Weber-B-Fraktur (komplette OP)
 - Bimalleoläre OSG-Fraktur (komplett OP)
 - Unterschenkelfraktur mit Fixateur externe
 - Infiltrationstechniken Wirbelsäule
- Zusätzlich werden folgende praktischen Kurse absolviert:

- Gips- und Casting-Kurs
- Systematische Röntgenbefundung
- Umgang mit dem Bildwandler

Premiumseminar für die Besten

Durch die Unterstützung unserer Industriepartner Depuy Synthes, Orthofix und BSN können wir das Hamburger Hands-on-Seminar trotz der aufwendigen praktischen Übungen und kostspieligen Humanpräparate zu einem attraktiven Preis anbieten. Vergleichbare Workshops kosten üblicherweise zwischen 2.000 bis 4.000 €. An die Teilnehmer werden allerdings hohe Anforderungen in der Selbstlernphase gestellt. Ohne digitale Vorbereitung ist eine Teilnahme am praktischen Kurs weder sinnvoll noch erwünscht. Insofern erwarten wir zum Kurs die besten und motiviertesten Assistenzärzte und freuen uns sehr, sie in den praktischen Teil ihres Berufslebens begleiten zu dürfen.

Für Weiterbilder bietet sich die Möglichkeit, aussichtsreiche Nachwuchskollegen mit der Entsendung zu diesem anspruchsvollen Seminar besonders zu fördern und zu motivieren.

Hamburger Hands-on-Training für Berufseinsteiger in O & U

Termine: 13.–14. November 2017; 30.–31. Mai 2018; 22.–23. November 2018

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Markus Kröber, Asklepios Klinik Altona, und Prof. Thomas Mittlmeier, Universitätsmedizin Rostock

Ort: European Surgical Institute

Preise: 800 € für BVOU-Mitglieder; 950 € für Nicht-Mitglieder



Buchung unter:
www.bvou.net/ado

Dr. Jörg Ansorg
Berlin
BVOU-Geschäftsführer



© Gebhardt / BVOU

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistentenz (OTF)

Berufsbegleitender Lehrgang für MFA in Klinik und Praxis

Vor Kurzem ist bereits der zweite Kurszyklus für Medizinische Fachangestellte (MFA) zur OTF-Zusatzqualifikation gestartet. Die vier Module sind nun auch einzeln buchbar.

Der neue Kurszyklus zur Orthopädisch-Traumatologischen Fachassistentenz (OTF) vermittelt fachspezifische theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten für MFA, die in Klinikambulanzen und orthopädisch-unfallchirurgischen Praxen täglich mit den akuten und chronischen Krankheitsbildern unseres Fachgebietes konfrontiert werden. Neu ist, dass alle Module nun auch einzeln buchbar sind.

Warum eine OTF-Kursreihe? Die optimale Versorgung von orthopädisch-

© Photographee.eu / stock.adobe.com



traumatologischen Patienten in Klinik und Praxis basiert auf einer Teamleistung, in der Ärzte, Pflege- und Assistenzpersonal Hand in Hand arbeiten. Sowohl in Praxen als auch in Kliniken fehlt aber häufig die Zeit für eine kontinuierliche Weiter- und Fortbildung des medizinischen Assistenzpersonals. Deshalb hat die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) gemeinsam mit Experten aus Klinik und Praxis nun eine zertifizierte Fortbildung zur OTF entwickelt.

Das Angebot richtet sich an junges Assistenzpersonal und ist fokussiert auf die praktische Versorgung von Notfällen im orthopädischen und traumatologischen Alltag einer Klinik oder Praxis. Dabei legen wir gleichermaßen Wert auf die Vermittlung von theoretischem Wissen (Anatomie, Frakturlehre, Materialkunde) wie von praktischen Fertigkeiten (Gipsen, Casten, Taping etc.).

Die vier Kursmodule vermitteln Wissen und Fertigkeiten für die Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems. Am Ende der Kursreihe sind die teilnehmenden MFA in der Lage, in Klinikambulanz und Praxis tätige Ärzte qualifiziert zu unterstützen und unter deren Aufsicht be-

stimmte Tätigkeiten selbstständig im Sinne einer Delegation durchzuführen. Die Kursreihe besteht aus mehreren Modulen (siehe Kasten). Inhaltlich wird unter anderem auf folgende Aspekte eingegangen: Anatomie, Verletzungen und Frakturen, Erstversorgung in der Ambulanz, konservative und operative Therapieoptionen, klinische Untersuchungstechniken, Cast-, Tape- und Schienenversorgung, Einsatz von Orthesen und Bandagen.

Der besondere Wert der Kursreihe liegt in der systematischen Vermittlung wesentlicher Grundlagen und praktischer Fähigkeiten in Kompaktkursen. Das Angebot orientiert sich dabei strikt an den Abläufen in Ambulanz und Praxis und verzichtet bewusst auf ausufernden theoretischen Unterricht. Hier wird auf das umfangreiche Vorwissen der Teilnehmer gesetzt.

Ärzte in Notaufnahme und Praxis werden durch dieses Schulungsangebot nicht von der Vermittlung fundierter Kenntnisse an ihre Mitarbeiter und von deren kontinuierlicher Überwachung entbunden. Sie können vielmehr auf der didaktischen Struktur der OTF-Kursreihe aufbauen und die vermittelten Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag weiterentwickeln.



Dr. med. Jörg Ansorg
Berlin
Geschäftsführer BVOU

© BVOU / Gebhardt

Lehrgang Orthopädisch-Traumatologische Fachassistentenz (OTF)

Termine: OTF1 – Der Akutpatient: 6.–7. September 2017; OTF2 – Obere Extremität: 12.–13. Januar 2018; OTF3 – Untere Extremität: 6.–7. April 2018; OTF4 – Der chronische Patient: 8.–9. Juni 2018

Wiss. Leitung: Dr. Chr. Weinhardt, OrthoGroup Hamburg; Prof. J. Rueger, UKE Hamburg

Ort: European Surgical Institute (ESI), Norderstedt bei Hamburg

Preise: Kursreihe (vier Module): 780 € für Mitglieder, 980 € für Nicht-Mitglieder; Einzelmodul: 250 € für Mitglieder, 350 € für Nicht-Mitglieder



Buchung unter: www.bvou.net/ado

Wie im Simulator

Erfolgreicher Workshop „Realitätsnahe Frakturversorgung“

Mit der ersten „Fraktur-Challenge“ fand während der Frühjahrstagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) Ende April die Premiere eines neuen Kursformats statt, das die Fort- und Weiterbildung nachhaltig verbessern könnte. Organisiert wurde die Veranstaltung von Dr. Matthias Münzberg, Organisationsteam des VSOU, und von Marc Ebinger, Geschäftsführer der Firma „RIMASYS“.

Herr Dr. Münzberg, Herr Ebinger: Warum braucht man neue Kursformate, um die Frakturversorgung zu üben?

Dr. Matthias Münzberg: Die Frakturversorgung ist zwar ein fester Bestandteil der Weiterbildung von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten in Orthopädie und Unfallchirurgie und auch der Facharztprüfung. Sie jedoch möglichst realitätsnah zu erlernen, ist anfangs häufig gar nicht so einfach. Vieles muss erst direkt am Patienten geübt werden. Es werden zwar Kurse zum Thema Osteosynthese angeboten. Doch dabei arbeitet man

mit Kunstknochen, das heißt: Die Weichteile fehlen. Zusätzlich gibt es noch gute Weichteil-Workshops mit Zugangspräparationen, um praktisch zu veranschaulichen, wie man an eine Fraktur herankommt. Was bisher noch fehlte, ist das Zusammenspiel all dieser Elemente in einem Kursangebot.

Mit den frakturierten Humanpräparaten der Firma Rimasys gelingt dies. Wir hatten in Baden-Baden Röntgen und CT-Bilder, Präparate samt Fraktur mit intakten Weichteilen. Dadurch kann man – wie am echten Patienten – eine Frakturversorgung von Anfang bis

Ende planen und durchführen: Beginnend mit der Diagnose anhand der Bildgebung über Implantantwahl, Zugangswahl bis hin zur Reposition und osteosynthetischen Versorgung der Fraktur.

Die Herausforderungen ähneln denen in einer realen OP-Situation sehr. Das gab es bisher noch nicht. Das ist ein bisschen so wie die Simulation im Bereich der Luftfahrt. Der Pilot lernt im Simulator das Fliegen und erwirbt die Fähigkeit, in schwierigen Situationen zu handeln – bevor er das erste Mal mit richtigen Passagieren fliegt.



Bei der Premiere des Workshops in Baden-Baden traten drei Teams gegeneinander an.



Die Organisatoren der Fraktur-Challenge-Workshops

Dr. Matthias Münzberg (l.), Organisationsteam des VSOU, und Marc Ebinger, Geschäftsführer der Firma „RIMASYS“.

Herr Ebinger, wie stellen Sie die speziellen Frakturen in den Präparaten her?

Marc Ebinger: Wir haben über die letzten fünf Jahre ein spezielles technisches Verfahren entwickelt, mit dem wir reale Unfälle nachstellen und so lebensechte Frakturen in Humanpräparaten reproduzierbar generieren können. Das Besondere ist nicht nur, dass die Frakturmuster denen der Realität entsprechen, sondern auch, dass der Weichteilmantel von außen nicht verletzt wird. Für die Fraktur-Challenge haben wir zum Beispiel drei distale Humerusfrakturen nach AO-Klassifikation generiert.

Woher stammen die Präparate?

Ebinger: Die Präparate aus Körperspenden stammen entweder von akkreditierten Partnern der American Association of Tissue Banks oder aus deutschen Anatomien. In beiden Fällen entspricht der Einsatz für die Weiter- und Fortbildung dem letzten Willen des Spenders.

Wie muss man sich die Frakterzeugung genau vorstellen?

Ebinger: Jede Fraktur kommt ja durch eine individuelle Verletzung zustande. Somit müssen für jede künstlich erzeugte Fraktur ein spezielles Verfahren und technische Adaptionen entwickelt werden. Wir nutzen dafür sogenannte Fresh-frozen-Präparate, weil deren biomechanische Eigenschaften am nächsten an die eines echten Patienten herankommen. Für die gezielte Verletzung der Präparate berechnen wir auf Basis unseres Verfahrens die benötigten Kräfte, Torsionen und Impulse und setzen eigens entwickelte Maschinen ein. Dann kontrollieren wir mit

Hilfe von Röntgenaufnahmen und Computertomografie-Bildern das Ergebnis. Ein darauf spezialisierter Partner transportiert es dann an den ausgewählten Kursort.

Wie lief die Fraktur-Challenge in Baden-Baden ab?

Münzberg: Dort traten drei Teams gegeneinander an, die sich im Vorfeld beim Jungen Forum O&U für die Veranstaltung angemeldet hatten. Die Teams mussten anhand eines vorgegebenen Kriterienkatalogs innerhalb von 60 Minuten die Frakturversorgung planen und durchführen, angefangen vom Anfertigen eines Röntgenbildes bis hin zum eigentlichen Eingriff. Anhand einer Checkliste sollte dann das eigentliche Siegerteam ermittelt werden. Allerdings muss ich sagen, dass jede der drei Gruppen hervorragend gearbeitet hat. Deswegen haben wir entschieden, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Sieger aus dem Wettbewerb hervorgehen.

Zur ärztlichen Ausbildung gehört die Arbeit an Leichenteilen. Aber ist ein Wettbewerb bei der Arbeit mit Körperspenden nicht doch pietätlos?

Ebinger: Ziel ist es doch, die Versorgungsqualität zu erhöhen. Dafür werden diese Fachkongresse und die daraus resultierenden Diskussionen benötigt. Das Format der Challenge wurde für den VSOU gewählt, um die Thematik spannend im Programm zu positionieren. Die Teilnehmer hatte schnell der Ehrgeiz gepackt, die Teams konnten sich mit den bereitgestellten Röntgen- und CT-Bildern gut an ihren Fall heranarbeiten und die Versorgung planen. Die Resonanz war

durchweg positiv, Realismus des Formats und Lerneffekt wurde deutlich bestätigt. Auch für uns war das eine Bestätigung. Wir wollen die Implementierung dieser realitätsnahen End-to-End-Versorgungen in Fort- und Weiterbildung vorantreiben. Am Ende ist es doch gut für den Patienten.

Münzberg: Meiner Ansicht nicht. Schon während des Studiums im so genannten Präparierkurs in der Anatomie wurden wir damit konfrontiert und vorbereitet. Diese Präparation ist aktuell eine tolle Möglichkeit, die Kolleginnen und Kollegen realitätsnah vorzubereiten und so die Versorgungsqualität an den lebenden Patienten zu verbessern.

Was planen Sie konkret zur Fortsetzung des Formats?

Ebinger: Wir bereiten derzeit eine weitere Veranstaltung im Rahmen des DKOU 2017 vor. Allerdings wird der geplante Kurs im Rahmen von zwei Hands-on-Workshops ablaufen und nicht als Wettbewerb.

Münzberg: Für den Morgen werden wir Radiusfrakturen vorbereitet, um die jungen Assistenzärztinnen und -ärzte anzusprechen. Am Nachmittag werden wir dann herausforderndere Frakturen vorsehen. Die Veranstaltung wird von hochrangigen Instruktoren begleitet, so von BVOU-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann von der BG Unfallklinik in Frankfurt am Main und von Prof. Paul Alfred Grützner von der BG Klinik Ludwigshafen. Uns ist wichtig, dass man in Ruhe üben und sich von dem neuen Kurskonzept überzeugen kann. Wir freuen uns auf eine spannende Veranstaltung.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno.

Terminhinweis

„Life-like Frakturworkshop am Humanpräparat“ auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU):

Donnerstag, 26.10.2017:
09.00–12.15 Uhr und 13.00–17.00 Uhr, Raum Stuttgart,
DKOU-Gelände, Messe Süd, Berlin

Forschungsförderung groß geschrieben

GOTS-Hauptstadtkongress – ein voller Erfolg

Der 32. Jahreskongress der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) fand vom 22. bis 24. Juni 2017 in Berlin statt. Das wissenschaftliche Programm sucht auf internationalen Kongressen seinesgleichen. Ob Medizin für den Spitzensport oder Breitensport, ob internistische Probleme, Rehabilitation, Radiologie, Applied Kinesiologie, Berufspolitik oder IT-Lösungen – aus allen Gebieten und Fachbereichen gab es Neues.

Es war eine gelungene Veranstaltung, die PD Dr. Oliver Miltner und sein Kongresssekretär, Dr. Michael Krüger Franke, zusammen mit ihrem Kongressteam, der Agentur Intercongress und der GOTS organisiert haben: ein fachlich hochkarätiger und von der Gesamtstimmung her toller Jahreskongress. Mit 617 Teilnehmern aus 11 Ländern und 47 ausstellenden Firmen mit 128 Mitarbeitern, die 147 Vorträge, 42 Poster, 4 Instruktionskurse, 13 Industrieworkshops zu sehen und zu hören bekamen. Dazu kam ein überzeugender Pre-Day für die jüngere Generation mit dem Programm der Young Academy und den OP- und Injektionskursen. Das ist die sachliche Bilanz eines mit großem Einsatz vorbereiteten GOTS-Jahreskongresses. Der Kongress beschäftigte sich mit attraktiven Schwerpunkten:

- Rehabilitation von Sportverletzungen
- Vorderes Kreuzband
- Frauenfußball
- PRP (Eigenblutbehandlung)
- Leistenschmerz

GOTS-Preise fördern die Qualität

Die höchste Auszeichnung, die die GOTS ehrenhalber zu vergeben hat, ist die Ernennung des Ehrengastes zum Jahreskongress. Die Auszeichnung erhielt 2017 Prof. Dr. Per Hölmich aus Kopenhagen. In seinem Ehrengastvortrag

stellte er dar, wie man Sportverletzungen in der Leistenregion systematisch diagnostiziert, ihre Ursachen analysiert und pathologisch spezifisch therapiert.

Forschungsförderung und Preise für den wissenschaftlichen Nachwuchs gehören seit Jahrzehnten zum Schwerpunkt der GOTS-Arbeit. Sie motivieren den sportorthopädischen Nachwuchs und stellen ein entscheidendes lebendes Element für den GOTS-Kongress dar. Den seit 2000 von der Firma Sporlastic ausgelobten Posterpreis mit 3.000 € gewann die Arbeitsgruppe von Dr. Thilo Hotfiel aus Erlangen mit der Arbeit „Veränderungen der intramuskulären Gewebeperfusion bei Vorliegen von ultrastrukturellen Muskelverletzungen“.

Zur Förderung des jüngsten Forschungsnachwuchses wurde die Vortragsitzung Young Investigator Award durchgeführt. Den Siegerpreis der Firma Ottobock in Höhe von 1.500 € erhielt die Arbeitsgruppe von Felix Dyrna aus München für die Arbeit „The integrity of the acromioclavicular capsule ensures physiologic centration of the acromioclavicular joint under rotational loading“.

Auf Initiative von PD Dr. Thore Zantop und mit Unterstützung der Firma DJO Global wurde erneut der GOTS-Video-Award verliehen. Das Team von Dr. Sarah Sommer aus Stuttgart bekam den Siegerpreis für das Video „Hamstringabrißverletzungen – von Diagnostik bis Therapie“.

Gewinner diesjähriger GOTS-Preise

Posterpreis:

Arbeitsgruppe Dr. Thilo Hotfiel, Erlangen: „Veränderungen der intramuskulären Gewebeperfusion bei Vorliegen von ultrastrukturellen Muskelverletzungen“

Young Investigator Award:

Arbeitsgruppe Felix Dyrna, München: „The integrity of the acromioclavicular capsule ensures physiologic centration of the acromioclavicular joint under rotational loading“

Preis für den besten Vortrag

Dr. Luisa Hohloch, Freiburg: „Influence of cartilage lesions in the lateral compartment on clinical outcome following medial open-wedge osteotomy“

Paper of highest public interest

Arbeitsgruppe Prof. Dr. Jürgen Freiwald; Wuppertal: „Foam-Rolling in sport and therapy – Potential benefits and risks“

Den ebenfalls von der Firma DJO Global gesponserte Preis für den besten Vortrag des Kongresses gewann Dr. Luisa Hohloch mit dem Vortrag „Influence of cartilage lesions in the lateral compartment on clinical outcome following me-

dial open-wedge osteotomy“. Außerdem zeichnete der Elsevier Verlag das „Paper of highest public interest“ für das Jahr 2016 aus. Die Arbeit, die im zurückliegenden Jahr bei den Lesern das höchste Interesse gefunden hatte, war der Beitrag „Foam-Rolling in sport and therapy – Potential benefits and risks“ der Wuppertaler Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Jürgen Freiwald.

Präsident treibt Entwicklung voran

Auf der Mitgliederversammlung der GOTS konnte der 2016 als Präsident gewählte Prof. Dr. Stefan Nehrer aus Krems auf zahlreiche Erfolge des letzten Jahres zurückblicken. Mit 1.354 Mitgliedern wächst die GOTS weiter. Die Ausbildung zum GOTS-Sportarzt läuft erfolgreich bereits im 3. Zyklus. Pünktlich zum GOTS-Jahreskongress konnte das GOTS-Expertenmeetingsbuch „Muskel- und Sehnenverletzungen“ präsentiert werden.

Neben der Weiterentwicklung der Jahrestkongresse werden die Ausbildungaktivitäten der GOTS vorangetrieben. Das Masterstudium Sportorthopädie startet im April 2018 mit den ersten beiden Modulen an der Donau Universität Krems. Bereits im November 2017 wird das nächste Expertenmeeting zum Thema „Knorpel- und Arthrosetherapie im Sport“ über drei Tage durchgeführt. Daneben wird die internationale Kooperation schwerpunktmäßig mit der koreanischen und japanischen sportmedizinischen Gesellschaft ausgebaut.

Ausblick

In Hamburg wird die GOTS mit der DGSP vom 24. bis 26. Mai 2018 den ersten Deutschen Olympischen Sportärztekongress organisieren. PD Dr. Thore Zantop und der Präsident der DGSP, Prof. Michael Braumann, wollen gemeinsam die Bedeutung der Sportmedizin einem großen Publikum vermitteln.

Prof. Dr. Martin Engelhardt
Osnabrück
Schriftführer GOTS



© M. Engelhardt



Abb. 1: Der GOTS-Hauptstadtkongress war ein voller Erfolg. **Abb. 2:** Die Sieger des hochdotierten Sporlastic Posterpreises: 1. Preis: Thilo Hotfiel, 2. Preis: Thomas Niethammer, 3. Preis: Christoph Lutter mit den Vertretern von Sporlastic Oliver Bochentin und Dr. Mehdi Rosefid; **Abb. 3:** Die Sieger des GOTS Award for Video Instructions von DJO Global

EKIT geht in die nächste Runde

Auftakttreffen: Indikationskriterien zur Hüft-TEP

Der endoprothetische Gelenkersatz des Hüftgelenkes gehört zu den häufigsten elektiven operativen Eingriffen. Im Rahmen der kontroversen Fallzahldiskussion wurde wiederholt Kritik an fehlenden allgemein verbindlichen Indikationskriterien geäußert. Jetzt fiel der Startschuss für die Erarbeitung von evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien.

Bisher gibt es keinen national akzeptierten Konsens zur Indikationsstellung beziehungsweise zum optimalen Zeitpunkt für die Hüft-TEP. Vereinzelt publizierte Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften sind überholt und entsprechen nicht den heutigen wissenschaftlichen Anforderungen an evidenzbasierte und konsensgeleitete Empfehlungen. Das Projekt EKIT-Hüfte von DGOU, AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik), dem UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie (OUC) und dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

am Universitätsklinikum Dresden (ZEGV) stellt die Fortführung eines erfolgreichen Arbeitsprozesses dar, bei welchem bereits für die Knie-TEP bei Gonarthrose (EKIT – Evidenz- und konsensbasierte Indikation Knie-TEP) ein Konsens über Indikationskriterien unter Mitarbeit verschiedener Interessenvertreter erarbeitet wurde.

Multiprofessioneller Arbeitsprozess

Am 21. Juni 2017 trafen sich acht operativ in der Endoprothetik tätige Vertreter von Fachgesellschaften, zehn Vertreter weiterer medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften, drei Pa-

tientenvertreter und vier Repräsentanten von Kostenträgern auf Einladung von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther und Prof. Dr. Jochen Schmitt in Dresden (**Tab. 1**). Ziel des Auftakttreffens war der Anstoß eines multiprofessionellen Arbeitsprozesses, in dessen Verlauf die Interessenvertreter auf Basis der aktuellen Studienlage, der evaluierten gängigen Indikationspraxis sowie evaluierter Patientenziele zu einem Konsens gelangen sollen. Dem Auftakttreffen ging die intensive Erarbeitung des Arbeitsprogrammes voran, welches in Anlehnung an das Knie-TEP-Projekt folgende Zielstellungen verfolgt:



© UniversitätsCentrum Dresden

Teilnehmer des Auftakttreffens EKIT-Hüfte

- Erhebung der Datenlage zur empfohlenen beziehungsweise angewendeten Indikationspraxis,
- Erhebung der Datenlage zur empfohlenen beziehungsweise angewendeten Messung der Ergebnisqualität,
- Konsentierung patientenrelevanter Behandlungsziele,
- Erhebung der Datenlage zu Prädiktoren von Behandlungsergebnissen.

Verfolgt wird dabei ein Multimethodenansatz, bestehend aus Leitlinien- und selektiven Literaturrecherchen, systematischen Reviews, einer Befragungsstudie von Orthopäden und Unfallchirurgen, Allgemeinmedizinern, Rheumatologen und Physiotherapeuten sowie Patienten-Fokusgruppen und einer Patienten-Delphi-Studie. Die zu generierenden Daten spiegeln dabei einerseits die aktuelle Studienlage wider und bringen umfassende Erkenntnisse über Patientenziele und die ärztliche Versorgungspraxis. Andererseits bilden sie die Entscheidungsgrundlage, auf derer die Interessenvertreter im Verlauf eines mehrstufigen Delphi-Prozesses zu einem Konsens über Haupt- und Nebenkriterien, absoluten und relativen Kontraindikationen sowie Risikofaktoren für die Implantation einer Hüft-TEP gelangen wollen.

Abstimmungsregularien

Neben der Vorstellung und Bestätigung des gemeinsamen Arbeitsprogrammes wurde an diesem Tag über Verfahrensregeln und Abstimmungsregularien für den folgenden Konsensprozess entschieden, wie auch Logistik und Organisation der geplanten Methoden diskutiert. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Rekrutierung geeigneter, bundesweit repräsentativer Patienten für die Konsentierung genereller Patientenziele dar. Hier wurde von fünf operativ tätigen Klinikern Unterstützung zugesagt.

Das geplante Arbeitsprogramm zur Erlangung evidenz- und konsensbasierter Indikationskriterien für die Hüft-TEP bei Coxarthrose stellt eine enorme Herausforderung dar, die personelle und sachbezogene Ressourcen beansprucht. Die größere Herausforderung wird jedoch in der konsequenten Umsetzung der konsentierten Empfehlungen in der täglichen Versorgungspraxis liegen, darin waren sich die Teilnehmer einig.

Tab. 1: Übersicht der Teilnehmer des Auftakttreffens

| Teilnehmer | Institution |
|---|--|
| Interessenvertreter: Operateure / Vertreter der Fachgesellschaften | |
| Prof. Dr. med. Bernd Kladny | DGOU |
| PD Dr. med. Philipp von Roth | DGOOC |
| Dr. med. Michael Kremer | DGU |
| PD Dr. med. Stephan Kirschner | AE |
| Dr. med. Johannes Schauwecker | DHG |
| Prof. Dr. med. Ralph Gaulke | DGORh |
| Dr. med. Holger Haas | Fachexperte |
| Prof. Dr. med. Hanns-Peter Scharf | Fachexperte |
| Interessenvertreter: medizinische und wissenschaftliche Fachgesellschaften | |
| Prof. Dr. med. Martin Aringer | DGRh |
| Prof. Dr. med. Antje Bergmann | DEGAM |
| Dr. med. Fritjof Bock | Deutsche Schmerzgesellschaft |
| Dr. rer. nat. Ulrike Kaiser | DGPSF |
| Dr. med. Michaela Eikermann | DNEbM |
| Prof. Dr. rer. medic. Christian Kopkow | DGPTW |
| Sandra Schwenner und Dr. rer. medic. Daniela Holle | Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft |
| Dr. med. Hartmut Bork | Sektion Rehabilitation - Physikalische Therapie der DGOU |
| Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer | DNVF |
| Interessenvertreter: Patienten | |
| Prof. Dr. med. Erika Grönlica-Ihle | Deutsche Rheuma-Liga e.V. |
| Prof. Dr. med. Niklaus Friederich | Deutsche Arthrose-Hilfe e.V. |
| Ute Garske | geschulte Patientin |
| Interessenvertreter: Kostenträger | |
| Dorothee Krug | vdek |
| Dr. med. Ursula Marschall | BARMER GEK |
| Dr. Jürgen Malzahn | AOK Bundesverband |
| Dr. Melanie Foerder | AOK Plus |
| Projektteam | |
| Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther | OUC, UK Dresden |
| Prof. Dr. med. Jochen Schmitt | ZEGV, UK Dresden |
| Dr. med. Anne Postler | OUC, UK Dresden |
| Toni Lange, MPH | OUC und ZEGV, UK Dresden |
| Dr. rer. medic. Cornelia Lützner | OUC, UK Dresden |

**Dr. rer. medic. Cornelia Lützner,
Toni Lange, Dr. med. Anne Postler**
UniversitätsCentrum für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Dresden

Literatur bei den Verfassern



© WavebreakmediaMicro / Fotolia

Zweitmeinungsmarkt boomt

Wie eine Mengenanfälligkeit für das Operieren entstand

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetz besteht nach § 27 b, Absatz I SGB V für gesetzlich versicherte Patienten, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, der Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Inzwischen ist daraus ein Zweitmeinungsmarkt entstanden.

Früher war die Welt noch in Ordnung. Im Krankenhaus wurde operiert, in der Niederlassung konservativ therapiert oder ambulant operiert. Der Patient wurde im Krankenhaus mit der Frage der Operationsnotwendigkeit vorgestellt, schon gab es eine Zweitmeinung. Mit der Einführung der DRGs wurden die Leistungen sukzessive schlechter vergütet, es wurden Fehlanreize gesetzt, die Leistungen wurden zwangsläufig mengenanfällig. Das wird sowohl seitens des Deutschen Ethikrates als auch seitens der Akademie der Wissenschaften kritisiert und eine Änderung empfohlen.

Mengenanfälligkeit unterstellt

Dank des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurde es dem niedergelassenen Kollegen ermöglicht, sowohl in seiner Praxis, als auch im Krankenhaus tätig zu werden und Dank des gemeinsamen Facharztes wuchs die Zahl der orthopädisch operierenden Kliniken. All dies hat den Markt gravierend verändert und man vermutet eine Mengenanfälligkeit der bis vor wenigen Jahren durchaus kostendeckenden endoprothetischen und orthopädisch-unfallchirurgischen Operationen. In Kenntnis dieser Mengenanfälligkeit wurden Mechanismen geschaffen und Wege gewählt, um die

finanzielle Attraktivität, insbesondere der Wirbelsäulen- und hüftendoprothetischen Eingriffe, zu senken.

Gemäß Versorgungsstärkungsgesetz besteht für gesetzlich versicherte Patienten, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, der Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung, die in diesem Gesetz genau definiert ist. Begründet wird das durch die zahlenmäßige Entwicklung der planbaren Operationen, die den Verdacht auf eine Indikationsausweitung aufkommen lassen. Darauf verweist auch ein Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit

(www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/faq-khsg.html). Dort ist zu lesen: „Wie kann verhindert werden, dass nur aus wirtschaftlichen Gründen operiert wird: Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass nur Behandlungen durchgeführt werden, die medizinisch auch notwendig sind. Um wirtschaftliche Fehlanreize zu verhindern, sieht das Gesetz verschiedene Schutzmaßnahmen vor, zum Beispiel wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert. Auch Fehlanreize durch Bonusregelungen in Chefärztverträgen sollen besser verhindert werden. Damit geltende Vorschriften nicht durch fragwürdige Zielvereinbarungen in Chefärztverträgen unterlaufen werden, wird der Vorschlag der Ärzteschaft aufgegriffen und im Krankenhausstrukturgesetz für Klarstellung gesorgt. Bereits durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurde das Recht der Versicherten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gestärkt. Für bestimmte planbare, besonders mengenanfällige Eingriffe wird ein strukturiertes qualitätsgesichertes Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Der behandelnde Arzt muss die Patienten auf ihr Recht auf Zweitmeinung und Information zu möglichen Ärzten hinweisen. Zudem werden die Anforderungen an die Qualifikation des Arztes, der eine Zweitmeinung ausstellt, künftig klar geregelt.“ Es ist bedauerlich, dass ein Staat, der über von ihm erlassene Gesetze das Gesundheitssystem derart fehlkonzipiert, dass eine Mengenanfälligkeit resultiert und Häuser aus wirtschaftlichen Gründen Indi-

kationen stellen, dies nun schriftlich kundtut und auf Bonusverträge für Chefärzte hinweisen muss.

Das Zweitmeinungssystem ist einsehbar auf den Webseiten der AOK, der Deutschen BKK und der TK. Diese Versicherungen weisen dann auch für ihre Patienten versierte Ärzte aus, bei denen gegen ein Honorar eine Zweitmeinung eingeholt werden kann.

Der Ablauf des Zweitmeinungsverfahrens ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich, die eine Hälfte stellt ein Online-Portal zur Verfügung, über dass die Unterlagen hochgeladen werden, dort erfolgt die Beratung; die andere Hälfte vermittelt einen Termin bei kooperierenden Spezialisten.

Bei diesem Zweitmeinungsverfahren der Krankenkassen müssen Qualitätsvorgaben eingehalten werden, was die Güte der Einschätzung und die Qualifikation des zweitmeinungsgebenden Arztes angeht. Diese Qualifikation wird jedoch nur abgefragt für Operationen, die nach dem Gesetz zweitmeinungsfähig sind.

Internet als Zweitmeinungsberater

In vielen Fällen ist momentan das Internet der Zweitmeinungsberater für den betroffenen Patienten. Die hier vorliegende Informationsfülle kann aber enorm verwirrend sein. Die Deutsche BKK weist darauf hin (www.welt.de/finanzen/verbraucher/article142570063/so-sichern-sie-ihr-Recht-auf-eine-zweite-Meinung.html), dass 60 % aller geplanten orthopädischen Operationen bei ihren Versicherten durch eine zweite ärztliche Meinung abgewendet wurden.

Weiterhin führt die Zeitung „Die Welt“ aus, dass Patienten, die sich gegen die Operation entschieden haben, durchschnittlich in kürzester Zeit eine gleiche oder bessere Lebensqualität als operierte aufwiesen. Patienten, deren eingeholte Zweitmeinung die Notwendigkeit einer Operation bestätigt habe, zeigten sich hingegen der weiteren Behandlung gegenüber vergleichsweise sehr kooperativ.

Während eines der ersten Zweitmeinungsportale noch die zweite Meinung ohne körperliche Untersuchung für etwa 600 € anbot, findet man nun Zweitmeinungsportale, wie zum Beispiel www.zweitmeinung-arzt.de, die nun Zweit-

meinungskosten in Höhe von maximal 245 € angeben.

Zweitmeinungsmarkt entstanden

Es ist also dank des oben beschriebenen Gesetzes zu einem Zweitmeinungsmarkt gekommen, bei dem erfahrene und zum Teil auch weniger erfahrene Kollegen die Patienten gegen entsprechendes Honorar beraten. Hierunter finden sich auch ehemals hochfrequente, erfahrene Operateure, die über Höchst-OP-Zahlen verfügen und nach ihrer Berentung feststellen mussten, dass Operieren häufig nicht sinnvoll ist.

All dies verwundert insofern ein wenig, darauf verweist auch die Verbraucherzentrale (www.verbraucherzentrale.de/aerztliche-zweitmeinung), dass der gesetzlich versicherte Patient seinen Arzt frei wählen kann und dass es unproblematisch sei, bei Zweitmeinungswunsch einen weiteren Mediziner auch kostenfrei zu Rate zu ziehen, denn der Zweitgutachter könne seine Beratungsleistung mit der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen. Man weist aber darauf hin, dass es sinnvoll sei, alle Unterlagen, Berichte, Laborwerte und Ergebnisse von Röntgenuntersuchungen sowie die Bilder selbst mit zum nächsten Arzt zu nehmen.

Das Angebot an erfahrenen Operateuren steigt, die ehemals langen Wartelisten gibt es nur noch an wenigen Kliniken. Die Politik, die die Gesetze selbst verabschiedet hat, sieht nun, dass hier eine Mengenanfälligkeit gegeben ist, steuert aber nicht adäquat dagegen. Die konservativen Behandlungsmaßnahmen werden derart schlecht bezahlt, dass diese in einigen Fällen nicht adäquat angewandt und ausgeschöpft werden. Dies alles mündet in einen weiteren Gesundheitsmarkt, dem Zweitmeinungsmarkt, der nach meiner Einschätzung das vorliegende Problem der Mengenanfälligkeit auch nicht lösen kann.

Wann besteht das Recht auf Zweitmeinung?

„Das Recht auf eine zweite Meinung besteht jedoch nur bei planbaren Operationen sowie bei Operationen, die aus wirtschaftlichen Gründen häufiger angewendet werden als medizinisch unbedingt notwendig wäre.“

 www.patienten-rechte-gesetz.de/krankenversicherung/recht-auf-zweitmeinung.html

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
Braunschweig
Generalsekretär der
AE – Deutsche Gesellschaft
für Endoprothetik



© K.-D. Heller



© denissimonov / stock.adobe.com

Wem gehört mein Implantat?

Verfügung über Eigentum an Gewebe und „Ersatzteilen“

Künstliche Hüft- oder Kniegelenke, Osteosythesematerialien, Cochlea-Implantate, Zahngold oder Herzschrittmacher – Implantate gehören zum chirurgischen Alltag. Wird ein Implantat durch ein neues ersetzt oder aus anderen Gründen entnommen, stellt sich die Frage, was aus dem „alten“ Implantat wird. Darf dieses von der Klinik behalten, entsorgt oder anderweitig verwendet werden? Besteht ein Unterschied, ob das Implantat von der gesetzlichen oder der privaten Krankenkasse bezahlt worden ist? Wem gehört eigentlich das Implantat?

Dürfen ausgebauten Implantaten (Metallentfernung) bei anderen Patienten wieder verwendet werden? Oder anders formuliert: Die gleichen Fragen stellen sich bei der Entnahme von Gewebe, etwa bei der Tumorentfernung. Nachfolgend wird dargestellt, welche Rechte der Patienten in diesem Zusammenhang bestehen und wie sich der Arzt beziehungsweise das Krankenhaus richtig verhalten.

Eigentum an Implantaten und Körperteilen

Die Frage nach dem Eigentum an Implantaten und Körperersatzstücken ist nicht pauschal zu beantworten und hängt davon ab, ob das Implantat bereits fest mit dem Körper verbunden ist und ob der Träger lebt oder verstorben ist. Eigentum kann man grundsätzlich nur an Sachen im Sinne des § 90 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), also an körperlichen Gegenständen erwerben. Zu-

mindest vor der Implantation sind fest-sitzender Zahnersatz, Totalendoprothesen, Cochlea-Implantate, Osteosythesematerialien, Herzschrittmacher etc. unzweifelhaft körperliche Gegenstände, die zunächst auch eigentumsfähig sind. Wem das Implantat in dem Moment vor der Implantation gehört hat, ob der Krankenkasse, dem Patienten oder dem Krankenhaus, ist letztlich aber nicht entscheidend. Denn in dem Moment, in dem das Implantat eingesetzt

und fest mit dem Körper des Patienten verbunden wird, verliert es rechtlich gesehen seine Sacheigenschaft und wird zu einem Teil des menschlichen Körpers, also zu einem Teil des Menschen selbst.

Der menschliche lebende Körper und seine Körperteile sind aber überhaupt nicht eigentumsfähig – Eigentum und Besitz am menschlichen lebenden Körper kennt das deutsche Recht nicht. Daraus erlöschen sämtliche zuvor bestehenden Rechte, also auch das Eigentum einer Krankenkasse oder Klinik an einem Implantat, mit dem festen Einbau im menschlichen Körper. Allein der Mensch (Patient) selbst hat über seinen Körper – und damit auch über die fest verbundenen künstlichen Körperteile – eine Verfügungsberechtigung, die dem Eigentum vergleichbar ist und Rechte Dritter demgegenüber ausschließt.

„Implantate teilen auch nach dem Tod des Patienten das Schicksal des Körpers.“

Verfügung über Implantate

Trennt sich der Mensch wieder von solchen organischen oder künstlichen Körperteilen, etwa abgeschnittenen Haaren, Tumoren, der Plazenta oder einem (defekten) Implantat, wandelt sich die Verfügungsberechtigung über seinen Körper automatisch in Eigentum des Patienten an diesen getrennten Körperteilen um. Wer vor der Implantation Eigentümer war, ist auch in diesem Zusammenhang unerheblich. Damit ist die Frage beantwortet, wie beim Austausch eines Implantats mit dem alten oder defekten Implantat verfahren werden muss: So wie der Patient es wünscht! Es steht ihm also grundsätzlich frei, das Implantat oder Gewebe (abgesehen von etwaigen hygienerechtlichen Vorschriften) mitzu-

nehmen, es dem Krankenhaus zur Entsorgung oder anderweitigen Verwendung zu überlassen oder zum Beispiel auch Organe nach den Vorschriften des Transplantationsgesetzes zu spenden.

Für diese Verfügung über sein Eigentum bedarf es keiner besonderen Form, sodass der Patient auch durch sein tatsächliches Verhalten konkurrenz zum Ausdruck bringen kann, was mit dem entnommenen Gewebeteil oder dem alten oder defekten Implantat geschehen soll. Zeigt der Patient daher offenkundig kein Interesse daran und verlangt dieses nicht, dürfen der explantierende Arzt und das Krankenhaus davon ausgehen, dass der Patient sein Eigentum aufgibt (sog. Derektion) oder es dem Arzt oder Krankenhaus übertragen will. Dies hat zur Folge, dass der Arzt oder das Krankenhaus das Implantat grundsätzlich entsorgen oder anderweitig damit verfahren, sich also aneignen darf.

Grundsätzlich muss dem Patienten dabei aber auch bewusst sein, sein Eigentum aufzugeben zu wollen. Bei „Abfallprodukten“, wie defekten Implantaten oder Tumorgewebe, ist dies wohl unproblematisch zu unterstellen. Bei Stoffen wie etwa Zahngold oder Prothesen aus wertvollen Materialien hingegen ist Vorsicht geboten: Eine zivilrechtliche Aufklärung über das Eigentum schuldet der Arzt dem Patienten zwar nicht, jedoch kann der Patient möglicherweise mit dem Einwands, er habe die Tragweite seines Untätigbleibens nicht erfasst, die Aufgabe des Eigentums später anfechten, sodass sich Arzt beziehungsweise Krankenhaus unter Umständen schadensersatzpflichtig machen, sollten sie das Implantat behalten haben. In diesen Fällen ist es daher ratsam, gezielt beim Patienten nachzufragen, ob er Interesse an dem Implantat hat oder nicht. Die Entscheidung des Patienten sollte in den Krankenunterlagen dokumentiert werden. Dies gilt für alle dem lebenden Körper entnommene Implantate und Gewebe, also insbesondere für große und kostspielige Implantate, wie Totalendoprothesen, Osteosynthesematerialien und Körperteile.

Weitere Verwendung entnommener Implantate und Körperteile

Von den Eigentumsverhältnissen unabhängig sind die persönlichkeitsrechtli-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

chen Aspekte bei der Verwendung von entnommenen Körperteilen und Implantaten zu beurteilen. Denn auch für den Fall der Eigentumsaufgabe am Implantat oder Gewebe besteht unabhängig davon weiterhin das grundrechtlich verbürgte allgemeine Persönlichkeitsrecht des Patienten fort. Das entnommene Implantat oder Gewebe darf daher nicht in einer Weise verwendet werden, die den Patienten in diesem Recht verletzt. Dies gilt insbesondere für die Aufbewahrung und Verwendung zu Forschungszwecken. Sofern der Arzt in diesem Zusammenhang personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht etc.) und Gesundheitsdaten (Befunde) des Patienten erfasst und verwendet und diese nicht vollständig anonymisiert, ist die schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung und -verwendung nach § 40 Abs. 2a Arzneimittelgesetz (AMG) erforderlich.

Soll Gewebe zusätzlich zur medizinischen Indikation und zu rein wissenschaftlichen Zwecken entnommen werden, ist überdies die Einwilligung in den Eingriff als solchen erforderlich, da dieser andernfalls rechtswidrig wäre. Nach § 40 Abs. 2 AMG ist die Einwilligung schriftlich zu erteilen.

Rechtsbeziehungen nach dem Tod

Bleibt die Frage zu klären, wem das Implantat gehört, wenn der Patient stirbt. Künstliche Körperersatzstücke und Implantate teilen auch nach dem Tod des Patienten das Schicksal des Körpers. Die Leiche nimmt zwar rechtlich gesehen wieder Sachqualität an, jedoch kann daran kein Eigentum begründet werden und so fällt dieses auch nicht in den Nachlass. Bestimmungen können die nächsten Angehörigen im Rahmen der Totenfürsorge treffen und die Leiche



© egyptiank / stock.adobe.com

Es gibt bisher keine Rechtsprechung, die die Dereliktion von Implantaten regelt.

zum Beispiel zu wissenschaftlichen Zwecken freigeben. An Implantaten besteht daneben ein ausschließliches Aneignungsrecht der Erben. Ob es häufig kommt, dass Angehörige die Hüftprothese eines verstorbenen Angehörigen behalten wollen, darf allerdings bezweifelt werden. Relevant dürfte dies in der Praxis daher wohl nur bei wertvolleren und leicht zugänglichen Stoffen, wie etwa Zahngold, sein.

Implantat gehört Patienten bis auf Ausnahmen

Festzuhalten bleibt daher, dass unabhängig von der Frage, wie ein Patient versichert ist, das Implantat mit der Implantation Teil seines Körpers wird und auch nach der Entnahme diesem gehört. Daraus ausgenommen sind künstliche Körperteile, die nicht fest mit dem Körper verbunden sind und deshalb in diesem aufgehen, wie Hörgeräte, Kontaktlinsen oder künstlicher, nicht fest sitzender Zahnersatz. In der Regel wird der Patient bei Austausch des Implantats oder bei der Entnahme von Gewebe kein Interesse daran haben, sein Eigentum daran geltend zu machen. Eine zivilrechtliche Aufklärung über sein Eigentum schuldet der Arzt zwar auch nicht, jedoch sollte der Patient in Zweifelsfällen darauf hingewiesen und dies dokumentiert werden, um spätere Unannehmlichkeiten zu vermeiden.

Kommentar: Risiko bei Explantaten

RA Dr. Wienke stellt die Problematik der Eigentumslage von Explantaten und abgetrennten Körperteilen fundiert dar. Einzig seine Einschätzung zur Eigentumsaufgabe an entfernten Implantaten (Dereliktion) wird aus diesseitiger Sicht nicht geteilt. Die Dereliktion setzt voraus, dass dem Eigentümer das künftige Schicksal der Sache gleichgültig ist (Kindl, in Bamberger/Roth/Hau/Poseck, 43. Edition, 15.06.2017, § 959 Rn. 2). Wirft ein Eigentümer beispielsweise eine Sache in den Müll, kann daraus nicht geschlossen werden, dass ihm gleichgültig ist, was mit der Sache passiert – vielmehr beabsichtigt er die Entsorgung der Sache.

Rechtsprechung, die eine Dereliktion in Bezug auf entfernte Implantate ausdrücklich annimmt, ist nicht auffindbar. Für den behandelnden Arzt und die Klinik besteht also das Risiko, durch das Aneignen eines Explantates oder das Wegwerfen sogar strafrechtlich in Erscheinung zu treten. Dieses Risiko ist durch eine schriftliche Einholung einer vorherigen Zustimmung des Patienten einfach vermeidbar und dringend zu empfehlen (dazu KH-J 3, 2017, Mittelmeier/Heil/Malzahn/Kluess/Gehring: Umgang mit Explantaten).

Ein wichtiger Punkt in der Explantatübergabe besteht nach wie vor in der Reinigung und Desinfektion der entnommenen Produkte. Die Herausgabe eines frisch entnommenen Explantats an den Patienten ohne entsprechende Reinigung verbietet sich aus hygienischen Gründen. Häufig weigert sich aber die Zentralsterilisation, Explantate zum Beispiel mit Knochen- und/oder Zementresten ihren zertifizierten Prozessen der Aufbereitung zuzuführen. Die vollständige Entfernung von Knochen- und Zementresten ist zeitaufwändig und gewöhnlich nicht in der personellen Zuständigkeit und Arbeitszeitplanung erfasst. Auch können bei der gutachterlichen Untersuchung anhaftende Knochenreste von Interesse sein, um die Qualität der Osseointegration zu bewerten. Die teils hohen Temperaturen zum Beispiel bei Dampfsterilisation sind nicht für alle Materialien geeignet. Unseres Erachtens besteht folglich noch Kommunikations- und Arbeitsbedarf, um den Anwendern praktische Empfehlungen auf den Weg geben zu können.

AG Implantatsicherheit: PD Dr.-Ing. Daniel Klüß, Forschungslabor für Biomechanik und Implantattechnologie FORBIMOT, Rostock; Caroline E. Heil, RÄ, Neustadt-Dosse; Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Universitätsmedizin Rostock

Dr. Albrecht Wienke, RA, Köln
Fachanwalt für Medizinrecht



© A. Wienke

Hier steht eine Anzeige.



Depots nur für den Notfall

Probleme zwischen Klinik und Hilfsmittelfirma vermeiden

Kooperationen sind im Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Hierbei gilt es jedoch, grundsätzlich den Verdacht eines korrupten Verhaltens zu entkräften, auch wenn dieser zum Großteil unberechtigt ist. Das gilt auch für die kooperative Hilfsmittelversorgung.

Es kommt nicht selten vor, dass Klinikärzte Hilfsmittel verordnen und die Patienten direkt zu einer entweder im Klinikgebäude oder auf dem Klinikgelände ansässigen Hilfsmittelfirma schicken. Verbreitet ist auch die Konstellation in Kliniken, Hilfsmittel von Firmen zu beziehen und sie direkt an die Patienten abzugeben. Dies kann je nach den konkreten Umständen im Einzelfall rechtlich äußerst problematisch sein.

Depotverbot ist zu berücksichtigen

Untersagt ist gemäß § 128 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern über Depots. Damit ist die Bevorratung und

zeitlich begrenzte Lagerung in der Klinik gemeint, soweit es sich nicht um die Notfallversorgung handelt. Nicht unter das Depotverbot fallen zum einen der stationären Behandlung unmittelbar zuzuordnende Instrumente, Gegenstände und Materialien, die etwa von den Krankenhausentgelten umfasst sind. Zum anderen sind dies Schulungs- oder Einweisungsprodukte, deren Einsatz ausschließlich zu diesen Zwecken oder zur Diagnose erfolgt mit anschließendem Verbleib in der Klinik [1]. Zwar ist nach dem Gesetzeswortlaut die Notfallversorgung hiervon ausgenommen. Doch was darunter fällt, ist genauestens zu prüfen.

Gemäß der Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Hilfsmittelabgabe

über Depots ist in der Regel von einer Notfallversorgung auszugehen, wenn folgende vier Voraussetzungen zusammen vorliegen:

1. Eine umgehende Versorgung mit dem Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit ist angesichts eines Akutereignisses in der Klinik aus medizinischen Gründen im Sinne des § 33 Absatz 1 SGB V notwendig.
2. Die benötigte Versorgung ist nicht im Vorfeld planbar.
3. Die Beschaffung des Hilfsmittels durch den Patienten kann in der gebotenen Eile nicht erfolgen oder wäre nicht zumutbar.
4. Die Versorgung findet nicht im Rahmen eines stationären Aufenthalts



Die Abgabe von Kompressionsstrümpfen kann eine zulässige Notfallversorgung sein.

statt, sondern der Patient begibt sich nach der Versorgung wieder nach Hause [1].

Abgabe von Kompressionsstrümpfen je nach Einzelfall erlaubt

Somit kann es sich zum Beispiel bei der Abgabe von Kompressionsstrümpfen um eine Notfallversorgung handeln, wenn diese unmittelbar postoperativ benötigt werden und die konkrete Produktauswahl erst nach der OP möglich ist, insbesondere nach einem Venenstripping [1]. Ansonsten besteht bei konfektionierten Hilfsmitteln wie eben Kompressionsstrümpfen grundsätzlich kein nachvollziehbarer Anlass, die Wahlfreiheit des Patienten zu beeinflussen. Von einem Depot in diesem Sinne wird man allerdings auch dann nicht ausgehen können, wenn die Hilfsmittelfirma in dem Klinikgebäude oder auf dem Klinikgelände ein eigenes Geschäft beziehungsweise eine Filiale betreibt, die Geschäftstätigkeiten aber klar voneinander getrennt sind und das Klinikpersonal nicht ungehindert und direkt auf die Hilfsmittel zugreifen kann.

Beteiligungs- und Zuwendungsverbot beachten

§ 128 Absatz 2 Satz 1 SGB bestimmt, dass Leistungserbringer wie zum Beispiel eine Hilfsmittelfirma Ärzte in Krankenhäusern nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen dürfen. Auch Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln sind unzulässig. Verboten sind somit jegliche mit der Hilfsmittelverordnung zusammenhängenden Tätigkeiten der Ärzte, für die im Gegenzug wirtschaftliche Vorteile beziehungsweise Zuwendungen durch die Hilfsmittelfirma gewährt werden.

Bedeutung im Rahmen des Entlassmanagements

Gesetzlich Krankenversicherte haben gemäß § 39 Absatz 1a SGB V einen Anspruch auf ein Entlassmanagement, das als Teil der Krankenhausbehandlung normiert ist und damit Leistung des Krankenhauses. Einzelheiten regelt der am 1. Oktober in Kraft getretene Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen GKV-Spitzenverband, Kassen-

ärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft. In § 4 Absatz 6 ist festgelegt, dass bei allen verordneten Leistungen das Recht des Patienten auf freie Leistungserbringerwahl sowie § 128 SGB V zu beachten sind und der Patient ausdrücklich auf sein Wahlrecht hinzuweisen ist. Es wurde fixiert, dass eine Bevorzugung eines Anbieters nicht statthaft ist und Vereinbarungen zwischen Kliniken und Hilfsmittelserbringern zu veranlassten Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, unzulässig sind.

Weitere rechtliche Fallstricke

Ein wichtiges Augenmerk ist in all diesen Konstellationen auf die in § 33 Absatz 6 Satz 1 SGB V festgelegte Wahlfreiheit der GKV-Patienten bei der Hilfsmittelversorgung zwischen allen Leistungserbringern zu richten, die Vertragspartner von deren Krankenkasse sind. Diese darf durch eine Kooperation keinesfalls eingeschränkt werden.

Ebenso kann sich für Klinikärzte ein berufsrechtliches Problem ergeben, wenn sie die Wahlfreiheit von Kassen- wie Privatpatienten in unzulässiger Weise beeinflussen. Ärzten ist es nicht gestattet, für die Verordnung oder den Bezug von Hilfsmitteln ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich von Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren (§ 31 Absatz 1 Muster-Berufsordnung Ärzte). Zudem ist es ihnen verboten, ihren Patienten ohne hinreichenden Grund bestimmte Hilfsmittel erbringer zu empfehlen.

Hierzu hat der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 13. Januar 2011 (Aktenzeichen I ZR 111/08) entschieden, dass ein Arzt nicht unaufgefordert von sich aus Empfehlungen aussprechen darf. Der Patient muss aus eigenem Antrieb um eine Empfehlung bitten, ansonsten muss ein hinreichender Grund vorliegen. Somit ist eine bewusste Patientensteuerung unzulässig. Nicht zulässig ist auch ein die Frage des Patienten provozierendes Verhalten durch den Arzt oder eine pauschale Empfehlung gegenüber sämtlichen Patienten, etwa in Form von Werbeaufstellern mit Hinweis auf den in den Klinikräumen ansässigen Hilfsmittelanbieter. Ein zulässiger Emp-

fehlungsgrund muss stets patientenindividuell konkret sachlich begründet werden können. Nicht ausreichend wären hierfür nach BGH-Rechtsprechung zum Beispiel gute Erfahrungen mit der Qualität der Versorgung der klinikansässigen Hilfsmittelfirma.

Letztendlich drohen auch strafrechtliche Sanktionen aufgrund des § 299a Strafgesetzbuch (StGB) „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ für die Ärzte, wenn eine unlautere Bevorzugung der ansässigen Hilfsmittelfirma erfolgt und als Gegenleistung ein materieller oder immaterieller Vorteil für den Arzt oder einen Dritten, zum Beispiel die Klinik, für die Verordnungs-, Bezugs- oder Zuführungsentscheidung gefordert, versprochen lassen oder angenommen wird. Der strafrechtliche Vorteilsbegriff ist sehr weit gefasst, sodass hierunter jede Zuwendung verstanden wird, auf die der Arzt oder der Dritte keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert.

Für die Strafbarkeit ist zudem eine sogenannte Unrechtsvereinbarung relevant, das heißt, der Vorteil muss gerade für die unlautere Bevorzugung gewährt werden. Eine Unlauterkeit kann lediglich bei gesetzlich erlaubten, branchenüblich-sozialadäquaten Zuwendungen nicht begründet werden. Die Klinikleitung kann sich der Anstiftung zur Bestechlichkeit ebenfalls strafbar machen. Das ist dann der Fall, wenn sie die Klinikärzte vorsätzlich zur Begehung der Tat bestimmt, also durch kommunikative Einflussnahme, wie zum Beispiel durch Anordnung oder Überredung, den Entschluss zur Tat hervorruft.

Literatur

1. Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Abs. 1 SGB V. <https://www.gkv-spitzenverband.de/>
Stichwort: Hilfsmittelabgabe über Depots

Dr. jur. Jörg Heberer, RA
Berlin/München
Fachanwalt für
Medizinrecht
Justitiar des BVOU



© Gebhardt / BVOU

Personalia

Habilitationen, Berufungen, Ämter, Positionen, Auszeichnungen, Jubiläen



© M. Kulla

PD Dr. Martin Kulla, OA für Anästhesie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Mitglied DGU, hat sich mit dem Thema „Entwicklung der Voraussetzungen, Implementierung und erste Ergebnisse des Notaufnahmeregisters in Deutschland“ an der Universität Ulm habilitiert.



© H. Madry

Prof. Dr. Henning Madry, Direktor des Lehrstuhls für Experimentelle Orthopädie und Arthroseforschung der Universität des Saarlandes, wurde als Topic Chair für „Cartilage and Synovium“ der Orthopaedic Research Society für die Jahre 2017 bis 2019 berufen.



© H. Madry

Prof. Dr. Magali Madry (geb. Cucchiarini), Arbeitsgruppenleiterin und stellvertretende Direktorin des Lehrstuhls für Experimentelle Orthopädie und Arthroseforschung der Universität des Saarlandes, wurde zur Vorsitzenden des Ethikkomitees der Osteoarthritis Research Society International gewählt.



© H. Pilge

PD Dr. Hakan Pilge, Oberarzt an der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, hat sich mit dem Thema „Therapeutische Modulation der Knochenheilung – Einflussfaktoren in vitro und in vivo“ am Universitätsklinikum habilitiert.



© QUT Brisbane

Prof. Dr. Michael Schütz, Geschäftsführender Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité, wurde am 19. 7. 2017 als „Doctor of University“ (honoris causa) ausgezeichnet. Die Queensland University of Technology (QUT) in Brisbane, Australien, würdigte ihn für seine wissenschaftlichen Leistungen.

PD Dr. Jürgen Götz, Oberarzt an der Klinik für Orthopädie Bad Abbach, hat sich mit dem Thema „Moderne bewegungsdiagnostische Verfahrenstechniken zur Evaluation und Optimierung orthopädischer Therapieverfahren“ an der Universität Regensburg habilitiert.

Wir gratulieren

Zum 80. Geburtstag

Dr. Herbert Behnke, Flensburg
Dr. Stefan Best, Freiburg
Dr. Hans-Hermann Geywitz, Obermaiselstein
Prof. Dr. M. D. Yasusuke Hirasawa, Kyoto
Dr. Mohamed Izadpanah, Wilhelmshaven
Prof. Dr. Heinrich Kehr, Hannover
Dr. Paul Pingel, Leimen
Dr. Klaus Retzlaff, Zinnowitz
Dr. Jürgen E. W. Schmitz, Andernach
MR Dr. Karl-Heinz Schröder, Bad Saarow

Dr. Willibert Schürkens, Bad Kissingen

Dr. Niels-Peter Sossinka, Bruchsal
Prof. Dr. Manfred Spranger, Göppingen
Dr. Christoph Stöhr, Losheim am See
Dr. Herbert Weber, Bad Schönborn

Zum 85. Geburtstag

Prof. Dr. Hanns Freiherr von Andrian-Werburg, Stuttgart
Dr. Branko Celeda, Neustadt
Dr. Gerhard Eichler, Wangen im Allgäu
Prof. Dr. Günter Langer, Gösen
Dr. Burkhard Maaz, Meerbusch

Dr. Martin Michael, Berlin

Prof. Dr. Stephan Perren, Davos
Prof. Dr. Kurt Schellnack, Königswusterhausen
Martin Winkler, Jena

Zum 90. Geburtstag

Dr. Hans-Jörg Kraemer, Bonndorf
Prof. Dr. Dr. h. c. Heinz Mittelmeier, Homburg/Saar



CME-Punkte sammeln

Fortbildungskurse exklusiv für die Leser der OUMN



© bfw tailormade communication GmbH

Kommen Sie nicht weiter?

Bei Fragen und Problemen rund um das Portal SpringerMedizin.de hilft Ihnen gern unser Kundenservice weiter, bitte schicken Sie eine E-Mail an kundenservice@springermedizin.de oder wählen Sie (08 00) 7 78 07 77.

Unter der Adresse CME.Springer-Medizin.de stehen laufend aktualisiert über 600 zertifizierte Fortbildungskurse zur Verfügung. Alle Module sind von renommierten Springer-Autoren erarbeitet, viele basieren auf Zeitschriftenbeiträgen, es gibt aber auch eigenständige multimediale Tutorials. Aus diesem großen Angebot wählen Redaktion und Schriftleitung der OUMN regelmäßig Kurse aus, an denen die Mitglieder von BVOU, DGOU, DGOOC, DGU und VLOU befristet kostenfrei teilnehmen können. Es sind immer drei Kurse parallel im Angebot, mit jeder Ausgabe kommt einer neuer hinzu und der älteste fällt weg. Thematisch liegt der Fokus natürlich auf der Orthopädie und Unfallchirurgie, manche Beiträge sollen aber bewusst den Blick über den Tellerrand erlauben.

Step by Step zur Kursteilnahme

Registrieren: Wenn Sie noch keinen Account bei SpringerMedizin.de haben, müssen Sie sich einmalig unter Angabe Ihrer EFN registrieren (www.springer-medizin.de/register). Aufgrund Ihrer Eingaben erkennt Sie das System automatisch als Verbands- oder Gesellschaftsmitglied und schaltet die Kurse aus der OUMN für Sie frei.

Beitrag auswählen: Für die OUMN-Leser wurde unter www.springermedizin.de/oumn eine eigene Unterseite eingerichtet. Hier finden Sie neben dem Archiv und dem ePaper der Zeitschrift eine Box mit allen CME-Kursen, die für Sie freigeschaltet sind – klicken Sie einfach auf den Kurs Ihrer Wahl und dann auf „Starten“.

CME-Punkte sammeln: Bearbeiten Sie die Fortbildung online oder laden Sie die zugehörige PDF-Datei herunter, anschließend beantworten Sie die zehn Fragen des Abschlusstests. Sie haben zwei Versuche, ein Kurs gilt als bestanden, wenn Sie mindestens sieben Fragen richtig haben. Die erzielten CME-Punkte werden automatisch an Ihre zuständige Kammer übertragen.

e.Med: Medizinwissen ohne Grenzen

CME.SpringerMedizin.de ist nur ein Teil des großen Verlagsportals Springer-Medizin.de, das tagesaktuell aus Medizin und Forschung berichtet und die Inhalte von 110 deutschsprachigen und 540 internationalen Publikationen bündelt. Ideal für Entdeckungsreisen durch SpringerMedizin.de ist das auf 30 Tage befristete e.Med-Testabo, dazu finden Sie unter www.springermedizin.de/eMed weitere Informationen.

Zertifizierte Fortbildung Ihre aktuellen Kurse

Die folgenden drei CME-Kurse sind derzeit für Leser der OUMN zur Teilnahme freigeschaltet. Sie finden Sie online unter www.springermedizin.de/oumn.

Arthrose des oberen Sprunggelenks
aus: Der Orthopäde 7/2017
von: N. Harrasser, R. von Eisenhart-Rothe, F. Pohlig, H. Waizy, A. Toepper, L. Gerdesmeyer, K. Eichelberg
CME-Punkte: 3

Frakturen der oberen Extremität im Kindes-/Wachstumsalter
aus: Der Chirurg 5/2017
von: P. P. Schmittenecker
CME-Punkte: 3

Hallux valgus – Ätiologie, diagnostische und therapeutische Prinzipien
aus: Der Orthopäde 3/2017
von: B. Zirngibl, J. Grifka, C. Baier, J. Götz
CME-Punkte: 3

Zeimal im Jahr bietet die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) den Facharztvorbereitungskurs an. Das straffe Kursprogramm soll den Teilnehmern dazu dienen, das gesamte Spektrum von Orthopädie und Unfallchirurgie zu erfassen und sich gezielt auf die bevorstehende Prüfung vorzubereiten.

Seit der Zusammenlegung der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie haben sich auch für die vielen jungen Mediziner in Deutschland neue Herausforderungen ergeben: Das Themengebiet und somit der Lernstoff sind deutlich umfangreicher geworden. Besonders vor der anstehenden Facharztprüfung fragen sich die Ärzte: Was ist prüfungsrelevant? Auf was soll ich mich vorbereiten?

Hier setzt der seit 2005 angebotene Facharztvorbereitungskurs (FAB) der ADO an: Er soll den Kursteilnehmern an jeweils sechs Tagen den zu erwartenden Themenstoff gebündelt und gut verständlich näherbringen. „Die bereits gewonnenen praktischen Erfahrungen aus der Weiterbildung in der Klinik und Praxis bilden zwar das wichtigste Element für die Tätigkeit als zukünftiger



© Kuno / BVOU

Seit 2011 wird der Kurs von der Firma Ottobock gefördert. Ein Besuch im Science Center im Herzen Berlins ist im Rahmen des Workshops für Technische Orthopädie bei jedem Kurs vorgesehen.

Facharzt. Für die Prüfungssituation ist es jedoch sinnvoll, bestimmte Themen, mit denen man während seiner klinischen Tätigkeit nur am Rande in Berührung gekommen ist, noch einmal theoretisch aufzuarbeiten“, rät der wissenschaftliche Leiter der Veranstaltung, Dr. Thilo John. „Und genau darauf ist dieses Seminar abgestimmt.“

So sind Kinderorthopädie, Kindertraumatologie und Rheumatologie Thema. Aber auch die konservative Orthopädie und die operative Behandlung von

Wirbelsäulenerkrankungen sind Teil des FAB. Dies alles bereitet die Teilnehmer umfassend auf die anstehende Prüfung vor.



Janosch Kuno
BVOU Presse

Neue Mitglieder

In den letzten Wochen hat der BVOU zahlreiche neue Mitglieder gewinnen können. Wir begrüßen die Kolleginnen und Kollegen im Berufsverband und freuen uns auf ihre Anregungen und Vorschläge.

Dr. Amjad Abu Jayab, Ulm
Eric Andersson, Aibach
Andreas Benedikt Bauer, Ulm
Dr. Tobias Dausch, Langen
Julian Christopher Eibicht, Werneck
Dr. Christopher Gaissmaier, Reutlingen

Dr. Luc Hammerstein, Kirchzarten
Sybille Hultsch, Neustadt i. Sachsen
Taha Khateeb, Wildeshausen
Dr. Dagmar Koch, Bremen
Christine Kuss, Strasburg
Vincent Justus Leopold, Berlin

Dr. Kathrin Lissy, Soltau
Dr. Stephanie Löhr, Euskirchen
Dr. Janco Oberbandscheid, Magdeburg
Dr. Tobias Steinmann, Bremen
Dr. Holger Untiedt, Hillhorst
Dr. Andreas Wohlgemuth, Hamburg

Hier steht eine Anzeige.



In eigener Sache

Abschied vom BVOU-Vorstand

Prof. Karl-Dieter Heller wird nach achtjähriger Tätigkeit für den BVOU-Vorstand nicht mehr für die nächste Amtsperiode kandidieren. Im Folgenden erläutert er seine Gründe, zieht Bilanz – und lädt jüngere Kolleginnen und Kollegen dazu ein, vor einem berufspolitischen Engagement nicht zurückzuschrecken.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn ich einerseits rückblickend die vergangenen acht Jahre betrachte und anderseits sehe, wie meine Enkelkinder heranwachsen und ich in Gefahr bin, für sie zu wenig Zeit zu finden, so wie seinerzeit für die eigenen Kinder, dann scheint mir dies der richtige Zeitpunkt zu sein, berufspolitisch kürzer zu treten.

Ich habe mich gerne in unterschiedlichen Positionen für unser Fach engagiert, nicht nur beim BVOU, sondern zeitgleich bei AE, VLOU, DGOOC, DGOU, und werde dies auch weiter tun. So ergab sich die Möglichkeit, auf vielen Ebenen mit hoher Konstanz die Interessen von O und U zu vertreten.

Gerade meine mittlerweile doch langjährige Berufserfahrung hat mir deutlich gezeigt, dass in jeder Organisation und in jedem Vorstand sowohl sehr aktive Mitglieder wie auch solche zu finden sind, die erkennen, dass ihre beruflichen Ambitionen und/oder ihr Freizeitanspruch so hoch sind, dass ihr Engagement nur gering ausfallen kann. Folglich ist der Arbeitsanfall sehr unterschiedlich.

Meine intensive berufspolitische Tätigkeit hat zwangsläufig dazu geführt, dass neben dem eigentlichen Beruf als Chefarzt einer großen orthopädischen Klinik mit 150 Betten die Freizeit gänzlich davon ausgefüllt war. Mir hat die Arbeit im Vorstand des BVOU gleichwohl nahezu immer Spaß gemacht, kann man doch viel bewegen, worauf ich noch eingehen möchte. Ich habe das, was ich

im Folgenden Revue passieren lasse, aber überhaupt nur tun können, weil ich einen sehr verständnisvollen Arbeitgeber habe, der versteht, dass erfolgreiches berufspolitisches Engagement eines Verbandes auch jeder einzelnen Klinik dienlich ist, und der mich nie bezüglich meines berufspolitischen Engagements limitiert hat.

Dass es wichtig ist, den geeigneten Zeitpunkt zum Aufhören zu finden, war mir aber immer bewusst. Schließlich durfte ich bei meiner Verbandsarbeit immer wieder alte, hochverdiente Kollegen kennenlernen, die für mein Empfinden den Absprung zu spät ins Auge gefasst hatten und noch hochbetagt an ihren jeweiligen Positionen festhielten. Dies ist aus meiner Sicht selten sinnvoll. Mittlerweile 55-jährig, merke ich in verschiedenen Situationen, dass wir die jüngere Kollegengeneration – und hier beziehe ich mich vornehmlich auf die Kranken-

hausärzte – trotz allen Engagements nicht immer adäquat vertreten. Denn deren Interessen sind gänzlich andere als unsere.

Ich nenne hier als Beispiel die GOÄ, für die ich mich in den vergangenen Jahren höchst intensiv eingesetzt habe. Etwa die Hälfte aller Chefärzte hat aber, aufgrund anderer Vertragskonstellationen und Zielleistungsvereinbarungen, überhaupt kein Interesse mehr an der GOÄ.

Vor diesem Hintergrund ist es für mich von größter Bedeutung, dass in Vorständen von Berufsverbänden und Fachgesellschaften eine gesunde Kombination aus älteren, erfahrenen und jungen, dynamischen Kolleginnen und Kollegen zu finden ist. Dies ist zugleich ein Aufruf an jüngere engagierte Kollegen, sich berufspolitisch zu engagieren.

Wir sind administrativ und politisch dominiert und können nur durch eine starke und gut organisierte Interessensvertretung gehalten. Ein Engagement für einen freien selbstbestimmten Beruf lohnt sich nach wie vor. Mit einer ausreichenden Anzahl an Aktiven könnte auch dem mittlerweile vielfach vorgebrachten Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf Rechnung getragen werden, selbst wenn man sich berufspolitisch engagiert.

Rückblickend waren meine Jahre beim BVOU sehr intensive, aber auch sehr zufriedenstellende und – hoffentlich – im Sinne des Verbands erfolgreiche. Ich erinnere mich mit einem gewissen Schmunzeln an die erste Wahl im Jahre 2009. Hier ist es letztendlich nur durch ein Machtwort des damaligen Vertreters der Kliniker im BVOU-Vorstand, Dr. Daniel Frank, gelungen, dass ich gewählt wurde. Denn offensichtlich wurde in der damaligen Kampfstimung im Übergang von Sigi Götte auf Helmut Mälzer seitens des BVOU vergessen, dass der BVOU auch klinische Mitglieder hat.

Somit habe ich mich zunächst vier Jahre als normales Vorstandsmitglied



© Privat / Prof. Heller

Zieht Bilanz nach acht Jahren
Vorstandarbeit: Prof. Karl-Dieter Heller

engagiert. Hier gab es auf Mitgliederversammlungen und in diversen Gesamtvorstandssitzungen immer wieder sehr emotionale Momente, wenn der von niedergelassenen Kollegen dominierte Gesamtvorstand wieder einmal die „problematischen Kliniker“ thematisierte.

Ich glaube aber, dass uns mittlerweile die Vertretung der Kliniker sehr gut gelingt. Der BVOU versteht sich inzwischen, und dies spiegelt sich auch in der Zusammensetzung des Vorstandes wider, als Vertreter der niedergelassenen und der klinischen Ärzte. Der Vorstand hat dies mittlerweile auf jeden Fall umgesetzt, selbst wenn die Mitglieder dies vielleicht noch nicht alle verinnerlicht haben.

Eine Vielzahl der primär traumatologischen Kollegen ist allerdings eher im BDC und nicht im BVOU organisiert. Ebenso finden über 700 Chef- und leitende Ärzte im VLOU ihre berufspolitische Heimat. Das sollte kein Anlass zu Ärger sein. All diese Interessen können und müssen gebündelt und koordiniert werden, um bei wichtigen Themen mit einer Stimme zu sprechen.

Das Highlight meiner Vorstandsjahre beim BVOU für mich war die Tätigkeit als BVOU-Präsident des DKOU 2013, dessen Vorbereitung und Leitung mit Prof. Bernd Kladny und Prof. Reinhard Hoffmann mir sehr viel Freude bereitet und meinen Horizont deutlich erweitert hat. Ein besonderer Höhepunkt war die Kooperation mit China und die „Chinese declaration“, die seitdem maßgeblich (in Verbindung mit den „connections“ von Prof. Wolfhart Puhl) für die deutsch-chinesische Zusammenarbeit in unserem Fach ist.

Die ADO hat sich sehr gut entwickelt und ist jetzt seit Jahren auf einem konstanten Level positioniert. Wir haben zuletzt Webinare etabliert, die sich großer Beliebtheit erfreuen.

Aktuell wird gerade die AOUC gegründet, die als Dachorganisation über die orthopädischen und unfallchirurgischen Fortbildungen wachen soll.

Mit dem Einstieg von Dr. Jörg Ansorg als Geschäftsführer des BVOU war eine gewisse Entlastung bezüglich einiger meiner organisatorischen Tätigkeiten im BVOU festzustellen. Eine zeitliche Entlastung hat dies jedoch für mich nicht

gebracht, da in gleichem Maße die seit vielen Jahren von mir betreute GOÄ an Arbeitsintensität zunahm. Ich habe, zunächst nahezu alleinverantwortlich, im letzten Jahr dann doch wieder auf mehr Schultern verteilt, die operativen Ziffern der GOÄ verhandelt und begleitet. Im Januar kam es hier wegen des engen Zeitplans zur Vorbereitung der Honorierung zu einer enormen Arbeitsbelastung, die mir klar gezeigt hat, dass die Zeiten der Berufspolitik für mich endlich sein müssen.

„Ich merke, dass wir die jüngere Kollegengeneration trotz allen Engagements nicht immer adäquat vertreten.“

Die GOÄ ist immer noch nicht abgeschlossen. Es finden im Herbst noch mehrere ganztägige Treffen in Berlin und München statt, wo wir mit den privaten Krankenversicherungen die Legendierungen noch einmal überarbeiten werden. Dann wird die schwierigste Phase, die der Honorierung, kommen. Wir werden sehen, was dabei zu erreichen ist. Die Ausgaben der PKV sollen, wenn überhaupt, ja offenbar nur um maximal 6 % steigen. Es wird bei Bekanntgabe unter den verschiedenen Fachdisziplinen diskutiert werden müssen, wer adäquat und wer inadäquat honoriert wurde. Dies erscheint mir die schwierigste Phase bei der Erstellung der neuen GOÄ zu werden.

Meine beratende Tätigkeit bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft war für die Entwicklung der DRGs und §115 von Bedeutung. Ich hatte die Freude, den BVOU mehrfach beim AAOS vertreten zu können. Weitere Themen, mit denen ich mich befassen durfte, waren die Diskussionen um die Tätigkeit von Hono-

rarärzten, die gerade in der Zusammenarbeit Klinik/Niedergelassene doch einen gewissen Sprengstoff beinhalten, ebenso wie die aus Sicht der Kliniker lästigen Sektorengrenzen. Die Verhandlungen über zulässige Arthroskopien bei Gonarthrose haben viel Zeit in Anspruch genommen und waren nur teilweise von Erfolg gekrönt.

Bei der Mindestmengen-Diskussion laufen nach den ersten Verhandlungen 2005 wieder aktuelle, neue Verhandlungen. Die Qualitätsinitiative „EndoCert“ begleite ich von Beginn an. Nach intensiver Diskussion über den AOK-Navigator bin ich mittlerweile im AOK-Expertenpanel, was sehr aufschlussreich und interessant ist. Im Referat „Internationale Angelegenheiten“ bin ich für den BVOU ebenso aktiv wie im EFORT Council. Beim EKIT zur Indikationsstellung der Arthroskopie war ich ebenso vertreten wie bei der Erstellung zweier Weißbücher, einmal zum künstlichen Gelenkersatz und einmal zur konservativen Therapie.

Manche Aufgabe, ich denke insbesondere an die Tätigkeit im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik, werde ich noch einige Zeit fortsetzen. Andere Projekte, wie zum Beispiel die GOÄ und die Gründung der AOUC, will ich gern mit Freude und vollem Einsatz bis zum wie auch immer gearteten Abschluss begleiten. Ebenso beschäftigen mich noch lokale Verpflichtungen der Qualitätssicherung, Kassenärztliche Vereinigung und Niedersächsische Ärztekammer.

Zusammenfassend: Es war dies eine sehr intensive, aber positive Zeit. Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für das enorme Vertrauen in den letzten acht Jahren bedanken.

Herzlich, Ihr KDH



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
Braunschweig
Vizepräsident BVOU

BVOU-Kooperation mit der AOK Nordost

Gemeinsam für Kindergesundheit

In diesem Sommer starteten der BVOU und die AOK Nordost ein neues Gemeinschaftsprojekt: Bei den „Bewegungstagen mit Christian“ ging es im Juli an drei Aktionstagen um körperliche Fitness und gesunde Entwicklung unserer Kinder. In Sportstadien in Frankfurt/Oder, Cottbus und Neubrandenburg stand dabei neben viel Bewegung für Kinder auch die Vermittlung von Grundwerten wie Respekt und Fairness auf dem Programm.

Über 2.000 Kinder nahmen in den drei Städten an den Aktivitäten teil. Die Veranstaltungen wurden zusätzlich von den gastgebenden Städten und dem Deutschen Sportbund unterstützt.

Durch das sportliche Programm führte der bekannte Fernsehmoderator Christian Bahrmann. Er ist seit Jahren aktiv für die BVOU-Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“. Der BVOU präsentierte sich an allen drei Orten mit einem eigens dafür geschaffenen mobilen Barfußpfad. Im Stadion der Freundschaft in Frankfurt/Oder wies am 10. Juli Jens-Marcel Ullrich, Dezernatsleiter und Vertreter der Stadt beim Be-

wegungstag, auf die Stärke Frankfurts im Leistungssport und als Olympiastützpunkt hin. Am 12. Juli war dann in Cottbus Dr. Henning Leunert, BVOU-Landesvorsitzender in Brandenburg, für den Berufsverband vor Ort. In Neubrandenburg wurden die Kinder am 19. Juli von den dortigen BVOU-Mitgliedern Dr. Lutz Grunwald und Dr. Matthias Träger, stellvertretender Landesvorsitzender des BVOU Mecklenburg-Vorpommern, begleitet. Die Kooperation soll 2018 ausgebaut und auf weitere Orte ausgedehnt werden.

Aktion Orthofit im Internet

Der BVOU war bei allen Bewegungstagen mit mehreren Mitarbeitern der Geschäftsstelle sowie dem Geschäftsführer vor Ort (Video: BVOU-Webseite).

Die Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ mit der bewährten Aktionswoche im November wurde durch die „Bewegungstage mit Christian“ um einen wesentlichen Schwerpunkt im ersten Halbjahr erweitert. Zu diesem Ziel tragen auch die völlig neu gestaltete Webseite sowie die Aktivitäten der Aktion Ortho-

fit in den sozialen Medien Facebook, Instagram, YouTube und Twitter bei. Die Aktionswoche selbst unter dem Motto „Zeigt her Eure Füße“ findet vom 20. bis 24. November 2017 statt. Weitere Informationen sowie eine interaktive Karte mit teilnehmenden Schulen und Orthopäden finden sich auf der Webseite www.aktion-orthofit.de.

Eine weitere Aktion war in diesem Jahr der Malwettbewerb zu Bewegung und gesunder Fußentwicklung in deutschen Grundschulen. Die eingereichten Arbeiten wurden über die Facebook-Community bewertet. Die Gewinner schule darf sich über einen Besuch von Christian Bahrmann während der Aktionswoche im Herbst freuen.

Dr. Jörg Ansorg
Berlin
Geschäftsführer BVOU



© BVOU / Gebhardt



© Janosch Kuno / BVOU

Exklusive Angebote für BVOU-Mitglieder



blomus

20%
Rabatt

Produkte von blomus sind kühl und sympathisch, praktisch und elegant, zeitlos und charakterstark. blomus Produkte werden nicht alt. Sie drängen sich nicht auf und sind doch gerne präsent. Sie sind Partner für einen schönen Alltag und noch schönere exklusive Momente. Entdecken Sie das puristische Design von blomus und freuen Sie sich über 20 % Rabatt auf das gesamte Sortiment im Online-Shop.



LUCKY BIKE

10%
Rabatt

Durch den internationalen Einkauf, optimiertes Einkaufsmanagement und unsere langjährigen Beziehungen zu den Herstellern erzielen wir besonders günstige Einkaufspreise. Diese Einkaufsvorteile geben wir über ein bestmögliches Preis-Leistungs-Verhältnis an Sie weiter. Die ganze Fahrradwelt von Lucky Bike finden Sie auch in unserem Online Shop.



Freixenet

20%
Rabatt

Aus dem Hause Freixenet, nahe Barcelona, stammen Cavas mit höchster Qualität, die das besondere Prickeln auf den Gaumen zaubern. Neben den Premium Cavas bietet Freixenet auch eine Vielzahl an qualitativ hochwertigen Markenweinen.



napster

20%
Rabatt

Mit Napster hörst du über 40 Millionen Songs aus allen erdenklichen Genres und über 15.000 spannende Hörbücher. So oft du willst. So viel du willst. Und natürlich alles werbefrei. Lade Alben, Songs und Playlists im WLAN herunter, um sie offline, ohne Verbindung mit dem mobilen Internet oder WLAN zu hören – die perfekte Lösung, um Musik auch von unterwegs aus zu genießen.

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

O als angestellter oder niedergelassener Arzt, Student oder Weiterbildungsassistent, die richtige Prophylaxe gewinnt für Sie immer mehr an Bedeutung. Denn das passende Versicherungs- und Vorsorgekonzept schützt im Fall der Fälle Ihre Existenz. Sorgen Sie rechtzeitig vor!

Die Berufshaftpflichtversicherung ist für jeden praktizierenden Arzt Kernstück seines Versicherungsprogramms. Wegen möglicher Schadenersatzansprüche aus der ärztlichen Tätigkeit muss sich der Arzt gemäß der (Muster-)Berufsordnung ausreichend versichern. Bei unzureichendem Versicherungsschutz kann sogar das Ruhen der Approbation angeordnet werden. Der betroffene Arzt haftet im Schadenfall bei unzureichender Absicherung mit seinem gesamten Vermögen. Eine unzureichende Berufshaftpflichtversicherung kann daher fatale Folgen haben.

Rahmenvertrag Berufshaftpflicht

Der BVOU hat vorgesorgt. Er bietet seinen Mitgliedern gemeinsam mit dem Kooperationspartner Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH durch einen Rahmenvertrag besonders günstige Konditionen, wodurch mittelfristig Sicherheit geschaffen wird. Ihre berufsspezifischen Risiken können Sie zu hohen Deckungssummen bei einem erfahrenen deutschen Heilwesen-Haftpflichtversicherer,



© WavebreakMediaMicro / stock.adobe.com

der Versicherungskammer Bayern, versichern. Sämtliche O- und U-spezifischen Tätigkeiten und Eingriffe sind in den Sonderkonditionen bereits berücksichtigt.

Weitere Serviceleistungen

Der BVOU hat für alle berufstätigen Mitglieder eine Gruppen-Rechtschutzversicherung für die berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen abgeschlossen. Verbandsmitglieder genießen Versicherungsschutz kraft Mitgliedschaft im BVOU für folgende Risiken:

- Strafrechtschutz, besonders bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren und berufsgerichtlichen Verfahren;

- Sozialgerichtsrechtsschutz für Musterprozesse;
- Arbeitsgerichtsrechtsschutz für angestellte Ärzte;
- Rechtschutz aus Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararztverträgen ab Gericht.

Für die Absicherung der darüber hinausgehenden Rechtschutzrisiken unterhält der BVOU für seine Mitglieder Sonderkonditionen zur Anschluss-Rechtschutzversicherung.



Funk

Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service, Valentinskamp 20
20354 Hamburg

Ansprechpartnerin: Olga Zöllner

Tel.: (040) 35 91 44 94

Fax: (040) 35 91 47 34 94

E-Mail: o.zoellner@funkgruppe.de

BVOU-Partner Funk Gruppe

Informationen zu Versicherungsleistungen können auch auf der Homepage unter „BVOU-Partner Funk Gruppe“ abgerufen werden. So kann der individuelle Versicherungsbedarf der Verbandsmitglieder – ausgehend von ihren jeweiligen Dienststellungen – vorab geprüft und analysiert werden. Dieser teilt sich in elementare, empfohlene sowie sonstige Versicherungen auf.

Die unter „BVOU-Partner“ veröffentlichten Informationen ersetzen nicht ein Beratungsgespräch mit Funk. Profitieren Sie von diesem neuen transparenten Serviceangebot für BVOU-Mitglieder! Lassen Sie Ihren Versicherungsschutz auf Preis und Leistung überprüfen und bei Bedarf optimieren.

Vereinigung Technische Orthopädie (VTO)

Basiskurse ergänzen Fortbildungsangebot

Die Vereinigung Technische Orthopädie (VTO) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Fort- und Weiterbildung für die konservative Orthopädie zu fördern, wissenschaftliche Studien voranzutreiben und ein Netzwerk an der Technischen Orthopädie interessanter aufzubauen. Sie arbeitet eng mit den Bundesinnungsverbänden der Orthopädiotechnik und Orthopädie-Schuhtechnik sowie der neu entstandenen Deutschen Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung zusammen.

Initiative '93 Technische Orthopädie
Die Fort- und Weiterbildung innerhalb der VTO obliegt der Initiative '93 Technische Orthopädie. Neben der Durchführung der über die ADO vermittelten bekannten Kurse zur Fort- und Weiterbildung in der Technischen Orthopädie und seit Neuestem dem Angebot eines Basiskurses für Facharztkandidaten (erstmals auf der OT-World-Messe in Leipzig) hat es sich die Initiative '93 Technische Orthopädie zur Aufgabe gemacht, in Koope-

ration mit den Gesundheitshandwerken auf den wesentlichen großen orthopädisch-unfallchirurgischen Kongressen die Themen der Technischen Orthopädie zu platzieren. Sie war sowohl auf dem Süddeutschen Orthopädenkongress als auch auf dem DKOU in Berlin mit mehreren Veranstaltungen 2016 und 2017 vertreten, ebenfalls auf dem Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress 2017 in Dortmund.

Neuerungen in der Orthetik

Geplant für den DKOU 2017 ist ein Seminar am 25. Oktober 2017 zu Neuerungen in der Orthetik. Am 26. Oktober, dem „Tag der Technischen Orthopädie“, wird ein Seminar angeboten zu sensomotorischen und neurologischen Einlagen und am späten Nachmittag ein Symposium zur Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit. Letztere steht gerade in der Technischen Orthopädie unter dem Damoklesschwert der Compliance-Regelungen.

Die Kurse der Initiative '93 Technische Orthopädie liefen auch im vergangenen

Jahr weiterhin erfolgreich in Heidelberg, Bayreuth, Innsbruck und Dortmund.

Neu im Programm: Basiskurse

Nach intensiven Gesprächen, insbesondere mit dem BVOU, werden in Zukunft Basiskurse angeboten, die das Know-how auf dem Gebiet der Technischen Orthopädie in der Ausbildung zum Facharzt erhalten sollen. Das von der Initiative '93 Technische Orthopädie in zweijährigem Rhythmus ausgelobte Reisefellowship-Angebot wird auch 2018 wieder stattfinden. An dem Gebiet der Technischen Orthopädie Interessierte können sich jederzeit an den Vorstand wenden oder über die Internetseite Kontakt aufnehmen: <http://vereinigung-to.de/>.



Prof. Dr. Bernhard Greitemann
Bad Rothenfelde
1. Vorsitzender
Sektion VTO

© B. Greitemann

Neue Mitglieder

Die DGOU begrüßt ihre neuen Mitglieder und freut sich auf ihr künftiges Engagement in der Fachgesellschaft. Neue Ideen und kreativer Input sind ausdrücklich erwünscht.

Dr. Jens Adermann, Bad Wildbad
Christiane Barthel, Bad Frankenhausen
Dr. Tanja Baumgarten, Mühlheim
Dr. Stefan Bayer, Karlsruhe
Dr. Afif Dlimi, Bamberg
Christian Festbaum, Berlin
Manuel Heil, Karlsbad
Dr. Philipp Hemmann, Tübingen
Dr. Stephanie Herbstreit, Essen

Viktoria Herterich, München
Dipl.-Med. Ingolf Hinkel, Bad Kösen
Dr. Dominik Hörrth, Marburg
Lars Käfer, Würzburg
Dr. Wadim Kisel, Dresden
Markus Kraus, Gröbenzell
Dr. Johann Näßauer, Amerang
Anne Lene Oeyen, Berlin
Abdalrahim Qadi, Karlsruhe

Martin Schroeder, Mülheim an der Ruhr
Oliver Schulte gen. Drüfel, Neuss
MUDr. Michal Stibor, Lehrensteinsfeld
Dr. Barbara Stolze-Reitemeyer, Leichlingen
Dr. Sören Twehues, Reinheim
Dr. Mathias Weber, Hamburg
Farid Zarbaliyev, Bremen

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.)

Steigende Mitgliederzahlen

Die D.A.F. kann über steigende Mitgliederzahlen berichten: Die Marke von 1.700 Mitgliedern wird noch 2017 überstiegen werden. Das anhaltend steigende Interesse an einer Mitgliedschaft geht ohne Frage auf die zahlreichen Aktivitäten des Vereins und das breite Angebot an Kursen, Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen zurück.

Sowohl 2016 als auch 2017 wurden mehr als 20 fußchirurgische Fortbildungskurse veranstaltet. Das achtteilige Kurssystem führt zum Zertifikat „Fußchirurgie“, welches von mehr als 700 Kollegen in der Vergangenheit bereits erworben wurde. Aufgrund der großen Nachfragen kann den meisten Interessenten in der Regel die Teilnahme an zwei Kursen pro Jahr angeboten werden, sodass der Abschlusskurs im Durchschnitt nach vier Jahren erreicht wird.

Die D.A.F. sucht als Sektion der DGOU und der DGOC die Kooperation mit den übrigen Sektionen. Als Neuerung wurde eine gegenseitige Anerkennung des Kinderfuß-Kurses mit der VKO (Vereinigung Kinderorthopädie) beschlossen.

Weiter ausgebaut wurde auch das Angebot an ergänzenden Kursen außerhalb des Zertifikats Fußchirurgie. Nachdem in der Vergangenheit bereits ein „Masterkurs Rückfußchirurgie“ angeboten wurde, fand 2016 erstmals ein Kurs zum Thema „Defektdeckung und Lappenplastik“ statt. Aufgrund des regen Zuspruchs ist geplant, den Kurs erneut anzubieten. Neben einer Ausweitung des Angebots für erfahrene Kollegen hat sich auch das Format der Rookie Kurse etabliert.

Zentraler Treffpunkt des Vereinslebens ist ohne Frage die jährliche Tagung, die 2016 in Kooperation mit der EFAS (European Foot and Ankle Society) und der iFAB (international Federation for Applied Biomechanics) in Berlin stattfand. Den drei Tagungspräsidenten,



© D.A.F.

Bisherige D.A.F.- und EFAS-Präsidenten: Prof. M. Richter, Prof. C. Nester, Dr. D. Frank, Dr. P. Diebold, PD Dr. R. Fuhrmann, Dr. J.-W. Louwerens, Dr. A. Viladot, Prof. H. Kofoed, Prof. G. Dereymaker, Prof. M. Stephens, Prof. H.-H. Küster (v.l.)

Prof. Martinus Richter (EFAS), Dr. Daniel Hendrik Boack und Prof. Dieter Rosenbaum, war es gelungen, ein breites, interessantes Programm zusammenzustellen, sodass mehr als 700 Teilnehmer den Weg in das sommerliche Berlin fanden. Als Tagungsort für die Jahrestagung 2017 wurde von den Tagungspräsidenten, Dr. Tanja Kostuj und Dr. Frank Schemmann, die RuhrCongress-Halle in Bochum gewählt.

Neuer Vorstand

Alle drei Jahre wird der Vorstand der D.A.F. durch die Mitgliederversammlung gewählt. Bei der Wahl 2017 in Bochum wurden zwei Vorstandsposten neu besetzt. Nicht mehr zur Wahl standen Dr. Manfred Thomas, der über mehr als zehn Jahre das Kurssystem der D.A.F. als 1. Vizepräsident betreut hat. Der Vorstand und die Mitglieder dankten ihm und würdigten sein herausragendes Engagement. Er wird weiter für den Verein als Kursausrichter aktiv sein. Als neue 1. Vizepräsidentin wurde Prof. Christina Stukenborg-Colsman gewählt, die in ihrer Position als Schriftführerin von Dr. Michael Gabel abgelöst wird, der neu in den Vorstand gewählt wurde.

Weiterhin wurde Prof. Sabine Ochman als neue Schatzmeisterin gewählt, nachdem sich Dr. Tanja Kostuj nicht mehr zu Wiederwahl gestellt hat. Dr. Tanja Kostuj wird sich in Zukunft vermehrt den Themen „OSG Endoprothesenregister“ und FussCert widmen, zwei Themenbereiche, in denen sie in den letzten Jahren die Weiterentwicklung maßgeblich mit herausragendem Engagement vorangetrieben hat. Die übrigen Vorstandsmitglieder, Dr. Jörn Dohle (Präsident), Prof. Martinus Richter (2. Vizepräsident) und Prof. Stefan Rammelt (3. Vizepräsident) wurden in ihren Positionen bestätigt.

Die D.A.F. vergibt jährlich ein drei- bis vierwöchiges Reisestipendium an junge Kolleginnen. Nachdem 2015 die USA und Kanada bereist wurden, kam das Reisestipendium 2016 in Europa zum Einsatz.



Dr. Joern Dohle
Wuppertal
Präsident der D.A.F.

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.)

Aktive Nachwuchsförderung

Mit der Sektion „Nachwuchsförderung“ hat sich die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. (D.A.F.) eine vermehrte Förderung gerade des jüngeren Nachwuchses in der Fußchirurgie auf die Fahnen geschrieben. Mit verschiedenen Aktivitäten und informativen sowie motivierenden Projekten sollen junge Fachärzte, Oberärzte oder andere Interessierte frühzeitig die Möglichkeit erhalten, die theoretischen und praktischen Grundlagen der Fußchirurgie einsehen und auch ausüben zu können. Es werden Informationen und Beratung zu klinischen, wissenschaftlichen und didaktischen Aspekten geboten. Der Austausch von Erfahrungen wird zum Beispiel mittels Hospitationen erleichtert und gefördert. Im Rahmen von Kongressen und Tagungen werden jetzt schon komplexe Themen für den Nachwuchs gut verständlich, interaktiv und effizient dargeboten. Auch die Förderung der Eigeninitiative zu Publikationen von wissenschaftlichen Arbeiten in unserer Zeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“ ist ausdrücklich gewünscht. Als zeitgemäße Plattform zum Informationsaustausch und interaktiver Vernetzung wurde eine Facebook-Seite eingerichtet, die bereits seit Herbst 2014 aktiv ist. Zu finden ist sie unter folgendem Link: www.facebook.com/dafnachwuchs.

Vernetzung des Nachwuchses

Hier werden im Vorfeld Aktivitäten oder Veranstaltungen gepostet, die für den Nachwuchs lukrativ sein können, und im Anschluss darüber berichtet. Durch die Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum O&U als Gremium der DGOU ergibt sich eine noch größere Vernetzung des Nachwuchses unserer gemeinsamen Fachrichtung. Die enge Zusammenarbeit von Vertretern der DGOU und des BVOU wurde im April 2016 institutionalisiert. Neben der Facebook-

Seite ist eine interne Seite auf der Homepage der D.A.F. in Bearbeitung, die allerdings nur für D.A.F.-Mitglieder Beiträge bereithalten wird. Sie soll über aktuelle Veranstaltungen sowie wichtige Aktionen informieren und interne In-

weiligen Universitätsprofessoren wurden kleine Studentengruppen gebildet, die mit dem Referenten die Anatomie des Fußes unter dem Aspekt der klinischen Relevanz besprachen und erfass-ten.



Im Mittelpunkt: Vernetzung der Nachwuchsaktivitäten

formationen oder Newsletter bekannt geben. Außerdem werden Berichte und Bilder von Kursen, Kongressen oder Reiseberichten et cetera eingestellt.

Alte Hasen gefragt

2014 wurde erstmals im Rahmen des DKOU in Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum ein Rookie-Kurs der D.A.F. absolviert und von den Teilnehmern sehr positiv aufgenommen. Weitere Vortragsveranstaltungen folgten anlässlich der Norddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen Vereinigung (NOUV) in Hamburg im Juni 2015, 2016 und 2017. D.A.F.-Referenten bewährten sich im Rahmen klinischer Präparier-Kurse für Studenten mit dem Schwerpunkt „Bewegungsapparat“ an den Universitäten in Düsseldorf und Aachen. Mithilfe der Unterstützung durch die je-

Alte Hasen befragt

Hier bestand ein großes Interesse der Studierenden, die erfahrenen Kollegen über das orthopädisch-unfallchirurgische Fachgebiet und die Möglichkeiten der Weiterbildung zu befragen. Insbesondere bei den weiblichen Medizinstudenten bestand ein großes Interesse an der Fußchirurgie und Informationsbedarf hinsichtlich der Karriere- und Lebensplanung.

Um den besonderen Bedürfnissen des Nachwuchses in unserem Verein nachkommen zu können, halten wir es für sehr wichtig, diesen Raum für Aktion und Interaktion zu geben. Wir bemühen uns weiterhin, Veranstaltungen für den Nachwuchs zu organisieren, und freuen uns über Anregungen, Beiträge und tatkräftige Unterstützung.



Besuchen Sie uns auf Facebook:
www.facebook.com/dafnachwuchs



© M. Abbara-Czardybon

Dr. Mona Abbara-Czardybon
Remscheid
Beirat Nachwuchsförderung D.A.F.



© D. Arbab

Dr. Dariusch Arbab
Dortmund
Beirat Nachwuchsförderung D.A.F.

AG Klinische Geweberegeneration

Tätigkeitsschwerpunkt KnorpelRegister DGOU

Eingeführt im Jahr 2013 stellt das KnorpelRegister DGOU weiterhin einen Tätigkeitsschwerpunkt der Arbeitsgemeinschaft Klinische Geweberegeneration dar. Es wird industrieunabhängig durch die Oscar-Helene-Stiftung e. V. und die Deutsche Arthrosehilfe e. V. gefördert und stellt bei einem aktuellen Stand von 4.651 registrierten Patienten zum 1. August 2017 (Abb. 1) die mit Abstand größte Fall- und Datensammlung im Bereich der gelenkerhaltenden und knorpelregenerativen Therapien dar.

Während das Modul Kniegelenk mit aktuell 3.454 Fällen quantitativ auch vor dem Hintergrund der hier am häufigsten beobachteten Schädigungen den Hauptanteil des Registers ausmacht, können darüber hinaus aber auch Patienten mit Knorpeldefekten an Sprung- und Hüftgelenk eingetragen werden, die dann über einen Zeitraum von zehn Jahren mit einem webbasierten Dateneingabesystem automatisiert erfasst werden.

Die Zahl von fast 800 Patienten mit Knorpelschäden am Hüftgelenk ist hier besonders herauszuheben, da diese ebenfalls die weltweit mit Abstand größte Datenbank im Bereich der gelenkerhaltenden Hüftchirurgie darstellt und somit sicherlich in den kommenden Jahren auch dazu in der Lage ist, wichtige Daten zu liefern, um die Wertigkeit knorpelregenerativer Therapien unterstützend einordnen zu können und somit wichtige Beiträge der Versorgungsforschung in Ergänzung der verfügbaren prospektiv-randomisierten Studien erbringen zu können.

2016 – erst einmal in englischer Sprache – eine Empfehlung zur Positionierung der autologen Knorpelzelltransplantation am Kniegelenk erschienen, die international beachtet und frequent zitiert wird (Niemeyer P et al. Knee. 2016;23: 426–35). Des Weiteren sind Empfehlungen zur Behandlung osteochondraler Läsionen am Sprunggelenk publiziert worden (Aurich M et al. Z Orthop Unfall. 2017;155:92–9), und eine Handlungsempfehlung zum Umgang mit Knorpelschäden am Hüftgelenk wird in den kommenden Monaten ebenso erscheinen, wie eine Arbeit, die sich explizit mit der Positionierung der matrix-augmentierten Knochenmarkstimulationstechniken und deren Wertigkeit auseinandersetzt.

Weitere Projekte sind in Planung. Vorschlägen für Handlungsempfehlungen – gerade auch mit Bezug zur täglichen praktischen Arbeit – steht die AG-Leitung jederzeit und gerne offen gegenüber. Eine Mitarbeit in der AG Klinische Geweberegeneration für interessierte Kollegen im Bereich regenerativer Therapieansätze in O und U ist jederzeit erwünscht.

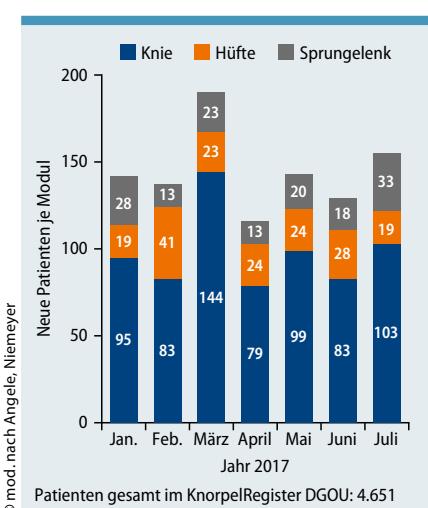


Abb. 1: Verteilung der insgesamt 4.651 Patienten, die bis Juli 2017 im KnorpelRegister DGOU verzeichnet waren

Teilnehmer willkommen

Zum jetzigen Zeitpunkt tragen bereits 122 Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz zum KnorpelRegister DGOU bei. Die Teilnahme ist kostenfrei. Interessierte Kliniken und Arbeitsgruppen sind weiterhin und jederzeit willkommen; die Teilnahme ist nicht an die Mitgliedschaft in der AG Klinische Geweberegeneration gebunden und das Register kann ebenso für den Teilnehmer zur internen Qualitätssicherung eingesetzt werden. Ebenso besteht durch die Teilnahme am KnorpelRegister DGOU die Möglichkeit, an multizentrischen wissenschaftlichen Projekten zu partizipieren. Informationen zum KnorpelRegister DGOU finden sich auf der entsprechenden Webseite: www.knorpelregister-dgou.de.

Behandlungsempfehlungen

Über das Register hinaus stellt das Fassen von Behandlungsempfehlungen und Positionspapieren einen Tätigkeitschwerpunkt der AG Klinische Geweberegeneration dar, die seit dem Jahr 2015 durch Prof. Dr. Philipp Niemeyer (München) und Prof. Dr. Peter Angele (Regensburg) geleitet wird. So ist im Jahr

Prof. Dr. Philipp Niemeyer
München
Leiter AG Klinische Geweberegeneration



© P. Niemeyer

Prof. Dr. Peter Angele
Regensburg
Stellvertretender Leiter
AG Klinische Geweberegeneration



© P. Angele

Sektion Osteologie

Strukturen zur verbesserten Nachsorge

Die Sektion Osteologie befasst sich derzeit wissenschaftlich mit zwei Schwerpunkten. Dies sind im Bereich der Osteoporose insbesondere Strukturen zur verbesserten Nachsorge von Patienten mit osteoporotischen Frakturen und die wissenschaftliche Untersuchung des Knochenmarködemsyndroms (KMÖS).

Register Knochenmarködemsyndrom

Das Knochenmarködemsyndrom ist eine sehr schmerzhafte, häufig selbst limitierende Erkrankung bei Patienten mittleren Alters. Überwiegend sind Hüfte, Knie oder Sprunggelenk betroffen. In Fällen mit sehr starken Schmerzen oder mit einem verzögerten Heilungsverlauf stehen verschiedene Therapieverfahren zur Verfügung, wobei keine der bisherigen medikamentösen Behandlungsverfahren den Kriterien der evidenzbasierten Medizin standhält und somit in vielen Fällen nur eine Off-Label-Behandlung mit dem damit verbundenen administrativen Mehraufwand und den Risiken als Therapieoption verbleibt.

Die Sektion Osteologie hat mit Unterstützung des BVOU bereits seit einiger Zeit eine Studie zur Erfassung der Inzidenz und der Behandlung des Knochenmarködemsyndroms vorbereitet und geplant. Nach Planung der Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus Peters, Prof. Dr. Andreas Roth und Dr. Thomas Randau konnte an der Universitätsklinik Bonn durch Dr. Randau das Register zur Erfassung der Daten entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Das Register beziehungsweise die Studie ist nun auf die Mitarbeit aller interessierten Orthopäden und Unfallchirurgen angewiesen. Um das Thema und die Studie ins Bewusstsein zu holen, wurden von der Sektion verschiedene Seminare und Sessions auf dem DKOU und dem Jahreskongress des DVO abgehalten. Aktuell ist ein Themenheft der Zeitschrift Osteologie im Schattauer Verlag mit den Gasthe-



Die Versorgung von Patienten mit osteoporotischen Frakturen muss verbessert werden.

©Photographer.eu / stock.adobe.com

rausgebern Prof. Dr. Andreas Roth und Prof. Dr. Uwe Maus erschienen, in dem die Thematik aus verschiedenen Richtungen dargestellt wurde.

Fracture Liasion Service

Die Betreuung von Patienten nach der konservativen oder operativen Versorgung von osteoporotischen Frakturen hinsichtlich der Abklärung und weiteren Behandlung der Osteoporose ist auch heute noch in vielen Fällen nicht sicher gestellt. Um diese Versorgungslücke zu schließen und die intersektorale Zusammenarbeit zu verbessern, können Netzwerke zwischen den einzelnen Behandlungspartnern eine mögliche Option darstellen.

Diese Netzwerke aus Krankenhäusern oder niedergelassenen Kollegen, teilweise aber auch Krankenkassen, können verschiedene Kooperationsformen aufweisen. Die beiden bekanntesten und von der International Osteoporosis Foundation (IOF) zertifizierten Netzwerke (Fracture Liasion Services) sind an der LMU München und dem UKH in Hamburg angesiedelt. Allerdings beste-

hen in vielen weiteren Regionen Netzwerke oder Kooperationsmodelle zur Bearbeitung der Thematik. Die Sektion ist dabei in die Entwicklung und Unterstützung verschiedener Netzwerkformen involviert, die Mitglieder der Sektion sind in verschiedenen Regionen in Deutschland und unterschiedliche Netzwerkarten aktiv involviert.

Zur Unterstützung der Netzwerke gehört insbesondere auch die Erhöhung des Anteils der diagnostizierten osteoporotischen Frakturen und der Patienten mit einem Verdacht auf eine Osteoporose. Durch regelmäßige Veranstaltungen zur Fortbildung ärztlicher Kollegen ist die Sektion intensiv in diese Aufgabe eingebunden, zum Beispiel im Rahmen des DKOU 2017 mit einer Sitzung zu den Grundlagen der Osteoporose.



Prof. Dr. Uwe Maus
Oldenburg
Leiter Sektion Osteologie

©U.Maus

AOTrauma Deutschland

Neue Auszeichnung für besonders qualifizierte Mitglieder



© AO Foundation

Die Mitglieder diskutieren die neue Auszeichnung „Leitende/r AOTrauma Chirurg/in“.

Auf der Mitgliederversammlung der AOTrauma Deutschland (AOTD) wurde am 12. Mai 2017 einstimmig beschlossen, eine neue Auszeichnung einzuführen. Als „Leitende/r AOTrauma Chirurg/in“ können in Zukunft besonders qualifizierte Mitglieder der AOTD ausgezeichnet werden, die auf dem Tätigkeitsgebiet der AOTD eine herausragende Qualifikation nachgewiesen haben.

Mit dieser Auszeichnung möchte die AOTD die Sichtbarkeit der ausgezeichneten Person sowie die Qualität und Attraktivität der Einrichtung erhöhen, an der sie tätig ist. Weiterhin soll ein zusätzlicher Anreiz für die Weiterbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen geschaffen werden, insbesondere hinsichtlich der Angebote der AO, um die AO-Prinzipien zu lernen, kontinuierlich zu vertiefen und zu verbreiten. Insofern

dient die Auszeichnung einerseits der Darstellung der Exzellenz von Mitarbeiter und Klinik anhand transparenten Kriterien, andererseits dem Ausbau der „AO Schule“. Es handelt sich hierbei nicht um eine personelle oder gar institutionelle Zertifizierung, sondern um eine persönliche Auszeichnung ausschließlich für Mitglieder der AOTD.

Zur Verleihung der Auszeichnung bedarf es eines Antrages. Antragsbeziehungsweise vorschlagsberechtigt ist jedes ordentliche Mitglied des Vereins. Voraussetzung für die Zuerkennung der Auszeichnung ist die Erfüllung der vom Erweiterten Präsidium hierzu beschlossenen Kriterien. Die Auszeichnung ist an die Person und den Tätigkeitsort des ausgezeichneten Mitglieds gebunden und muss im Falle eines Ortswechsels der klinischen Tätigkeit neu beantragt werden.

Die Auszeichnung „Leitende/r AOTrauma Chirurg/in“ steht über der Mitgliedschaft in der Akademie der AOTD, da die zu erfüllenden Kriterien anspruchsvoller sind. Die ausgezeichnete Person erhält eine Urkunde.

Alle weiteren Informationen sind ab dem 1. Oktober 2017 über die Geschäftsstelle der AOTD erhältlich.

Deutschsprachiger AOTrauma Masterkurs in Davos

Vom 3. bis 7. Dezember 2017 findet in Davos der traditionelle deutschsprachige AO Masterkurs statt, gemeinsam organisiert von der AOTrauma Deutschland, Österreich und Schweiz. Die Leitung haben Pol Rommens (Mainz), Michael Plecko (Graz) und Andreas Platz (Zürich). Inhaltlicher Schwerpunkt sind komplexe Fraktursituationen und deren Begleitverletzungen.

In der Vergangenheit hat sich deutlich gezeigt, dass die Diskussion komplexer Fälle intensiver geführt wird, wenn diese auf Deutsch stattfindet. Geschätzt wurde auch der intensive Austausch mit den Kollegen und Kolleginnen aus Österreich und der Schweiz. Abgesehen vom internationalen Flair während der Davoser Trauma-Kurswoche mit über 1.000 Teilnehmenden und einer Faculty

aus aller Welt sind die „self-directed learning modules“ nur in Davos während der AOTrauma-Kurswoche möglich. Aufgrund einer Neuausrichtung der Davoser AO-Kurse könnte dies die letzte Chance sein, einen deutschsprachigen Masterkurs in Davos besuchen zu können. Anmeldung unter: www.aoda-voscourses.org

Prof. Dr. Florian Gebhard, Ulm

Erster deutschsprachiger AOTD Masterkurs in Dresden

Vom 12. bis 14. Juni 2017 fand in Dresden der erste deutschsprachige Masterkurs außerhalb der Schweiz statt. Organisatoren waren die drei AOTrauma Ländersektionen Deutschland, Schweiz und Österreich. Die Leitung für die AOTrauma Deutschland (AOTD) hatten Prof. Felix Bonnaire und Prof. Klaus-Dieter Schaser, für die Schweiz Prof. Andreas Platz, Zürich, sowie für Österreich Prof. Franz Kralinger, Wien. Die inhaltlichen Schwerpunkte waren Komplexverletzungen Knie – Unterschenkel – Pilon. Der Kurs war mit 44 Teilnehmenden aus Deutschland, Italien, Österreich und der Schweiz gut besucht.

Die Teilnehmer der Faculty aus der Schweiz und Österreich waren frühzei-

tig angereist und standen bis zur letzten Minute für Diskussionen zur Verfügung. Sie hatten durch ihre Vorträge und Live-Darstellungen der Zugänge



einen wesentlichen Anteil an der sehr guten Bewertung des Kurses. Dazu trug auch der Veranstaltungsort am Universitätsklinikum Dresden teil, weil alles inklusive der Anatomie in einem Haus stattfinden konnte. Außerdem klappte die Technik hervorragend, was vor allem für die Übertragung der Zugangspräparationen und Leichenoperationen wichtig war.

Die Stimmung in der Faculty war locker und die der Teilnehmer gut. Das war an den Bewertungen der Vorträge und Anatomie-Demos durchgehend abzulesen. Besonders gut wurden die Diskussionen in kleinen Gruppen angenommen. Inhaltlich kristallisierte sich heraus, dass sich die Techniken am Tibiakopf und am Pilon zunehmend in eine dreidimensionale Stabilisierung ändern und die erlernten Zugangswege sehr hilfreich für deren Umsetzungen sind.

Der nächste deutschsprachige Masterkurs mit den schweizerischen und österreichischen Kollegen ist für 2018 in der Schweiz und in 2019 in Österreich geplant.

Prof. Felix Bonnaire, Dresden
Prof. Klaus-Dieter Schaser, Dresden

AOTrauma Master Course Hand and Wrist

Am 16. und 17. März 2017 fand der 1. AOTrauma Master Course Hand and Wrist in Deutschland statt. Unter der Leitung von Prof. Joachim Windolf, Prof. Wolfgang Linhart und Dr. Walter Schäfer wurde den 40 Teilnehmern aus aller Welt ein Intensivprogramm aus dem Bereich der Handchirurgie geboten.

In Anlehnung an die jährlich stattfindenden Handkurse wurde besonderes Gewicht auf den praktischen Teil an ana-

tomischen Präparaten gelegt. Im anatomischen Institut der Universität Düsseldorf (Leiter: Prof. Tim J. Filler) fanden sich dafür sehr gute Bedingungen. Durch die besondere Fixierung der Präparate ist das Gewebe dem „Natürlichen“ sehr ähnlich, so dass die Übungen realitätsnah erfolgen konnten.

Neben den praktischen Übungen wurde den Teilnehmern im theoretischen Teil in Vorträgen über ausgewählte Themen Expertenwissen vermittelt und die Gelegenheit für eine intensive Diskussion gegeben. Die Kursleitung wurde von zehn anerkannten Experten der Handchirurgie unterstützt, so dass vor allem in den praktischen Übungen eine individuelle Betreuung der Teilnehmer gewährleistet war. Neben den Vorträgen wurden begleitend Fälle demonstriert, was die offene Diskussion belebte und den Erfahrungsaustausch anstieß.

Der erste Block des Kurses behandelte intraartikuläre Frakturen der Hand, während im zweiten Block die intraartikuläre distale Radiusfraktur im Mittelpunkt stand. Hierfür standen erstmals Präparate mit einer artifiziell erzeugten distalen Radiusfraktur, in der Regel Typ

23 C3, bereit. Begleitend hierfür lagen den Teilnehmern Computertomographien des Handgelenkes individuell passend zum Präparat vor. Somit konnte sowohl die Herangehensweise und Planung, als auch die Osteosynthese mit modernen winkelstabilen Implantaten unter professioneller Anleitung geübt werden. Eine radiologische Kontrolle der Ergebnisse fand im Präparationssaal statt. Der dritte Block des Kurses befasste sich mit Begleitverletzungen des distalen radio-ulnaren Gelenkes und den Bandverletzungen der angrenzenden Handwurzelgelenke. Weichteilproblematiken durch Komplexverletzungen sowie Infektionen behandelte der vierte Block des Kurses. Die praktischen Übungen zu diesem Thema umfassten lokale Lappenplastiken an der Hand und am Unterarm.

Das Feedback am Kursende durch die Teilnehmer war deutlich positiv, neben einem intensiven fachlichen Austausch wurde die hohe Vortragsqualität und rege Diskussion in guter Atmosphäre gelobt.

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf
Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Heilbronn



Faculty des Handkurses

© J. Windolf

Verkehrsunfallstatistik 2016

Unfallprävention für ältere Verkehrsteilnehmer

Die DGOU sieht Handlungsbedarf beim Schutz älterer Autofahrer. Anlass ist die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verkehrsunfallstatistik 2016: 3.206 Menschen wurden im vergangenen Jahr auf deutschen Straßen getötet. Davon machen die über 75-Jährigen mit 698 tödlich Verunglückten die größte Gruppe aus. „Wir müssen auch für ältere Verkehrsteilnehmer Präventionsprogramme entwickeln und dürfen uns nicht wie bisher nur auf die Fahranfänger konzentrieren“, sagt DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann. Die DGOU rät daher, die Forschungsbemühungen zur Entwicklung von Präventionsprogrammen für ältere Verkehrsteilnehmer zu verstärken.

Bei einem schweren Verkehrsunfall sind betagte Patienten besonders gefährdet: Sie kämpfen ungleich härter ums Überleben als jüngere. Denn viele von ihnen haben Vorerkrankungen, die sich bei einer schweren Verletzung ungünstig auf den Allgemeinzustand auswirken. Orthopäden und Unfallchirurgen

rechnen entsprechend der demografischen Entwicklungen in den nächsten 10 bis 20 Jahren mit einer Verdopplung beziehungsweise Verdreifachung älterer Verkehrsteilnehmer und damit auch Verletzter.

Mehr Forschung nötig

Die DGOU sieht daher Bedarf bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Stärkung beziehungsweise Sicherung der Verkehrskompetenz von Senioren. Dabei ist ein anderer Ansatz als bei Präventionsprojekten für Jugendliche nötig. „Senioren fallen im Gegensatz zu jungen Verkehrsteilnehmern nur selten durch Unfallursachen wie überhöhte Geschwindigkeit oder Alkohol am Steuer auf“, erklärt Dr. Christopher Spering, DGOU-Sektionsleiter für Prävention. Demnach seien es eher Kompetenzen, die sich im Alter ungünstig entwickeln: Reaktionsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Seh- und Hörvermögen sowie Beweglichkeit. Die in diesem Zusammenhang diskutierten verpflichtenden medizinischen Fahreignungsprüfungen für Füh-

ferscheininhaber greifen der DGOU zu kurz. „Zum einen würden die Fahrradfahrer und E-Bike-Fahrer durch das Raster fallen – sie machen aber einen großen Anteil der Verletzten aus. Zum anderen reichen die derzeit zur Verfügung stehenden Testverfahren nicht aus, um über die Fahreignung Älterer zu entscheiden“, sagt Spering. Denn Auto- und Fahrradfahren erfordere eine sehr komplexe körperliche und psychomotorische Leistung, die über eindimensionale Tests, wie beispielsweise den Sehtest, nicht ermittelt werden könne. „Ein geeignetes Testverfahren muss noch gefunden werden. Dazu ist aber schlichtweg mehr Forschung nötig“, sagt Spering, der als Vertreter der Fachgesellschaft auch im Vorstandsausschuss Verkehrsmedizin des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) mitarbeitet.

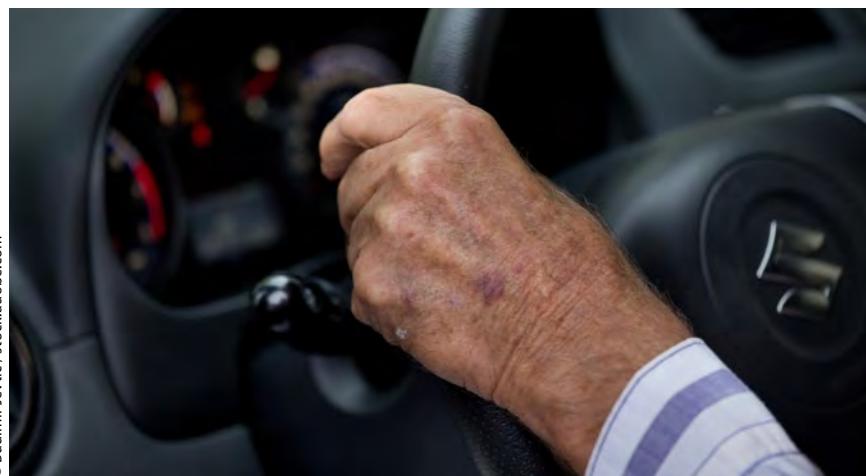
Konzept für Testverfahren

Um auf den zukünftigen Präventionsbedarf vorbereitet zu sein, hat die DGOU in einem ersten Schritt ihre Sektion Prävention mit einem Konzeptaufbau für die wissenschaftliche Erarbeitung eines mehrdimensionalen Testverfahrens – das die Anforderungen an die sichere Verkehrsteilnahme erheben kann – beauftragt. Prinzipiell vertritt die DGOU die Ansicht, dass ein Test- und Präventionsprogramm nötig ist, bei dem der Betroffene im Falle der fehlenden Fahreignung selbst zu der Einsicht kommt, dass er das Auto oder das Fahrrad besser stehen lassen sollte.

DGOU-Pressemitteilung vom 6. Juli 2017

Susanne Herda, Swetlana Meier
Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU

 **Informationen unter:**
www.dgou.de/presse



Präventionsprogramme zum Schutz älterer Verkehrsteilnehmer sind gefragt.

AG Neue Medien

Kongressaktivitäten

Die AG „Neue Medien“, 2003 beim VSOU-Kongress in Baden-Baden als AK 18 gegründet, führt regelmäßig zweimal im Jahr öffentliche Veranstaltungen durch: im Frühjahr in Baden-Baden beim VSOU-Kongress und im Herbst in Berlin beim DKOU. Außerdem wurden zu dem Thema „Internet – Datenerfassung – Datenspeicherung“ Online-Umfragen initiiert und ausgewertet. Zwei Publikationen zum Thema „Fachwissen aus dem Internet“ gingen auf Initiative der AG zurück [Rechenberg U et al. Z Orthop Unfall. 2013;151:394–400; Rechenberg U et al. Z Orthop Unfall. 2015;153:171–6].

Themen VSOU-Kongress 2012–2016

Beim VSOU 2012 wurden die Themen „social media“ sowie „O und U-Apps“ behandelt und beim VSOU 2013 weiter vertieft, verbunden mit einem Update zur Thematik eines Vortrages aus einer früheren Sitzung zum Thema „Arzt- und Klinikbewertungsportale“. Beim VSOU 2014 wurden Themen aus dem Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie im Internet behandelt, hier Einzelvorträge zu Sicherheitsaspekten bei Internetnutzung, zur Darstellung einer neu aufgebauten Abteilung im Internet, zum Thema Orthopädie/Unfallchirurgie in Wikipedia und zum Thema neuer TLD's. Beim VSOU 2015 folgten dann zwei Vorträge zum Thema Spracherkennungssoftware – ein Update aus früheren Sitzungen – und zum Thema eines modellhaften Ansatzes der digitalen Vernetzung von Praxis und Klinik in einer süddeutschen Stadt.

Softwaregestützte präoperative Planung

Beim VSOU 2016 beschäftigten wir uns erneut mit dem Thema der Arztbewertungsportale und mit dem Thema der softwaregestützten präoperativen Planung von Endoprothesen. Dieses Jahr 2017 ging es beim VSOU um aktuelle

neue Entwicklungen, hier wurde das Thema „Vernetzung und Digitalisierung“ sowie die Videosprechstunde in zwei Vorträgen aufgegriffen, ferner erfolgte ein weiterer Vortrag zum aktuellen Thema „Responsive Design“ und dem Umstand, dass herkömmliche Homepages nicht mehr den neuen Endgeräten Smartphone, Phablet und Tablet entsprechen.

Themen DKOU 2012–2015

Die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Neue Medien beim DKOU 2012 unter dem Titel „Zweitmeinung im Internet – Glaubenskrieg unter Gleichgesinnten“ beschäftigte sich in sechs Einzelvorträgen unter anderem mit Fragestellungen zu Qualitätssiegeln im Internet, rechtlichen Konsequenzen aus Empfehlungen aus unserem Fachgebiet im Internet, zur Bedeutung der social media als Informationsquelle für unsere Patienten sowie zum Thema „Zweitmeinung im Internet“. Die Veranstaltung auf dem DKOU 2013 unter dem Thema „Wissenserwerb, Fort- und Weiterbildung im Internet“ beschäftigte sich unter anderem mit den Themen unserer Fachgebiete bei Wikipedia sowie den Angeboten zur Wissensvermittlung im Internet von zwei verschiedenen Verlagen.

Biomechanische Computersimulationen

Beim DKOU 2014 richteten wir eine Sitzung unter dem Thema „Biomechanische Computersimulationen für ein optimales klinisches Ergebnis“ aus, hier unter anderem mit Darstellungen von Modellen am Kniegelenk, in der Beckenchirurgie und am Ileosakralgelenk. Die Sitzung beim DKOU 2015 beschäftigte sich mit dem Thema „Datenerfassung – Datenspeicherung – Datenauswertung – Datentransfer für Endoprothekzentren“. Im Anschluss dazu wurde eine Online-Umfrage zu diesem Thema bei allen Endoprothekzentren durchgeführt, die

um eine weitere Umfrage im Januar 2017 unter allen zertifizierten Endoprothekzentren ergänzt wurde. Die Ergebnisse wurden auf einem eigens zu dieser Thematik veranstalteten Seminar auf dem Endoprothekkongress 2017 in Berlin vorgestellt und diskutiert.

Fazit und Ausblick

Kennzeichen unserer Sitzungen aus mittlerweile 14 Jahren Erfahrung sind das Aufgreifen von aktuellen Themen sowie die Möglichkeit für externe Autoren, Wunschthemen zu bearbeiten und zu präsentieren. Neben eigenen Vorträgen der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sprechen wir gezielt potentielle Referenten mit einem speziellen Referatsauftrag an.

Nachwuchs gesucht

Weitere Interessierte, besonders aus der jüngeren Generation, sind uns herzlich willkommen. Kolleginnen und Kollegen, die gern ein bestimmtes Thema referieren möchten oder auch generell an der Arbeitsgemeinschaft teilnehmen möchten, sind uns herzlich willkommen und werden um Kontaktaufnahme gebeten (dsg@dr-gruener.de; dr.stefan.klima@gmail.com).

Dr. Stephan Grüner
Köln
AG Neue Medien



© S. Grüner

PD Dr. Stefan Klima
Leipzig
AG Neue Medien



© S. Klima

Kaum ein Begriff wird heute in wissenschaftlichen, aber auch den gesundheitspolitischen Diskussionen so überstrapaziert wie der Terminus der „Evidenz“. Aber welche Forschungsergebnisse sind tatsächlich dazu geeignet, unsere persönlichen Therapieentscheidungen im Alltag zu verändern? Die Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM) liefern in diesem Zusammenhang einen Werkzeugkoffer, mit dem es gelingt, die Qualität von wissenschaftlichen Studien und die Zuverlässigkeit von medizinischen Aussagen zu beschreiben, zu berechnen und zu bewerten. Im Zentrum steht dabei immer die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen für unsere Patienten. Nach diesen Maßgaben wurden auch 2016 auf dem DKOU 17 besondere Beiträge für einen EbM-Kommentar ausgewählt. Dieses Format hat sich nun schon seit über einer Dekade auf dem Hauptstadtkongress erfolgreich bewährt und bietet Vortragenden, Vorsitzenden und Zuhörern eine patientenzentrierte Diskussionskultur.

Einheitliche Struktur und Bewertungsklassifikation

Die Bewertung von Studien nach EbM-Methode folgt dabei immer einer einheitlichen Struktur und Bewertungsklassifikation. Die Kommentierungen unter evidenzbasierten Kriterien erfolgen grundsätzlich sachlich und kollegial. Alle kommentierten Arbeiten auf dem DKOU 2016 verdienten große Anerkennung, für den EbM-Preis der DGOU

wählte die Preisjury dann die Arbeitsgruppe um Privatdozent Dr. Wafaisade aus Köln und Professor Dr. Lützner aus Dresden aus.

Wissenschaftliche Kriterien

Die AG Evidenzbasierte Medizin unterstützt und berät darüber hinaus den geschäftsführenden Vorstand der Fachgesellschaften. In diesem Zusammenhang war die AG in Kooperation mit Prof. Dr. Dirk Stengel aus Berlin bei den Stellungnahmen der DGOU zum Methodenpapier des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Bewertung von wissenschaftlichen Daten für den gemeinsamen Bundesausschuss vertreten.

Auch in die Kommentierung des Memorandums „Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung“ des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) konnte sich die AG inhaltlich einbringen. Im Nachgang zum Ausschluss der Arthroskopie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wurden in der AG die im IQWiG-Bericht als wesentlich benannten Studien unter evidenzbasierten Kriterien analysiert.

Die von PD Dr. Thoralf Liebs publizierte Analyse zeigt deutlich, dass aufgrund der Vielzahl und der Schwere der Mängel dieser Studien die bekannte Entscheidung des G-BA nicht auf wissenschaftlichen Kriterien basiert haben kann (Liebs TR, Berger S. Z Orthop Unfall. 2017;155:417–28).

Kursangebot

Die Aufgabe der AG EbM wird es auch zukünftig sein, evidenzbasierte Analysemethoden mit einem besonderen Bezug für O und U fundiert zu vermitteln. Dazu ist in diesem Jahr bereits der Startschuss gefallen. Der zweitägige Kurs „Evidenzbasierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie“ unter dem Patronat der DGOU war bereits wenige Monate nach Anmeldestart ausgebucht. Achtzehn hochengagierte Teilnehmer absolvierten im September in Berlin das neue Schulungskonzept für Orthopäden und Unfallchirurgen, das sich inhaltlich an das erfolgreiche Kursformat der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften orientiert. Die Leitung lag bei Dr. Luzi Dubs aus Winterthur, PD Dr. Thoralf Liebs aus Bern und Prof. Dr. Tobias Renkawitz aus Regensburg/Bad Abbach. Der Kurs bietet neben einem fundierten Basiswissen „evidenzbasierte Medizin“ zudem auch die notwendige Basisqualifikation, um zukünftig als EbM-Kommentator der DGOU auf dem DKOU aufzutreten. Die Vorplanungen für den EbM-Kurs 2018 laufen bereits.



Prof. Dr. Tobias Renkawitz
Regensburg
Leiter der Arbeitsgruppe
EbM

© T. Renkawitz

Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOOC gestellt. Laut Satzung der DGOOC § 5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe

(in den O und U Mitteilungen und Nachrichten) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Karsten Fink, Aurich

Leitlinienkommission

Leitlinienportal und Kooperation mit DGU

Inzwischen sind die Leitlinien „Kindlicher Knick-Senkfuß“ (Prof. Hell, Göttingen) und „Rotatorenmanschette“ (Prof. Liem, Münster/Prof. Brunner, Agatharied) abgeschlossen. Die Leitlinien „Gonarthrose“ (Prof. Stöve, Ludwigshafen) und „Spezifischer Kreuzschmerz“ (Prof. Halder/PD Dr. Kroppenstedt, Sommerfeld) sind in der finalen Bearbeitung. Aktuelle Projekte betreffen die „Indikation zur Knie-TEP“ (Prof. Lützner, Dresden) und die „Indikation zur Hüft-TEP“ (Prof. Günther, Dresden). Interessant ist, dass deren Autoren Möglichkeiten der Akquise von Projektgeldern ausloten und damit völlig neue Wege zur Finanzierung von Leitlinien gehen. Weitere Projekte, die sich in Planung befinden, betreffen den „Hallux rigidus“ (Prof. Waizy, Augsburg), die „Querschnittslähmung“ (Dr. Maier, Murnau) und die „Ellenbogen-Erstluxation“ (Prof. Lehmann, Freiburg). Die Leitlinienerstellung „Coxarthrose“ (Prof. Matziolis, Eisenberg/Jena) und die Aktualisierung der Leitlinien „Atraumatische Femurkopfnekrose“ (Prof. Roth, Leipzig) befinden sich im Stadium der Literaturauswertung.

Leitlinienarbeit soll attraktiver werden

Um die Leitlinienarbeit in den eigenen Reihen attraktiver und effektiver zu gestalten, werden die Leitlinien der DGOOC seit einigen Jahren auf dem Leitlinienportal (www.guideline-service.de) erstellt. Das Portal bietet Leitliniengruppen eine Oberfläche, auf der Texte erstellt und diskutiert, Delphi-Abstimmungen von Empfehlungen sowie „Methodische Literaturarbeit“ (Screening und Bewertung von klinischer Evidenz für S2e- und S3-Leitlinien) durchgeführt werden können. Seit dem letzten Jahr werden die Leitliniengruppen bei

der redaktionellen Endbearbeitung der Leitlinientexte und der Erstellung des Methodenreports von wissenschaftlichen Mitarbeitern des Leitlinienportals unterstützt.

„Die Leitlinie kann auch die Grundlage für neu angelegte, multizentrische Studien sein.“

Heutzutage werden die meisten Leitlinien auf S2k oder S2e Niveau erstellt. Da die Beschreibung einiger Krankheitsbilder sehr komplex geworden ist, ergeben sich zum Teil spezielle Fragestellungen. Besonders anschaulich wird dies bei den Leitlinien „Indikation zur Knieendoprothese“ und „Indikationen zur Hüftendoprothese“, die traditionell unter der Rubrik „Gonarthrose“ oder „Coxarthrose“ Platz gefunden hätten. Die Auswertung der Literatur führt dann dazu, dass traditionelle Ansichten und Vorgehensweisen verlassen werden. Die Leitlinie kann auch die Grundlage für neu angelegte, multizentrische Studien sein.

Erfreulich ist, dass in diesem Jahr die Leitlinien „Meniskuserkrankungen“ (Prof. Siebert, Langenhangen) in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie „Rehabilitation nach Major-Amputation an der unteren Extremität“ (Prof. Greitemann, Bad Rothenfelde) in der AmpuTee, der Zeitschrift des Bundesverbandes für Menschen mit Arm- und Beinamputation e. V., publiziert wurden.

Die Publikationen der „Rehabilitation nach traumatischen Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule“ (Dr. Bork, Sendenhorst) sowie „Kindlicher Knick-Senkfuß“ (Prof. Hell, Göttingen) sind in Vorbereitung.

Gemeinsame Geschäftsordnung im Rahmen der DGOU

Besprechungen der DGOOC zur gemeinsamen Leitlinienerstellung mit der DGU laufen im Rahmen der DGOU. Gegenwärtig wird mit Unterstützung von Prof. Stürmer und Prof. Roth als Vertreter der jeweiligen Leitlinienkommission ein Vorschlag für eine gemeinsame Geschäftsordnung der DGOU vorbereitet. Bereits praktiziert wird, dass die Leitlinien gegenseitig konsentiert werden. Eindeutig unfallchirurgische oder orthopädische Leitlinien werden aktuell federführend von einer der beiden Gesellschaften erstellt und herausgegeben. Es soll in Zukunft geprüft werden, wo ein gemeinsames Vorgehen sinnvoll ist.

Zum diesjährigen DKOU-Kongress trifft sich die Leitlinienkommission der DGOOC (24. Oktober 2017, 10:45–11:45 Uhr, Raum Dessau 1). Auch dieses Jahr ist eine gemeinsame Sitzung mit der DGU geplant (24. Oktober 2017, 16:30–17:30 Uhr, Raum Dessau 1). Vertreter der einzelnen Sektionen und AGs sind herzlich eingeladen.

Prof. Dr. Andreas Roth
Leipzig
Vorsitzender der
Leitlinienkommission
der DGOOC



© A. Roth

Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie

Neues Präsidium gewählt

Die Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie, 58 Mitglieder, war in den letzten zwölf Monaten in verschiedenen sportmedizinischen Bereichen aktiv. Die Leitlinie Meniskuserkrankungen wurde weiterentwickelt und zur Veröffentlichung vorbereitet, die Publikation wird demnächst in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Thieme Verlag) erscheinen.

Als Deutscher Vertreter bei der IOC-Sitzung in Lausanne hat Prof. Dr. Christian H. Siebert an der Leitlinie zur Schmerztherapie bei Leistungssportlern mitwirken können. Die Veröffentlichung steht im British Journal auf Sports Medicine kurz vor dem Abschluss.

Sportverletzung

Im Rahmen des Speciality Days auf dem DKOU 2016 hat die Sektion eine Sitzung zum Thema „Sportverletzung – return to sports“, unter der Leitung von PD Dr. Oliver Miltner und Prof. Siebert veranstaltet. Nachdem das Vorgehen nach Sprunggelenksfrakturen durch Dr. Götz Kawalla (Braunschweig) vorgetragen wurde, konnten Prof. Dr. Peter Angele (Regensburg) über „return to sports“ nach Knorpelersatz und Rainer Sieven (Stolberg) zum Thema Muskelverletzungen ihre Expertise darstellen. Prof. Thomas Tischer (Rostock) berichtete über das Vorgehen nach Schulterstabilisierung. Vom Behindertensportbund Niedersachsen stellte die Vizepräsidentin Frau Jutta Schlochtermeyer die Rückkehr zum Sport, in diesem Fall Behindertensport, nach Amputation dar. Dr. Ralf Doyscher (Berlin) konnte den Stellenwert der Sporttestung den Zuhörern näher bringen.

Dr. Michael Krüger-Franke (München), PD Dr. Miltner (Berlin) und Prof. Dr. Christian H. Siebert (Hannover) hielten im März dieses Jahres im Langenbeck-Virchow-Haus den DGOOC-Knie-Kurs für spezielle orthopädische



Workshop beim Knie-Kurs: Dr. Michael Krüger-Franke, Prof. Christian H. Siebert, Dr. Oliver Miltner (v. l.)

© DGOOC

Chirurgie ab. Das überarbeitete Fortbildungskonzept wurde von den Teilnehmern, aber auch von den Referenten, mit Begeisterung begrüßt. Mit Spannung wird die anstehende Umstrukturierung der DGOOC-Kurse in Eigenregie erwartet. Die Planung des 9. Kniekurses läuft bereits auf Hochtouren. Er wird vom 15. bis 17. Februar 2018 in Berlin stattfinden.

Enge Zusammenarbeit

Die Sektion wurde beim AG- und Sektionsleitertreffen von DGOU, DGOOC und DGU im Mai 2017 durch ihren Präsidenten vertreten. Hier wurden die Weichen für eine koordinierte und öffentlichkeitswirksame Arbeit der Gruppen gestellt. Die enge Zusammenarbeit der Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie mit der GOTS wurde auf dem diesjährigen GOTS-Kongress in Berlin erneut demonstriert. Viele Mitglieder der Sektion waren dort aktiv. Unser Vizepräsident PD Dr. Miltner war dieses Jahr Kongresspräsident für die GOTS. Zusätzlich betreut Herr Miltner das deutschsprachige Arthroskopieregister (DART).

Präsidium gewählt

In der diesjährigen Mitgliederversammlung der Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie wurde folgendes Präsidium gewählt:

— Präsident: Prof. Dr. Christian H. Siebert

— Vizepräsident: PD Dr. Oliver Miltner

— Schatzmeister: Dr. Michael Krüger-Franke

— Schriftführer: Dr. Götz Kawalla

— Kassenprüfer: Dr. Frank U. Hoffmann; Dr. Andreas Kugler

Nach langjähriger Vorstandesarbeit wurde Dr. Hans-Gerd Pieper (Bremen) verabschiedet. Der Präsident dankte seinem langjährigen Schriftführer im Namen der gesamten Sektion. Zum Abschluss seiner „Sektionskarriere“ wird Dr. Pieper den Sektionstag auf dem diesjährigen DKOU zum Thema Überlastungsschäden leiten.

2018 möchte die Sektion das Thema Mannschaftsbetreuung in den Mittelpunkt stellen. Dies wird im Rahmen der Beteiligung an sportmedizinischen Veranstaltungen, unter anderem dem GOTS-Sportarzt sowie auf dem Speciality Day des DKOU 2018, erfolgen.



Prof. Dr. Christian H. Siebert
Hannover-Langenhangen
Präsident Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie

© Dommer / Paracelsus-Klinik Langenhangen

AG Ethik, Recht, Geschichte der DGU

Ethische Standards durch Priorisierung?

Das Ziel der AG ist es, zentrale Aspekte der Unfallchirurgie und Orthopädie zusätzlich zu den aktuellen Themen der klinischen und operationstechnischen Forschungen zu behandeln. Diese Themen weisen über den Kernbereich unseres Faches O und U hinaus. Aktuell wird in den Arbeitssitzungen der Themenkomplex einer Priorisierung in der Medizin bearbeitet, und zwar sowohl bezüglich ethischer, klinischer als auch juristischer Aspekte.

Auf dem DKOU in Berlin wird am 26. Oktober 2017 von 11:00 Uhr bis 12:30 Uhr hierzu eine wissenschaftliche Sitzung im Saal London 2 stattfinden. Für alle Themenkomplexe haben hochrangige Referenten zugesagt. Die Mitglieder der AG erwarten eine rege Teilnahme. Das Thema wird uns in der Zukunft wegen der mehr als je zuvor begrenzten Ressourcen stark beschäftigen.

Verteilungsgerechtigkeit

Priorisierung in Diagnostik und Therapie beinhaltet gleichzeitig Posterisierung, also Zurückstellung anderer Maßnahmen und damit von Patientenansprüchen. Das Abwagen dieser mitunter sehr unterschiedlich zu gewichtenden Ansprüche stellt hohe ethische Anforderungen an die Entscheidungsträger. Dies bezieht sich sowohl auf die Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung, als auch auf unsere Kernkompetenz einer vernetzten Diagnostik und operativen Therapie.

Aber auch die Qualität der Organisation im Medizinbetrieb beeinflusst die Nutzung der Ressourcen ungemein. Reibungsverluste, zum Beispiel durch Wartezeiten an den Schnittstellen von Diagnostik und Therapie, erschweren den Betriebsablauf, lassen den Patienten leiden und verärgern die Angehörigen. Nicht genutzte oder verschleuderte Ressourcen führen zu Friktionen, Ernüchterung, Unfrieden und Einschränkung der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit. Dies gilt sowohl für einzelne Betriebsabläufe

als auch für die horizontale Zusammenarbeit von Fachbereich zu Fachbereich sowie für die vertikalen Strukturen im jeweiligen Fachbereich von Mitarbeiter zu Mitarbeiter.

Wenn einzelne Maßnahmen, die bisher im Leistungskatalog gelistet waren, oder solche, die sich aufgrund neuerer Erkenntnis ergeben könnten, ausgesetzt werden, so muss dafür ein gesellschaftspolitischer Konsens geschaffen werden. Dies ist in den skandinavischen Ländern sehr viel weiter gediehen als hierzulande.

Rahmenbedingungen für Priorisierung festlegen

Das Thema „Priorisierung“ weist also weit über unser Fachgebiet der Unfallchirurgie hinaus. Diese grundsätzliche Bedeutung für die Medizin herauszustellen, ist das vornehmste Anliegen unserer Aktivitäten.

Aufgabe ist es, Modelle für eine Verteilungsgerechtigkeit zu entwickeln, die, wie in anderen Ländern bereits geschehen, die Rahmenbedingungen für eine Priorisierung festlegen. Die Akteure im Gesundheitswesen selbst haben dazu allerdings kein direktes Mandat, sondern der gesellschaftliche Disput ist gefordert. Überlegungen zu einem Kosten-Nutzen-Profil sind erst nachrangig anzustellen.

Unantastbar muss bleiben, dass die Notfallmedizin auf keinem Gebiet einer Priorisierung zugänglich ist. Allenfalls beim Massenunfall muss im Sinne einer Triage individuell die Dringlichkeit einer Behandlungsbedürftigkeit mehrerer Patienten gegeneinander abgewogen werden.

Konkrete Empfehlungen, an ethischen Grundsätzen orientiert

Orientierung an ethischen Grundsätzen und bewährtem ärztlichem Verhalten:

- Aus ethischen Gründen darf keine Zurückweisung als notwendig erachteter, dem anerkannten Standard entsprechenden Behandlungsmaßnahmen er-

folgen, selbst auf die Gefahr hin, Kosten nicht erstattet zu bekommen.

- Bei Leistungsverweigerung droht das Haftungsrecht.
- Notfälle haben unverändert Priorität und unterliegen keiner Priorisierung oder gar Rationierung.
- Rationalisierungspotentiale können ausgeschöpft werden, allerdings nicht auf Kosten von Personal, das mit Überstunden und Mehrleistung verplant wird.
- Die Indikationen zu Behandlungen müssen streng überprüft werden. Von der gesicherten Indikation für eine Maßnahme, so sie einmal gestellt wurde, ist nicht abzuweichen.
- Verteilungsgerechtigkeit in der Behandlung ist im Hinblick auf eine Gleichberechtigung gegenüber den Patienten, aber auch im Hinblick auf das Personal zu gewährleisten.
- Die Wartezeit als Ausdruck einer bereits institutionalisierten Priorisierung ist abzubauen.

Künftige Themen

Die zukünftige Arbeit unserer AG wird sich mit Archivarbeit zur Vorbereitung der Jubiläumstagung „100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie“ im Jahre 2022 beschäftigen. Es sollen die historisch gewachsenen Schwerpunkte der DGU dargestellt werden.

Im Zusammenhang mit der aktuellen politischen Diskussion ist darüber hinaus das Thema der verschuldensfreien Arzthaftung und insbesondere deren juristische und wirtschaftliche Folgen lohnenswert, aufgegriffen zu werden.

PD Dr. Michael Roesgen
Düsseldorf
Leiter AG Ethik, Recht,
Geschichte der DGU



Sektion Kindertraumatologie

Kindertraumatologische Referenzzentren diskutiert

Haupveranstaltungen der Sektion waren im vergangenen Jahr der AO-Kinder-Kurs im September 2016 in Freiburg und der DKOU im Oktober 2016 in Berlin, die wissenschaftliche Arbeitstagung/Klausur im Januar 2017 in Brombachtal/Odenwald und die Jahrestagung der Sektion im Juni 2017 in Stuttgart.

Wissenschaftliche Aktivitäten

Das Protokoll für die Therapiekontrollstudie zur konservativen versus operativen Behandlung von Femurschaftfrakturen im Kindesalter ist von der AO-CID mit den beiden Studienleitern Schmittenbecher (Karlsruhe) und Narayan (Toronto) abschließend konzipiert. Nach Einholung der Ethikvoten wird die prospektive Dokumentation von Therapie, Outcome und Ökonomie in 14 Kliniken (neun in D, A und CH; fünf in CAN und USA) beginnen.

Das von PD Dr. Zwingmann geführte Register zu pathologischen Frakturen im Kindesalter soll durch Drittmittel auf eine Online-Basis gestellt und damit attraktiver gestaltet werden. Frau PD Dr. Schneidmüller hat eine Abfrage nach der Vorgehensweise bei K-Draht-Osteosynthesen am distalen Radius und am dis-



© Intercongress

Die 36. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie fand im Juni/Juli 2017 unter der Leitung von Francisco Fernandez in Stuttgart statt.

talen Humerus durchgeführt. 710 Antworten haben einen guten Überblick gegeben, dass circa 70 % der Drähte subkutan versenkt werden. Die Arbeit ist zur Publikation eingereicht.

Berufspolitik

Nach mehreren intensiven Gesprächen zwischen der Vereinigung für Kinderorthopädie e. V. (VKO) und der Sektion Kindertraumatologie findet die Jahrestagung beider Gruppen 2018 gemeinsam in Dresden statt. Leider hat sich die VKO auf ihrer Jahrestagung in St. Gallen ge-

gen weitere gemeinsame Kongresse entschieden. Über die Gründe kann nur spekuliert werden, da es vor der entsprechenden Abstimmung keinen Meinungsaustausch gab. Die Sektion hat daraufhin ihre Kongresse für 2019 und 2020 nach Moers (Dr. Illian) und Tübingen (PD Dr. Lieber) vergeben.

Die Diskussion um die Benennung kindertraumatologischer Referenzzentren in den Traumanetzwerken wird im Rahmen der Überarbeitung des Weißbuches fortgeführt, denn es geht hier deziert zunächst um die Schwerstverletz-

Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGU gestellt. Die Satzung sieht in § 4 Abs. 3 ein Einspruchsrecht der Mitglieder bis vier Wochen nach Veröffentlichung der Namen der vorläufig aufgenommenen Mitglieder vor. Erfolgt kein Einspruch, gilt die Mitgliedschaft als endgültig.

Timo Bullmann, Gießen

Dr. Katharina Nieswandt, Hockenheim

Dr. Benedikt Wickler, Frankfurt am Main

tenversorgung. Entsprechend beinhaltet das Arbeitspapier zu den Kriterien eines KIT-Ref-Z von Prof. Marzi und Prof. Schmittenbecher keine Voraussetzungen, die nicht schon für das SAV-Verfahren der BG formuliert worden wären.

Bei der EPOS-Tagung (European Pediatric Orthopedic Society) in Barcelona konnte PD Dr. Sommerfeldt keine signifikant bessere Berücksichtigung der europäischen Kindertraumatologie im Programm feststellen. Die angedachte „fracture group“ innerhalb der EPOS soll weiterhin gegründet werden, die Ansprechpartner und auch die Kriterien dazu sind allerdings nicht transparent.

Die Bedingungen für alleinstehende Kinderkliniken, die relevant kindertraumatologisch tätig sind, sich am VAV-Verfahren zu beteiligen, sind veröffentlicht.

Kongresse und Kurse

Die 36. Jahrestagung der Sektion fand im Juni/Juli 2017 unter der Leitung von

Francisco Fernandez in Stuttgart statt. Hierüber wurde separat berichtet.

Der deutsche AO-Kurs Kindertraumatologie fand im vergangenen September in Freiburg statt. Die neue Struktur mit Fall-basierten Vorträgen und vertiefenden Falldiskussionen in Kleingruppen hat sich bewährt. 2017 fand der Kurs im September unter der Leitung von Prof. Marzi in Frankfurt/M. statt.

Die gemeinsame Sitzung der Sektion Kindertraumatologie mit der VKO auf dem DKOU 2016 hatte den Oberarm im Fokus. Das Fortgeschrittenen-Seminar diskutierte Fall-basiert Probleme an Klavikula, Radiushals, bei Monteggiafraktur, an der Mittelhand, am Schenkelhals und am Sprunggelenk.

Am 27./28. Januar 2017 fand das 5. wissenschaftliche Arbeitstreffen im Brombachtal statt. Neben den aktuellen Studien, der Annäherung von SKT und VKO und den Leitlinien standen Nachsorgekonzepte, die systematisierten Einwilli-

gungen im Kindesalter und das Weißbuch zur konservativen Therapie auf der Tagesordnung. Das 6. Treffen im Brombachtal ist für den 26./27. Januar 2018 geplant, Interessenten melden sich beim Sektionsleiter per E-Mail unter peter.schmittenbecher@klinikum-karlsruhe.de.

Auf der DGU-Vorstandssitzung wurden im Juni die Sektionsleiter Prof. Schmittenbecher und Prof. Strohm für weitere drei Jahre in ihren Ämtern bis Ende 2020 bestätigt. In der Sektion kann sich jeder an der Kindertraumatologie Interessierte registrieren lassen, die Meldung erfolgt an Schriftführer Dr. Illian per E-Mail unter skt@bethanienmoers.de.



© P.Schmittenbecher

Prof. Dr. Peter
P. Schmittenbecher
Karlsruhe
Sektionsleiter Kinder-
traumatologie

Hier steht eine Anzeige.

In Memoriam Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer

Ein großes Vorbild als Chirurg, Unfallchirurg und Humanist

Am 16. August 2017 ist Prof. Dr. Leonhard Schweiberer nach langerer Krankheit und bis zuletzt umsorgt von seiner geliebten Frau Helga zu Hause friedlich eingeschlafen. Wir haben mit ihm einen Begründer der deutschen Unfallchirurgie, einen Verfechter der ganzheitlichen Chirurgie, einen gebildeten Humanisten und einen vielseitig begabten Menschenfreund verloren. Sein volles und erfülltes Leben in wenigen Zeilen zu schildern und zu würdigen, ist kaum möglich und muss zudem subjektiv bleiben.

Abfahrtsmeister und Osteosynthese-Pionier

Leonhard Schweiberer wurde am 6. November 1930 in Degerndorf/Inn geboren. Er war sich seiner bayerischen Abstammung wohl bewusst und pflegte zeitlebens eine kultivierte bayerische Lebensart. Nach dem Abitur studierte er ab 1951 Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er 1956 nicht nur unter F. K. Frey promovierte, sondern auch als Mitglied der Deutschen Alpin-Ski-Nationalmannschaft Bayerischer Abfahrtsmeister wurde. Es folgten Jahre in der Pathologie und Inneren Medizin, bevor er 1960 nach Homburg/Saar wechselte, um unter Heinrich Lüdeke, einem Schüler von E. K. Frey, seine chirurgische Facharztweiterbildung zu beginnen.

Für seine 1968 entstandene Habilitationsschrift „Experimentelle Untersuchungen von Knochentransplantaten..., ein Beitrag zur kausalen Osteogenese“ wurde er von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem renommierten Von-Langenbeck-Preis ausgezeichnet.

1972 erfolgte die Bestellung zum Direktor der selbstständigen Abteilung für Unfallchirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik des Saarlandes. Er ge-

hörte damit neben Prof. Tscherne (Hannover) und Prof. Burri (Ulm) zum prägenden „Dreigestirn“ der ersten Lehrstuhlinhaber für Unfallchirurgie in Deutschland, die erfolgreich für unsere akademische Anerkennung fochten. Homburg wurde zum Zentrum einer biologisch ausgerichteten Knochenforschung, die zellbiologisch-experimentellen und mikroangiografischen Untersuchungen zur Osteogenese zum Beispiel haben nachfolgende Forschergeneration begeistert und stimuliert. Leonhard Schweiberer war ein Pionier der biologischen Osteosynthese, heute ein anerkanntes Prinzip, damals in der Periode der überwiegend mechanischen Be- trachtung des Knochens, ein mutiges Unterfangen.

Versorgung „aus einem Guss“

Sein berufliches Lebensthema wurde ein anderes: der polytraumatisierte Patient, seine Versorgung und daraus abgeleitet

gen. Ihm ging es – bei aller Anerkennung einer notwendigen und fortschrittsorientierten Spezialisierung – immer um die Einheit der Chirurgie in Lehre, Forschung und Krankenversorgung im Interesse des schwerverletzten Patienten als dem Paradebeispiel für eine notwendigerweise ganzheitlich chirurgische und interdisziplinäre Versorgung „aus einem Guss“. So war 1981 die Berufung auf den Lehrstuhl Chirurgische Klinik und Poliklinik Innenstadt an der LMU München nicht nur die ehrenvolle Rückkehr an seine Alma mater und in seine bayerische Heimat, sondern sie gab ihm auch die Gelegenheit, diese eben skizzierte Überzeugung zu leben und vorzuleben.

Unter seiner Leitung entwickelte sich die Klinik zu einem Zentrum der Polytraumaversorgung mit wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkten in der Pathophysiologie, der Körperhöhlenchirurgie, der Intensivmedizin und

**„Leonhard Schweiberer war ein
anerkannter und geachteter Meister
unserer Disziplin.“**

die Bewahrung des Faches Chirurgie als Ganzes vor Ort, an den Universitäten und in der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh). Bereits im Habilitationsvortrag 1968 referierte er darüber und griff das Thema immer wieder auf, so in seiner Antrittsvorlesung 1983 in München, in seiner Abschiedsvorlesung 1999 und in zahlreichen wissenschaftlichen Artikeln und Buchbeiträ-

der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie. Seine damaligen Vorstellungen einer stufenweisen Versorgung des Polytraumas anstatt der seinerzeitigen Strategie der Rundumversorgung haben sich unter dem Stichwort „damage control“ mittlerweile durchgesetzt. 1983 war die Innenstadt-Klinik ein Mitbegründer des Traumaregisters der DGU. 1993 entstand auch der Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen, ein interdiszi-



Prof. Dr. Leonhard Schweiberer
(*6. November 1930, † 16. August 2017)

plinärer Arbeitskreis zur Optimierung des präklinischen Rettungswesens. Ein Thema, was ihm sehr am Herzen lag. Aus diesem Arbeitskreis ging wiederum auf seine Initiative hin das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement hervor, das wir 2001 einweihen und in Betrieb nehmen konnten. Diese Leistungen für die Unfallchirurgie wurden nicht überall gesehen und uneingeschränkt gewürdigt. Vielleicht, weil er selbst als Operateur, ungewöhnlich in den 80er- und 90er-Jahren für einen universitären Chirurgen, Generalist mit unfallchirurgischem und viszeral-chirurgischem Schwerpunkt war und blieb. Und, so unsere Interpretation, weil der berufspolitische Zeitgeist mit der mühsamen Etablierung der Unfallchirurgie als eigenständige Säule des Gesamtgebietes Chirurgie und der nahenden Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem gemeinsamen Facharzt anders ausgerichtet war.

Großes Engagement in Wort und Tat

Gleichwohl war Leonhard Schweiberer ein anerkannter und geachteter Meister unserer Disziplin. Davon zeugen unter anderem seine rund 650 Publikationen, zahlreichen Buchbeiträge und Bücher. Er prägte bis 2001 zusammen mit Harald Tscherne als Herausgeber die Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ und machte sie zum

Organ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Auch legte er früh mit der Mitherausgeberschaft für „Hefte zur Unfallheilkunde“ die wissenschaftlichen Grundlagen für den Aufschwung der Unfallchirurgie. Erwähnt sei auch seine Tätigkeit in vielen anderen wissenschaftlichen Zeitschriften, von „Der Chirurg“ bis zu der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“. Er meldete sich zu Wort: bei der AO, in den Gremien der nationalen Fachgesellschaften und in zahllosen Vorträgen auf nationalen und internationalen Kongressen von Chirurgie und Unfallchirurgie.

Er stellte sich zur Verfügung: 1985 als Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, 1981 als Präsident der DGU und der Europäischen Gesellschaft für Notfallchirurgie, 1995 als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Osteologie; als DFG-Fachgutachter, als medizinischer Berater bei der Schutzkommission des Bundesministeriums des Inneren, im ADAC-ÄrzteCollegium und vieles andere mehr. Zu Recht wurde er vielfältig geehrt, etwa mit der Max-Lebsche-Medaille der Bayerischen Chirurgen, mit der Ehren-Mitgliedschaft der DGCh und der DGU und mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette. Er war Träger des Bundesverdienstkreuzes I. Klasse und des Bayerischen Verdienstordens.

Traumazentrum in Äthiopien gegründet

Bis zu seinem letzten Arbeitstag in der Innenstadt-Klinik am 30. April 1999 war Leonhard Schweiberer vorbildlich tätig: als ein den Patienten zugewandter empathischer Arzt, als Chirurg mit klarer Indikationsstellung und ruhiger Hand, als engagierter akademischer Lehrer, als strenger und gerechter Chef und als straffer Organisator mit dem Blick für das Detail, für das Wohl seiner Chirurgischen Klinik und des Innenstadt-Klinikums.

Und danach? Widmete er sich seinem zweiten großen beruflichen Lebensthema, der Äthiopienhilfe. Wir zitieren ihn dazu selbst: „... saß ich (wie) auf Kohlen, weil ich versprochen hatte, nach meinem Ausscheiden (aus dem Ordinariat) sehr bald nach Äthiopien in Ostafrika zu ge-

hen, um das von mir dort initiierte Krankenhaus zu betreuen“ [Schweiberer L. Unfallchirurg. 2012;115:686-9]. Schon 1991 war Leonhard Schweiberer erstmals mit Karl-Heinz Böhm in Äthiopien gewesen und hatte das große Elend und die dramatisch schlechte medizinische Versorgung der Bevölkerung erlebt. Er wurde aktiv, behandelte äthiopische Patienten in München, wurde Vorstandsmitglied in der Böhm'schen Hilfsorganisation „Menschen für Menschen“, suchte Mitstreiter in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, baute ein Krankenhaus in Mettu im Südwesten Äthiopiens, gab dort Kurse, operierte vor und schaffte es so, aus einer Bruchbude ein Referenzkrankenhaus zu machen.

Bald wurden die Aktivitäten auf das 300 km entfernte Universitätskrankenhaus Jimma ausgedehnt, wo unter anderem ein Traumazentrum etabliert und ein Kooperationsabkommen mit dem Klinikum der LMU abgeschlossen wurde. Bis heute findet ein regelmäßiger Austausch von Ärzten und Studenten zwischen Jimma und der LMU statt.

Vielseitig begabter Menschenfreund

Das bleibt, ebenso wie die Fundamente und wegweisenden Konzepte, die er für die Unfallchirurgie in Deutschland mit gelegt und entwickelt hat. Es bleibt auch die Erinnerung an den vielseitig begabten Menschenfreund Hartl Schweiberer mit der Begeisterung für die Berge und das Skifahren, an den aktiven Rotarier, den Mäzen schöner Künste und Kunstschaaffenden, an das offene Haus und die Gastfreundschaft der Familie Schweiberer, die Skifahrwochenenden in Davos und die jährlichen Adventskonzerte.

Wir trauern mit seiner Frau Helgard, seinen Kindern, Enkeln, Weggefährten, Freunden und Schülern um diese prägende Persönlichkeit. Prof. Dr. Leonhard Schweiberer wird uns unvergessen bleiben.

Univ.-Prof. em. Dr. Wolf Mutschler
ehem. Direktor der Chirurgischen Klinik – Innenstadt der LMU München

Univ.-Prof. Dr. Ingo Marzi

Frankfurt, DGU-Präsident

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann

Frankfurt, DGU-Generalsekretär



© megaflopp / stock.adobe.com

Acht Jahre VLOU

Neuer Vorstand gesucht

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der VLOU, der im Jahre 2009 aus dem VLO und dem VLU entstanden ist, existiert seit nunmehr acht Jahren. Im Gründungsvorstand vertreten waren als 1. Vorsitzender Prof. Dietmar Pennig, als 2. Vorsitzender Prof. Volker Ewerbeck, als Schatzmeister Dr. Willi Baur und als Schriftführer Dr. Walter Schäfer. Zusätzliche Vorstandsmitglieder waren Prof. Mischkowsky für die Regionalverbände und ich für den VLOU-Workshop. 2009 war gleichzeitig das Jahr, in dem sich Dr. Dieter Decking, der die Geschicke des VLO jahrelang als Generalsekretär geleitet hatte, altersbedingt zurückzog.

Im Jahr 2013 fanden erstmals Wahlen statt, bei denen es zu einem Wechsel an der Spitze kam. Prof. Ewerbeck zog sich aus der Position des Vorstandsvorsitzenden zurück und ich wurde von Ihnen als sein Nachfolger in das Amt des 1. Vorsitzenden des VLOU gewählt. Prof. Pennig übernahm die Position meines Stellvertreters, während die geschätzten Kollegen Baur und Schäfer in ihren Ämtern bestätigt wurden. Prof. Ewerbeck verblieb als kooptiertes Mitglied für besondere Aufgaben ebenfalls weiterhin im Vorstand.

Satzung

Die VLOU-Satzung sieht vor, dass ein Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes nur für zwei Legislaturperioden im Vorstand verweilen darf. Mit dieser Maßnahme wollten wir verhindern, dass es zu einer Verknöcherung im Vorstand kommt, denn es war unser Ansinnen, dem Verband stets eine junge und dynamische Führungsriege zu geben, die bezüglich der für uns relevanten Themen und Fragestellungen auf dem Stand der Zeit ist. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende sind automatisch in den Vorständen von DGOOC und DGU und vertreten hier die Interessen der orthopädischen und unfallchirurgischen Chefärzte.

Was haben wir in den acht Jahren bewegt?

Die Zahl der Mitglieder ist kontinuierlich gestiegen und liegt nun bei deutlich über 700.

- Es wurden neue VLOU-Regionalverbände gegründet, so etwa der Regionalverband Hessen, der Regionalverband Nord und der Regionalverband Hamburg/Schleswig-Holstein.
- Der VLOU-Workshop, der aus dem VLO-Workshop entstanden ist und

nach dem Ausscheiden von Dr. Decking konsequent fortgesetzt wurde, fand bis 2014 stets im Raum Frankfurt/Main statt. Seit 2015 wird unsere Jahrestagung alternierend in Berlin und Frankfurt/Main ausgerichtet, um auch den Mitgliedern, die in der nördlichen Hälfte Deutschlands leben und arbeiten, die Möglichkeit zu geben, die Tagung besuchen zu können, ohne lange Reisewege in Kauf nehmen zu müssen. Zudem bietet Berlin den Vorteil, dass viele berufspolitisch interessante Gremien hier ihren Sitz haben, deren führende Persönlichkeiten somit leichter als Referenten zu gewinnen sind. Nicht zuletzt hat Berlin auch einen logistischen Vorteil, da unsere Geschäftsstelle unter der Leitung von

VLOU-Wahl

Bei der Wahl im Rahmen der nächsten Mitgliederversammlung beim DKOU am Donnerstag, 26. Oktober 2017, 16:30–18:00 Uhr, Raum 411, werden wir Ihnen einen neuen Vorstand vorstellen.

Kirsten Meyer dort seit 2009 ihren Sitz hat.

Aktivitäten des VLOU

- 2011 fand das 1. VLOU-Forum im Rahmen der VSOU-Jahrestagung in Baden-Baden statt und ist seither ebenfalls fest im Veranstaltungskalender etabliert.
- Durch die Kooperation des VLOU mit Rechtsanwalt Norbert H. Müller aus Bochum hat jedes Mitglied seit 2015 die Möglichkeit, kostenlos juristischen Rechtsrat einzuholen.
- Die Pressearbeit wurde auch in Verbindung mit der Pressestelle der DGOU intensiviert. Der VLOU bezieht regelmäßig Stellung zu verschiedenen berufspolitischen Themen.
- Seit 2015 hat der VLOU eine eigene Rubrik in der Mitgliederzeitschrift OUMN und veröffentlicht in jedem Heft einen Bericht zu einem für Ärzte in leitender Funktion wichtigen oder interessanten Thema.
- Der VLOU hat sich intensiv mit der Honorar- und Konsiliararzt-Situation auseinandergesetzt und versucht, die Interessen der Chefärzte hier zu vertreten.
- In die Mindestmengendiskussion haben wir uns aktiv eingebracht.
- In den Prozess der GOÄ-Reform sind wir seit Anbeginn eingebunden. Die BÄK plant, nach den Wahlen im Herbst 2017 einen Entwurf vorzustellen, der eine politische Realisierung für das erste Halbjahr 2018 möglich erscheinen lässt.
- Bei den Verhandlungen über die Arthroskopie bei Gonarthrose haben wir nichts unversucht gelassen, um diese Behandlung bei leichten Graden auch weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu können – leider erfolglos.
- Es wurden einige Umfragen durchgeführt und ausgewertet, unter anderem über die Zufriedenheit der Chefärzte. Prof. Lüring hat hierzu eine Publikation erstellt, in deren Rahmen man feststellen musste, dass die Chefärztposition heute nicht mehr zu der Zufriedenheit führt, wie es früher einmal der Fall war.

Es ist uns sehr wichtig, dass auch zukünftig aktuelle Themen erkannt und

berufspolitisch bearbeitet werden. Wir haben unsere Satzung seinerzeit deshalb bewusst so formuliert, dass mehr als zwei Amtszeiten für die Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes nicht möglich sein sollten.

Weicher Übergang beabsichtigt

Allerdings stellen wir nun fest, dass dies bedeutet, dass bei einer neugegründeten Vereinigung nach acht Jahren der komplette Vorstand wechseln müsste, was offensichtlich nicht sinnvoll ist, da es keinen weichen Übergang gibt und an vorhandene Strukturen und die durch jahrelange enge Zusammenarbeit entstandenen guten Beziehungen zu Vertretern in den verschiedenen Gremien und Instanzen nicht so ohne Weiteres angeknüpft werden kann. Hinzu kommt, dass die Zahl bereitwilliger, geeigneter Kandidaten sehr begrenzt zu sein scheint, die bereit sind, im Vorstand des VLOU entsprechende Verantwortung zu übernehmen.

Kandidaten gesucht

Es zeichnet sich derzeit ab, dass drei Kollegen bereit wären, sofort die Position des 1. Vorsitzenden zu übernehmen. So mit ist eine Kombination aus alten und neuen Vorstandsmitgliedern für eine definierte Übergangsphase angedacht, um die neuen Vorstandsmitglieder an die neuen Aufgabenbereiche heranzuführen.

Unter der Leitung von Volker Ewerbeck ist derzeit eine Findungskommission aktiv, um gegebenenfalls weitere geeignete Kandidaten zu eruieren. Wir möchten Sie daher auch an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich darum bitten, an dieser wichtigen Versammlung (siehe Kasten) und der VLOU-Wahl teilzunehmen, da Ihre Stimme maßgeblich dazu beiträgt, die Zukunft des VLOU mitzustalten.



© K.-D. Heller

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
Braunschweig
1. Vorsitzender VLOU

Hier steht eine Anzeige.

 Springer



Weiter- und Fortbildung

Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Übersicht über das Kursangebot der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO). Die ADO bietet qualifizierte Fort- und Weiterbildungen im Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie sowie in fachlich angrenzenden Themengebieten an. Dies umfasst die Vorbereitung, Organisation, Koordination und Durchführung sowie Evaluation wissenschaftlicher Veranstaltungen.

Das vollständige Angebot der ADO finden Sie ständig aktualisiert online unter www.bvou.net/ado, dort können Sie sich auch direkt zu einer Veranstaltung anmelden. Bei Fragen erreichen Sie das ADO-Team telefonisch unter (0 30) 79 74 44 59, oder schreiben Sie eine E-Mail an info@institut-ado.de.

Stand der Übersicht: 18. August 2017, Änderungen vorbehalten

| ADO-Kurse | | | | | | |
|---|-------------------|----------------|--|---------|----------|--|
| Kursthema | Ort | Termin | Leitung | BVOU-MG | Nicht-MG | |
| Facharztvorbereitungskurse (FAB) | | | | | | |
| 23. Facharztvorbereitungskurs | Berlin | 20.-25.11.2017 | Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz | 640 € | 890 € | |
| Rheuma-Zertifizierungskurse und Rheuma-Refresherkurse | | | | | | |
| Kurs II: Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen | Berlin (DKOU) | 26.10.2017 | Dr. Uwe Schwokowski | 175 € | 200 € | |
| Kurs III: Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen | | 27.-28.10.2017 | | 250 € | 300 € | |
| Rheuma-Super-Refresher | Berlin | 11.11.2017 | | 250 € | 350 € | |
| Kurs I: Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früh-erkennung rheumatischer Erkrankungen | Frankfurt am Main | 25.11.2017 | | 150 € | 175 € | |
| Medizinische Krisenkommunikation unter medialen und juristischen Aspekten | | | | | | |
| Kompaktkurs für Niedergelassene und Chefärzte | Berlin | 13.10.2017 | Dr. Jörg Heberer, Holger Münsinger | 200 € | 400 € | |
| Kinesio-Logic-Taping-Kurse | | | | | | |
| Obere & untere Extremität, Wirbelsäule | Berlin (DKOU) | 24.10.2017 | | 120 € | 120 € | |
| Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis | | | | | | |
| Modul 2: Traumatologie der oberen Extremität | Hamburg | 12.-13.01.2018 | Dr. Christoph Weinhardt, Prof. Johannes M. Rueger | 780 € | 980 € | |
| Modul 3: Traumatologie der unteren Extremität | | 06.-07.04.2018 | | | | |
| Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen | | 08.-09.06.2018 | | | | |
| Gutachten: Curriculum Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | | | |
| Kurs IV: Begutachtung von Krankheiten | Berlin | 08.-09.12.2017 | Prof. Michael Wich, Prof. Kuno Weise, Dr. Frank Schröter | 210 € | 390 € | |
| Kindertraumatologie | | | | | | |
| 7. Kurs Kindertraumatologie für den D-Arzt | Berlin | 01.12.2017 | Prof. Axel Ekkernkamp, Prof. Michael Wich, Prof. Winfried Barthlen | 190 € | 240 € | |

| Kursthema | Ort | Termin | Leitung | BVOU-MG | Nicht-MG | |
|---|-------------------|----------------|---|-----------|-----------|--|
| Hygienebeauftragter Arzt (HBA): curriculare Fortbildung | | | | | | |
| Fortbildung Hygienebeauftragter Arzt | Berlin | 13.-14.10.2017 | Prof. Axel Kramer Prof. Ojan Assadian Prof. Julia Seifert | 699 € | 831,81 € | |
| | | 23.-24.03.2018 | | | | |
| | | 04.-05.05.2018 | | | | |
| | | 19.-20.10.2018 | | | | |
| HBA-Spezialkurs für Niedergelassene | Hannover | 03.-04.11.2017 | Prof. Axel Kramer Dr. Peter Kalbe | | | |
| 7. Hessischer Orthopäden- und Unfallchirurgentag | | | | | | |
| Antikorruptionsgesetz – Überblick und Auswirkungen | Frankfurt am Main | 18.11.2017 | Dr. med. Gerd Rauch | kostenlos | 50 € | |
| Regionale BVOU-Landeskongresse/Jahrestagungen | | | | | | |
| Jahrestagung Brandenburg | Rangsdorf | 10.-11.11.2017 | Dr. med. Henning Leunert | kostenlos | 250 € | |
| Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2017 (DKOU) – Kursangebote | | | | | | |
| K-Logic-Taping-Crashkurs | Berlin | 24.10.2017 | René Badstübner Ingo Geuenich | 120 € | 120 € | |
| BVOU-Showroom Orthinform | | 24.10.2017 | Dr. Jörg Ansorg, André Lönser | kostenlos | kostenlos | |
| Manuelle Medizin Refresher | | 25.10.2017 | Reinhard Deinfelder Dr. Christof von Neukirch | 48 € | 58 € | |
| Extrakorporale Stoßwellen (Sinfomed) | | 25.10.2017 | Dr. Peer Junke | 125 € | 125 € | |
| BVOU-Showroom Orthinform | | 25.10.2017 | Dr. Jörg Ansorg, André Lönser | kostenlos | kostenlos | |
| Refresher Sonografie Säuglingshüfte | | 26.10.2017 | Dr. Susanne Fröhlich | 48 € | 58 € | |
| Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurs II | | 26.10.2017 | Dr. Uwe Schwokowski | 175 € | 200 € | |
| BVOU-Showroom Orthinform | | 26.10.2017 | Dr. Jörg Ansorg, André Lönser | kostenlos | kostenlos | |
| Update Osteoporose und praxisgerechte Dokumentation | | 27.10.2017 | Dr. Uwe de Jager | 48 € | 58 € | |
| Update Fachkunde Strahlenschutz | | 27.10.2017 | Dr. Tim Abt | 120 € | 120 € | |
| DIGEST Fachkunde ESWT Modul 1 | | 27.10.2017 | Dr. Martin Ringeisen | 310 € | 330 € | |
| Kompaktkurs: „Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG“ | | 27.10.2017 | Dr. Maximilian Meichsner | 125 € | 125 € | |
| BVOU-Showroom Orthinform | | 27.10.2017 | Dr. Jörg Ansorg, André Lönser | kostenlos | kostenlos | |
| Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurs III | | 27.-28.10.2017 | Dr. Uwe Schwokowski | 250 € | 300 € | |
| DIGEST Fachkunde ESWT Modul 6 | | 28.10.2017 | Dr. Martin Ringeisen | 310 € | 330 € | |
| 3D/4D-Wirbelsäulenvermessung | | 28.10.2017 | Dr. Holger Jahn | 150 € | 200 € | |
| ADO-Kooperationen | | | | | | |
| 3D/4D-Wirbelsäulenvermessung und 4D-motion-Kurs | | | | | | |
| 4D-motion-Wirbelsäulenvermessung | Berlin (DKOU) | 28.10.2017 | Dr. Holger Jahn | 150 € | 200 € | |
| 3D/4D-Wirbelsäulenvermessung | Köln | 18.11.2017 | | | | |
| 4D-motion-Wirbelsäulenvermessung | Hannover | 09.12.2017 | | | | |
| Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie, Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder 290 € | | | | | | |
| Fachkunde ESWT Modul 1 | Berlin (DKOU) | 27.10.2017 | Dr. Martin Ringeisen | 310 € | 330 € | |
| Fachkunde ESWT Modul 6 | Berlin (DKOU) | 28.10.2017 | | | | |

| Kursthema | Ort | Termin | Leitung | BVOU-MG | Nicht-MG | |
|--|-------------------|----------------|--|-------------------|----------|--|
| Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG | | | | | | |
| Extrakorporale Stoßwellen | Berlin (DKOU) | 25.10.2017 | Dr. Peer Juhnke | 125 € | 125 € | |
| Komplettkurs: „Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG“ | Berlin (DKOU) | 27.10.2017 | Dr. Maximilian Meichsner | 125 € | 125 € | |
| Spannungsfeld Myo-Faszien: interdisziplinäre Ärztefortbildung | | | | | | |
| Faszien und Muskulatur in der Schmerzmedizin und im Sport | Bad Wiessee | 24.-25.11.2017 | Dr. Hannes Müller Ehrenberg, Prof. Werner Klingler, Dr. Robert Schleip | 310 € | 340 € | |
| Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) | | | | | | |
| AE-Masterkurs Hüfte | Köln | 12.-13.10.2017 | siehe ADO-Homepage | | | |
| AE-Basis-Komplettkurs Hüft- und Knieendoprothetik | Berlin | 25.-27.10.2017 | | | | |
| Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik 2017“ | Frankfurt am Main | 09.-10.11.2017 | | | | |
| AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie | Ofterschwang | 16.-18.11.2017 | | | | |
| AE-Komplettkurs Spezial Kleine Gelenke | Berlin | 24.11.2017 | | | | |
| AE-Kongress | Hamburg | 01.-02.12.2017 | | | | |
| AE-Komplettkurs Zement und Zementiertechnik | Regensburg | 07.12.2017 | | | | |
| AE-ComGen-OP-Personalkurs | Regensburg | 08.12.2017 | | | | |
| Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. (D.A.F.) | | | | | | |
| Operationskurs Vorfußchirurgie | Stuttgart | 10.-11.11.2017 | Dr. Michael Gabel | 550 € | 550 € | |
| Klinischer Workshop | München | 17.-18.11.2017 | Prof. Dr. Johannes Hamel | | | |
| Operationskurs Sehnenchirurgie | Augsburg | 24.-25.11.2017 | Prof. Martin Jordan | | | |
| Operationskurs Rheumafuß | Bochum | 08.-09.12.2017 | Dr. Tanja Kostuj Dr. Thomas Biehl | | | |
| Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale Medizin e. V. (DGMSM) | | | | | | |
| Grundkurs 1 (GK 1) | Boppard | 08.-12.11.2017 | Dr. Matthias Psczolla | Preis auf Anfrage | | |
| Gesellschaft für Haltungs- und Bewegungsforschung e. V. (GHBF): Sonderpreis für GHBF-Mitglieder | | | | | | |
| Komplettkurs | Grassau | 10.-12.11.2017 | Dr. G. Pfaff Prof. W. Laube M. Kaune | 455 € | 455 € | |
| | | 20.-22.04.2018 | | | | |
| | | 08.-10.06.2018 | | | | |
| | | 21.-23.09.2018 | | | | |
| | | 09.-11.11.2018 | | | | |
| Symposium für Haltungs- und Bewegungssteuerung | München | 25.11.2017 | Dr. G. Pfaff, M. Kaune | 150 € | 150 € | |
| Initiative '93 Technische Orthopädie: Sonderpreis für DGOU-Mitglieder | | | | | | |
| Modul 5 Refresher + Prüfung | Dortmund | 24.-25.11.2017 | Prof. Dr. Bernhard Greitemann Hr. Kokegei | 300 € | 400 € | |
| MRT-Kurse Erlangen: Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | | | |
| Kurs 2 Wirbelsäule | Erlangen | 10.-11.11.2017 | Dr. Axel Goldmann | 320 € | 320 € | |
| Kurs 3 Untere Extremität | | 08.-09.12.2017 | | | | |
| Kurs 4 Differentialdiagnose in der MRT | | 12.-13.01.2018 | | | | |
| MRT-Kurse Stuttgart: Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | | | |
| Kurs 4 Differentialdiagnose in der MRT | Stuttgart | 20.-21.10.2017 | Dr. Frieder Mauch | 320 € | 320 € | |

| Kursthema | Ort | Termin | Leitung | BVOU-MG | Nicht-MG | | |
|---|--------------|-----------------------|---|---|----------|--|--|
| MRT-Kurse Berlin: Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | | | | |
| MRT-Refresher-Kurs | Berlin | 09.-10.02.2018 | Dr. Axel Goldmann Dr. Frieder Mauch | 320 € | 320 € | | |
| Aktion Gesunder Rücken e.V. (AGR): Fernlehrgang „Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention“, Sonderpreis für DGOU-/DGOOC-Mitglieder | | | | | | | |
| Zusatzqualifikation | Fernlehrgang | jeden 1. eines Monats | AGR e.V. | 295 € | | | |
| Verein zur Förderung der Orthopädie und Sportmedizin in München e.V. (VFOS): „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ | | | | | | | |
| Abschlusskurs | München | 18.-19.11.2017 | Dr. Löffler, Dr. Krüger-Franke, Dr. Kugler, Dr. Scholz, Dr. Seifert | 415 € | 415 € | | |
| www.Schulter-Zentrum.com: Ultraschallkurse Bewegungsorgane | | | | | | | |
| Abschlusskurs Säuglingshüfte (SIII) | Hamburg | 14.-15.10.2017 | Dr. Andreas Betthäuser | Kontakt für Preisanfragen: Frau Andrea Habermann Tel. 0160 5609476 Sono-Kurse@t-online.de | | | |
| Aufbaukurs Bewegungsorgane (BII) | | 03.-05.11.2017 | | | | | |
| Grundkurs- und Aufbaukurs Säuglingshüfte | | 26.-28.01.2018 | | | | | |
| Grundkurs Bewegungsorgane (BII) | | 07.-09.09.2018 | | | | | |
| Aufbaukurs Bewegungsorgane (BII) | | 02.-04.11.2018 | | | | | |
| SWISS DOLORCLAST® ACADEMY: Stoßwellentherapie und ergänzende Verfahren für Ärzte und Therapeuten | | | | | | | |
| Workshop Stoßwellentherapie | Hamburg | 18.11.2017 | siehe ADO-Homepage | | | | |
| Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin e.V. (IGTM): Ausbildung in der Triggerpunkt-Therapie | | | | | | | |
| Faszination Faszien | Guben | 17.-19.10.2017 | siehe ADO-Homepage | 690 € | 690 € | | |
| Triggerpunkt-Therapie IGTM/IMTT® Modul 2 | Köln | 09.-13.11.2017 | | | | | |
| Triggerpunkt-Therapie IGTM/IMTT® Modul 1 | | 19.-23.04.2018 | | | | | |
| Dry Needling nach IMTT-Standard | | 31.05.-02.06.2018 | | | | | |
| Triggerpunkt-Therapie IGTM/IMTT® Modul 2 | | 01.-05.11.2018 | | 650 € | 650 € | | |
| 28. Jahrestagung Berufsverband für Arthroskopie e.V. (BVASK) | | | | | | | |
| Arthroskopie und Gelenkchirurgie | Düsseldorf | 02.-03.02.2018 | PD Dr. med. Ralf Müller Rath | 135 € | 150 € | | |



Wissenschaftspreis 2017

Die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) schreibt einen Wissenschaftspreis in Höhe von 5.000 € für eine innovative Arbeit auf dem Gebiet der Kinderorthopädie aus. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden, Unfallchirurgen, Kinderchirurgen, Kinderärzte und Biomechaniker. Vorgelegt werden können auch Arbeiten, welche

bereits für andere Preise eingereicht wurden, oder solche, die vor nicht mehr als 2 Jahren veröffentlicht worden sind, nicht aber bereits prämierte Arbeiten. Es kann nur eine Arbeit im Umfang von 30 Seiten mit Original-Abbildungen eingereicht werden.

Bitte reichen Sie die Arbeiten in deutscher oder englischer Sprache per E-Mail

als PDF-Dokument bis zum 30. November 2017 ein bei dem Leiter des Wissenschaftsboards der VKO, Prof. Dr. Fritz Hefti (fritz.hefti@unibas.ch). Die Evaluation erfolgt nach folgenden Kriterien: Originalität, Methodik und „level of evidence“. Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie.

Ausschreibung Reisestipendium 2018

Die VKO schreibt mit der DGOOC jährlich zwei Reisestipendien à 4.000 € aus. Mit dieser Unterstützung soll eine vierwöchige Studienreise ermöglicht werden. Reiseziele können kinderorthopädische Zentren in Europa und außerhalb des VKO-Gebiets

(Deutschland, Österreich, Schweiz) sein. Voraussetzung für eine Bewerbung von Assistenzärzten im letzten Ausbildungsaabschnitt oder von Fachärzten für O und U ist die nachweisbare Schwerpunkttaetigkeit in der Kinderorthopädie (bitte belegen). Es sind gute englische Sprach-

kenntnisse erforderlich. Bitte reichen Sie Bewerbungen mit Lebenslauf, Darstellung des beruflichen Werdeganges und wissenschaftlicher Qualifikation bei Prof. Dr. Bettina Westhoff per E-Mail (westhoff@med.uni-duesseldorf.de) bis zum 30. November 2017 ein.

Hier steht eine Anzeige.

Ein Argentinier in Düsseldorf

Akademisches Austauschprogramm initiiert

Dr. Leonardo Damian Macias Elsezar aus Buenos Aires, Argentinien, hat in der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Düsseldorf hospitiert. Seine Erfahrungen dort bezeichnet er als einige der wichtigsten in seiner Karriere überhaupt. Angetan von der Professionalität und Herzlichkeit des Düsseldorfer Teams will er sich mit diesem Artikel bedanken.

Im Dezember 2016 hatte ich das Vergnügen, am 53. Argentinischen Kongress für Orthopädie und Traumatologie teilnehmen zu können, an dem ich auch die Bekanntschaft mit den Teilnehmern der Gastnation Deutschland machte. Prof. Dr. Rüdiger Krauspe aus Düsseldorf war der Leiter der Deutschen Delegation. Einen Monat später, am 6. Januar 2017, bot mir Prof. Dr. Rüdiger Krauspe, Direktor der Klinik für Orthopädie am Universitätskli-

nikum Düsseldorf (UKD), in einem freundlichen Gespräch an, eine internationale Rotation durchzuführen. Noch auf dem Kongress in Buenos Aires waren Optionen für ein akademisches Austauschprogramm zwischen dem Präsidenten und Vertretern der Argentinischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie diskutiert worden.

Mir war wie so vielen anderen Ärzten in der Ausbildungsphase sehr daran gelegen, meine Kenntnisse und Erfahrun-

gen zu erweitern, sowie das deutsche Gesundheitssystem und sein Arbeits- und Ausbildungssystem besser kennenzulernen. Von einer Hospitation in einem hochkomplexen Zentrum wie in Düsseldorf versprach ich mir tiefere Einsichten in das Gesundheitssystem.

Erste Erfahrungen und Vergleiche

Von Anfang an boten mir Prof. Dr. Krauspe und sein Team ein herzliches Willkommen mit höchster Professiona-



Die orthopädische Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf



Der Aufwachraum war beeindruckend.

lität, alle Kollegen zeigten großes Interesse an meinem Besuch und boten mir Zugang zu allen institutionellen Aktivitäten.

Das erste, was ich persönlich positiv eingeschätzt habe, war, dass Orthopädie und Traumatologie in Deutschland unabhängige Abteilungen in vielen Universitätskliniken sind. Das erlaubt eine intensive Konzentration auf die verschiedenen Patientengruppen und Pathologien.

Technische Innovationen

Das Gebäude der Orthopädie am Universitätsklinikum Düsseldorf ist modern, die Zimmer sind geräumig und komfortabel, die persönliche Betreuung durch das Personal ist hochengagiert und kontinuierlich. Die Digitalisierung ist im Haus schon weit fortgeschritten.

Die Operationssäle verfügen über die neuesten technologischen Innovationen und die tägliche Arbeit ist sehr organisiert und systematisiert. Die Vielfalt und Menge der chirurgischen Instrumente und Geräte sind beeindruckend groß. Die Fachärzte sind hervorragend qualifiziert und erzielen die maximale Leistung unter Nutzung aller verfügbaren Ressourcen mit bemerkenswerter operativer Sorgfalt.

Die Assistenzärzte führen Lehrtätigkeiten als Teil ihres Ausbildungsprogramms sowie wissenschaftliche Forschung durch, und dank der Verbindung mit der Universität können sie eine Doktorarbeit auch während der Ausbildungsphase durchführen. Die Medizinstudenten vom UKD absolvieren definierte praktische Ausbildungsinhalte in allen Bereichen wie In- und Out-Patienten, in Klinik und Operationssaal, arbeiten mit erfahrenem Fachpersonal zusammen und erreichen eine hervorragende akademische Ausbildung, die aus meiner Sicht sehr zu schätzen ist.

In Argentinien läuft es anders

Argentinische Assistenzärzte verbringen ihr erstes Jahr in der Allgemein Chirurgie und anschließend drei Jahre in der Orthopädie und Traumatologie, und wir haben den „Assistanzärzt-Chef“, der seine Ausbildung schon abgeschlossen hat.

Das fünfte Jahr dient bereits der Spezialisierung. Es gibt also eine interne



Die Operationssäle in Düsseldorf verfügen über die neueste Technik.

© L. Elsezar

„Das argentinische Gesundheitssystem ist kostenlos für jedermann, mit oder ohne Krankenversicherung.“

Herzlichen Dank

Während der Rotation am UKD erlebte ich große Momente von Gemeinschaft und Freundschaft, ich fühlte mich dort integriert. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Prof. Dr. Bettina Westhoff, da ein großer Teil meiner Rotation unter ihrer Aufsicht und Leitung stand.

Zum Schluss möchte ich mich besonders bei Prof. Dr. Krauspe bedanken, der große Erfahrungen und Kenntnisse hat und umfangreiche Operationstechniken in vielen Bereichen der Orthopädie beherrscht, was ihn zu einem der besten Akademiker macht.

Meine Hospitation an der UKD bei Prof. Dr. Krauspe und seinem Team war ein Wendepunkt für mich, da diese außergewöhnlich zu meiner beruflichen und persönlichen Erweiterung beigetragen hat.

Struktur und eine Teilung der Aktivitäten in den Assistenzjahren (R1, R2, R3 und R4). Die medizinische Ausbildung ist in Argentinien sehr unterschiedlich, sie ist abhängig vom Krankenhaus, in dem man sie absolviert, und auch davon ob sie im öffentlichen oder im privaten Gesundheitssystem erfolgt.

Das argentinische Gesundheitssystem ist kostenlos für jedermann, mit oder ohne Krankenversicherung, das gilt auch für Ausländer. Im Vergleich zu Deutschland ist die Zahl der Personen, die eine Krankenversicherung besitzen, allerdings in Argentinien viel geringer, und die Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems werden durch Steuergelder finanziert.

Dr. Leonardo Damian Macias Elsezar

4th year resident of Orthopaedics and Traumatology General Hospital „Dr. Ignacio Pirovano“
Buenos Aires, Argentinien



© L. Elsezar

NACHRICHTEN

Meldungen, Studien und Produktneuheiten aus der Industrie

RA: Optionen, wenn ein TNF-Inhibitor nicht (mehr) wirkt

Wenn eine Anti-TNF-Therapie bei rheumatoider Arthritis (RA) nicht oder nicht mehr ausreichend wirkt oder wegen Nebenwirkungen nicht fortführbar ist, kann auf einen anderen TNF-Inhibitor umgestellt werden (Cycling) oder auf ein Biologikum mit einem anderen Wirkmechanismus beziehungsweise einen JAK-Inhibitor (Switch). Nach den Leitlinien der European League against Rheumatism (EULAR) sind beide Ansätze möglich.

Prof. Andrea Rubbert-Roth, Leiterin der Abteilung Immunologie & Rheumatologie an der Universitätsklinik Köln, plädierte dafür, ein Therapieprinzip voll auszuschöpfen. So sprachen in der ReAct-Studie mit Etanercept oder Infliximab vorbehandelte Patienten nach der Umstellung gut auf den anderen TNF-Inhibitor an. In der Go-AFTER-Studie zeigten unter der zweiten Anti-TNF-Therapie etwa ein Drittel der Patienten früh mindestens ein ACR20-Ansprechen, das fünf Jahre anhielt, sodass die Patienten auch längerfristig vom Cycling profitierten. Die langjährigen Erfahrungen und umfangreichen Sicherheitsdaten sprächen ebenfalls für die TNF-Inhibitoren. Zudem sei die kardiovaskuläre Ereignisrate niedrig, erklärte Rubbert-Roth.

Dem hielt Prof. Jacques-Eric Gottenberg, Universität Strasbourg, Frankreich, entgegen, dass in einer Kohortenstudie das kardiovaskuläre Risiko der RA-Patienten bei Switch auf die IL-6-Inhibition geringer war als unter einem zweiten TNF-Inhibitor. Für ein anderes Wirkprinzip sprechen laut Gottenberg die höheren Remissionsraten, die unter anderem in der RHUMDATA-Studie beobachtet wurden. Vielleicht sei die RA bei Patienten, bei denen TNF-Blocker nicht überzeugten, gar nicht TNF-getrieben. Dafür sei es sinnvoll, andere Signalwege anzu-



Biosimilarkandidat: gute Daten für BI 695501

In der Phase-III-Studie VOLTAIRE®-RA zeigten sich bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis (RA) eine Äquivalenz der klinischen Wirksamkeit sowie vergleichbare Daten bezüglich des Sicherheitsprofils und der Immunogenität des Biosimilarkandidaten BI 695501 zu Humira® (Adalimumab). Die 24-Wochen-Ergebnisse wurden auf dem Jahrestagung der European League against Rheumatism (EULAR) in Madrid vorgestellt.

An der Studie nahmen 645 Patienten im Alter von 18 bis 80 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis (RA) teil, die mit Methotrexat behandelt wurden. Jeder Teilnehmer erhielt randomisiert alle zwei Wochen entweder BI 695501 oder Humira® in der Dosierung von 40 mg für 48 Wochen. Das primäre Studienziel war als der Anteil der Patienten definiert, die nach zwölf beziehungsweise 24 Wochen im Vergleich zu Behandlungsbeginn ein ACR20-Ansprechen zeigten.

„Die Ergebnisse der Studie, die für unseren Biosimilarkandidaten BI 695501 dieselben klinischen Vorteile und dasselbe Sicherheitsprofil wie HUMIRA® belegen, sind für behandelnde Ärzte und Patienten erfreuliche Neuigkeiten. Mit der Zulassung von BI 695501 könnten wir die Therapieoptionen für Patienten mit entzündlichen Erkrankungen erweitern und gleichzeitig einen Beitrag zur Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme leisten“, sagte Dr. Karsten Kissel, Leiter Global Medical Affairs Biosimilars bei Boehringer Ingelheim. Die Ein-Jahres-Daten werden auf einem späteren medizinischen Kongress präsentiert.

Bei mangelndem Ansprechen auf eine TNF-Hemmung stehen mehrere Wege für die Weiterbehandlung offen.

gehen; TNF und IL-6 aktivierten überlappende, aber distinkte Signalwege. Oft sei außerdem eine Monotherapie ohne Methotrexat erforderlich, und da sprächen die Daten ebenfalls für einen IL-6-Inhibitor. Dies habe die MONARCH-Studie gezeigt, in der Adalimumab mit dem seit Ende Juni in der EU zugelassenen IL-6-Inhibitor Sarilumab (Kevzara®) verglichen wurde [Burmester GR et al. Ann Rheum Dis. 2017, 76(5): 840–7]. Der DAS28-ESR (28-joint disease activity score using erythrocyte sedimentation rate) war nach 24 Wochen um 2,2 versus 3,3 Punkte gesunken ($p < 0,0001$). In der praxisnah konzipierten Studie ROC (Rotation Or Change) erreichten 69% der mit einem Nicht-TNF-Biologikum behandelten Patienten und 52% unter einer zweiten Anti-TNF-Therapie ein gutes oder moderates EULAR-Ansprechen bis Woche 24 ($p = 0,004$) [Gottenberg JE et al. JAMA 2016, 316(11):1172–80]. Sabine Jost

EULAR-Kongress 2017; Symposium „Moving Past first Biologic Failure in Rheumatoid Arthritis: The great Switch/Cycle Debate“, und Meet-the-Expert „Ausblick und Ansatz neuer IL-6-Rezeptorantagonisten“; Madrid, 15. Juni 2017; Veranstalter: Sanofi Genzyme/Regeneron Pharmaceuticals

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim

Liebe Mitglieder,

auf dieser Seite finden Sie alle Ansprechpartner und Funktionsträger der an der OUMN beteiligten Verbände und Gesellschaften. Bitte nutzen Sie die Kontaktmöglichkeiten, wenn Sie Fragen an Ihren Vorstand haben. Auch wenn Sie selbst ein Thema einbringen möchten, ein Thema vermissen oder Fragen und Anregungen zu den einzelnen Aktivitäten haben, freuen wir uns jederzeit über Ihre Nachricht. Wir vermitteln die passenden Ansprechpartner oder nehmen übergreifende Themen zum Anlass, sie in einem der nächsten Hefte zu diskutieren.



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Vorstand

Präsident: Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Vizepräsidenten: Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg; Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer, Berlin; Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Braunschweig

Schatzmeister: Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Vorstandsmitglieder: PD Dr. med. habil. Axel Sckell, Greifswald; Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf; Prof. Dr. med. Alexander Beck, Würzburg; Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Schatzmeister: Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Geschäftsführer: Dr. med. Jörg Ansorg

BVOU-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

Tel.: (0 30) 79 74 44 44

Fax: (0 30) 79 74 44 45

E-Mail: office@bvou.net

www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGU): Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt/Main
Stellv. Präsidentin (und Präsidentin der DGOOC): Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Frankfurt/Main

2. Vizepräsidenten von DGOOC und DGU: Prof. Dr. med. Werner Siebert, Kassel; Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf; **Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU):** Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main
Stellv. Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC): Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

Schatzmeister (und Schatzmeister der DGOOC): Prof. Dr. med. Andreas Halder, Kremmen

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtselbständigen Beirat: Prof. Dr. med. Klaus Dresing, Göttingen

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

Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit: Prof. Dr. med. Christoph Lohmann, Magdeburg

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

Vertreter des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU): Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe
Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC): Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums der DGOU:

Dr. med. Manuel Mutschler, Köln

Vertreter des Forums Mittelbau O&U: Prof. Dr. med. Mario Perl, Murnau

DGOU-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 00

Fax: (0 30) 340 60 36 01

office@d gou.de

www.d gou.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsidentin: Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Frankfurt/Main

1. Vizepräsident: Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

2. Vizepräsident: Prof. Dr. med. Werner Siebert, Kassel

Generalsekretär: Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

Schatzmeister: Prof. Dr. med. Andreas Halder, Kremmen

Präsident des Berufsverbandes BVOU: Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Orthopädischer Vertreter des „Konvent der Universitätsprofessoren für Orthopädie und Unfallchirurgie“ (KUOU): Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, München

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

DGOOC-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

Fax: (0 30) 340 60 36 31

E-Mail: info@dgooc.de

www.dgooc.de



Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident: Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt/Main

Erster Vizepräsident: Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Zweiter Vizepräsident: Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

Dritter Vizepräsident: Prof. Dr. med. Paul Grützner, Ludwigshafen

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

Schatzmeister: Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

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

Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH: Prof. Dr. med. Johannes Sturm, München/Münster

DGU-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de



Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V.

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Braunschweig

2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Dietmar Pennig, Köln

Schatzmeister: Dr. med. Wilhelm Baur, Neumarkt

Schriftführer: Dr. med. Walter Schäfer, Gummersbach

VLOU-Geschäftsstelle:

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

Tel.: (030) 340 60 36 60

Fax: (030) 340 60 36 61

E-Mail: info@v lou.de

www.v lou.de

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

Vorschau

Ausgabe 6/17

erscheint am 18. Dezember 2017

DKOU 2017

Bericht aus Berlin: aktuelle Entwicklungen in O und U



Änderungen vorbehalten

Abwertung

DRG-Fallpauschalen von Hüfte und Wirbelsäule



Innovationsfond

DEWI: Versorgung bei Wirbelsäulenoperation



Das ePaper und das Archiv dieser Zeitschrift finden Sie online unter www.springermedizin.de/oumn.

Fotos: © (v.l.) JFL Photography / stock.adobe.com; © Jan-Otto / iStock; © Alexander Raths / Fotolia

IMPRESSUM

Herausgeber

Für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.: Dr. med. Johannes Flechtenmacher (Präsident)
Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.: Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Hoffmann (Generalsekretär) und Prof. Dr. med. Bernd Kladny (Stellvertretender Generalsekretär)

Schriftleitung DGOOC

Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Geschäftsstelle DGOOC, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 3 40 60 36-30, Fax: -31, E-Mail: bkladny@dgooc.de

Schriftleitung BVOU

Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer
Geschäftsstelle BVOU, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 30 02 40 92-12, Fax: -19, E-Mail: dreinhoefer@bvou.net

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Hoffmann (V.i.S.d.P.) und Joachim Arndt
Geschäftsstelle der DGU, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 3 40 60 36-20, Fax: -21, E-Mail: office@dgu-online.de

Redaktionsleitung Verbände und Gesellschaften

Ines Landschek, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 340 60 36-00, E-Mail: oumn@dgu.de

Redaktion BVOU

Sabine Rieser, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel. (0 30) 79 74 44 51, E-Mail: sabine.rieser@bvou.net

Verlag

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München, Tel.: (0 89) 20 30 43-13 00, Fax: -14 00, www.SpringerMedizin.de

Geschäftsführer

Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse

Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+ Business

Media Deutschland GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer Science+ Business Media Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH. An der Springer SBM Zero GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47 % der Anteile und die Gvh Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53 % der Anteile.

Leiter Redaktion Facharztmagazine

Markus Seidl

Ressortleitung Orthopädie

Dr. rer. nat. Claudia Mack

Verlagsredaktion

Christine Cramer, Tel.: (0 89) 20 30 43-13 31, Fax: -3 13 31, E-Mail: christine.cramer@springer.com

Christine Heckel (Assistenz)

Herstellung

Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: (0 62 21) 4 87-86 62, E-Mail: ulrike.drechsler@springer.com

Erlik Dietrich (Layout)

Corporate Publishing

Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: (0 62 21) 4 87-81 04, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenleitung

Noëla Krischer-Janka (verantwortlich), Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Tel. (0 30) 827 87-57 31, E-Mail: noela.krischer@springer.com.

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1. Oktober 2016 (www.mediadaten.springermedizin.de).

Vertrieb

Marion Horn, Tel.: (0 61 02) 50 6-14 8,- E-Mail: marion.horn@springer.com

Erstellungsort

München

Druck

KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Abonnement

Die Zeitschrift erscheint exklusiv für die Mitglieder von BVOU, DGOU, DGOOC, DGU und VLOU und ist nicht frei abonniertbar. Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Copyright und allgemeine Hinweise

Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.



© DGOU und BVOU 2017

Publiziert von Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Papierausgabe: ISSN 2193-5254
Elektronische Ausgabe: ISSN 2193-5262
www.springermedizin.de/oumn

Hier steht eine Anzeige.

