

# Orthopädie und Unfallchirurgie

## Mitteilungen und Nachrichten



August 2014



**Neues EU-Gesetz für Hubschrauberlandeplätze**

**Operieren in der Schwangerschaft**

**Workshop: Wieviel O&U brauchen wir?**

# Wertschätzung im Gesundheitswesen – von der Ökonomisierung verweht?

Seit Jahren hören und lesen wir umfangreiche Klagen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. „Jammern auf hohem Niveau“ im „besten Gesundheitswesen der Welt“ – oder doch Ausdruck realer Probleme, deren Komplexität sich nur kaum öffentlich darstellen lassen?

Wer diesen Fragen auf den Grund gehen will, braucht umfangreiche Kenntnisse, einen unbestechlichen Geist, aber eben auch „Ressourcen von nicht eigeninteressierter Seite“. Vielleicht liegt genau hier das größte Dilemma. Alle Äußerungen zu Fragen der Qualität und Quantität medizinischer Leistungen in Deutschland scheinen interessengetrieben zu sein. Aber wo wächst die Wurzel des Übels? Und gelangen nicht alle gesellschaftlichen Themen interessengetrieben in die Medien?

Nach sorgfältiger Betrachtung zeigt sich im Gesundheitswesen noch etwas anderes. Wurde die Gesundheit des Menschen über lange Zeit als höchstes Gut wahrgenommen, so ist sie seit den 90er Jahren zunehmend zum Wirtschaftsfaktor umfirmiert worden. Nicht mehr die christliche Nächstenliebe und die selbstaufopfernde Betreuung der Kranken prägen das Bild, sondern Vokabeln wie Gesundheitswirtschaft, Standortfaktor Gesundheit, Patienten als Kunden, Ärzte als Dienstleister, Deckungsbeiträge und Renditen dominieren in vielen Diskussionen.

Darin könnte auch ein paralleler Prozess begründet sein, nämlich der Verlust der Wertschätzung gegenüber all denen, die im Gesundheitswesen früher allerhöchste gesellschaftliche Anerkennung genossen. Die „Leistungserbringer“ – noch so ein despektierlicher neuer Begriff – empfinden ihren Alltag extrem negativ. Nur noch sparen, dokumentieren und hetzen. Egal, wie sehr sich jeder verausgabt, es reicht nie aus. Das nächste Budget ist noch knapper! Lob und Dank werden kaum mehr erlebt.

## Also was ist passiert?

Gefühlt sind wir aus den lieblichen Klosterranlagen früherer Hospitäler in die rat-

ternde, menschenfeindliche Umgebung einer Industrieanlage des Manchester Kapitalismus versetzt worden. Sind die Patienten zu Stücken und in ihrer Gesamtheit dann zu Stückzahlen einer Akkordproduktionsstätte mutiert (worden)?

Tatsache ist, dass die Diskussion über die tarifliche Bezahlung von Mitarbeitern in Pflege und Ärzteschaft erst nach dem 2. Weltkrieg begann. Ich habe in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts noch die auf der Station wohnende, immer präsente Ordensschwester erlebt. Ihre religiöse Bindung bestimmte ihr Tun. Leben und Sterben waren in ihren Augen in den festen Hierarchien von Gott, Chefarzt, Oberarzt und den „Anderen“ verankert. Krankheit war Schicksal, nicht Wertschöpfungsfaktor einer Gesundheitsindustrie.

## Spagat zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Derart verklärte Erinnerungen prägen bis heute viele Menschen und bedingen einen Teil der unüberwindbaren Gräben in den Diskussionen zum Gesundheitswesen.

- Patienten wollen höchste Aufmerksamkeit, Betreuung, Zuwendung und im besten Fall: Heilung.
- Steuerzahler, Arbeitgeber und Finanzpolitiker fordern niedrige Kosten und sehen das Allheilmittel in der Transparenz, dem Controlling, der Privatisierung und Ökonomisierung von Kliniken und Praxen.
- Arbeitskräfte im Gesundheitswesen fordern menschenwürdige, familien-gerechte, gut bezahlte Arbeitsplätze.

Egal, welche Berufsgruppe in Umfragen betrachtet wird, sie fordert Freizeit, sinnvolle Arbeitsinhalte und gute Bezahlung. Wir Orthopäden und Unfallchirurgen erleben einen täglichen Spagat – einerseits die Anforderungen der Notfallpatienten, immer unplanbar, selten frisch geduscht, aber freundlich zugewandt, und das zu ungeliebten Zeiten; andererseits die anspruchsvolle, im Wettbewerb zu attraktiven Kliniken zu erbringende Elektivchirurgie.



Prof. Dr. Almut Tempka, Leiterin des DGOU-Ausschusses für Bildung und Nachwuchs

Nicht nur sind die Patienten in ihren realen Bedürfnissen und ihrem Anspruchsverhalten sehr unterschiedlich, auch die daran interessierten Mitarbeitertypen sind sehr verschieden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Arbeit zu ungeliebter Zeit derzeit für niemanden adäquat vergütet wird, also in jeder Hinsicht unattraktiv ist. Schlimmer noch, für die Kliniken finden sich die „cash cows“ vorrangig in der gut plan- und steuerbaren Chirurgie. Diese tägliche Zerreißprobe ließe sich nur durch ein konsequentes Umsteuern in der Entgeltsystematik abmildern. Die Vorhaltung und Durchführung der Notfallmedizin sowie die Versorgung komplex erkrankter Menschen mit all ihren Facetten muss wesentlich besser bezahlt werden. Erst dann wird die Daseinsfürsorge im besten Sinne für Klinikträger interessant. Investitionen in Personal und Vorhaltung von interdisziplinären Spezialbereichen auch außerhalb der regulären Dienstzeiten ergäben wieder Sinn.

Nicht nur die Bundeswehr braucht attraktive Arbeitsplätze, um konkurrenzfähig zu bleiben. Auch die Kliniken und Praxen sind dieser Konkurrenz ausgesetzt. Aus- und Weiterbildung von Nachwuchs können nur gelingen, wenn die angebotenen Berufe auch als attraktiv wahrgenommen werden. Sonst wendet

sich die Jugend den Start-ups mit flexiblen Arbeitszeiten sowie Obst, Wasser, Kaffee und Billard im Aufenthaltsraum und sicher nicht der Notaufnahme, dem Schockraum oder den multimodalen Therapien der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie zu.

### Was muss geschehen?

Notwendig ist eine öffentliche Diskussion über gesamtgesellschaftlich gewünschte und dann auch zu finanzierende Aufgaben des Gesundheitswesens. Wenn Patienten wieder vorrangig als kranke Menschen wahrgenommen und behandelt werden sollen, dann dürfen Vergütungssysteme nicht sektoral um die höchsten Einsparpotenziale konkurrieren müssen und nahezu ausschließlich Anreize zur „Prozedurerbringung“ setzen. Stattdessen müssen sie Zeiten und Aufwände honorieren, in denen die Mitarbeiter sich mit

den Kranken befassen, ihnen zuhören, sie wiederholt körperlich untersuchen oder behandeln, Wirkungen von Medikamenten, Physiotherapien und allen anderen getroffenen Maßnahmen auf die geklagte Symptomatik beurteilen und dies auch interdisziplinär und interprofessionell beraten und evaluieren – natürlich auch mit dem Ergebnis, dass eine geplante Prozedur, egal ob Herzkatheder oder Wirbelsäulenoperation, eben nicht durchgeführt wird! Daraus kann für alle Beteiligten ein neues Maß an Berufszufriedenheit resultieren und für die Patienten endlich wieder das Gefühl, „angenommen“ und nicht „abgefertigt“ zu werden.

Natürlich würde dies mehr Zeit und Personal kosten. Ob diese Form der Medizin unter dem Strich volkswirtschaftlich teurer wäre, bliebe abzuwarten. Sicher bewiesen ist nur, dass die bisherige Verdichtung und Industrialisierung im Ge-

sundheitswesen allenthalben hör- und lesbar nicht zu Kosteneinsparungen, geschweige denn zu subjektiv empfundenen oder objektiv messbaren Verbesserungen in der Medizin geführt hat. Wie im Streit um die Atomkraft bedarf es hier eines Neuanfanges – der sicher nicht weniger konfliktträchtig ist –, aber sollten wir alle uns den Versuch nicht wert sein?

Nicht weniger als genau dies bedeutet WERTSCHÄTZUNG! Wir sind es uns wert, nach dem besten möglichen Umgang mit den Bürgern zu streben – egal ob als Steuer-/Beitragszahler, Mitarbeiter oder Patient!



Prof. Dr. Almut Tempka



**374 Operieren in der Schwangerschaft:** Das Positionspapier, an dem das Junge Forum OU derzeit arbeitet, soll Handlungsempfehlungen für Arbeitgeber enthalten, damit sie sich nicht länger gezwungen sehen, schwangeren Chirurgeninnen den Zutritt zum OP zu verwehren.



**378 Wieviel O&U brauchen wir:** Dieser Frage gingen Vertreter der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes bei einem Workshop nach, der Ende Juni im Tiergarten-Tower stattfand.



**384 Neue EU-Regeln für Hubschrauberlandeplätze:** Nicht wenige Krankenhäuser befürchten, dass sie deswegen nicht mehr länger von Rettungshubschraubern angefliegen werden dürfen.

## Editorial

Wertschätzung im Gesundheitswesen – von der Ökonomisierung verweht? **357**

## Impressum

## Nachrichten

Kurz und bündig **364**

So fördert die deutsche Hochschulmedizin ihren wissenschaftlichen Nachwuchs **364**

Operieren während der Schwangerschaft: Chirurgen gewinnen Preis **365**

Symposium in Kassel: Gestern, Heute und Morgen in O&U **366**

Exklusiv für DGOU-Mitglieder: e.Med Abo abschließen und 100 Euro sparen **366**

## Aus unserem Fach

**EUROPA**  
O&U in Europa: EFORT, ESTES, UEMS und andere.... **368**

**INTERVIEW**  
Die Zukunft der Chirurgie in Europa **370**

**POSITIONSPAPIER**  
Operieren in der Schwangerschaft **374**

**INTERVIEW**  
Mit Babybauch im OP **376**

**WORKSHOP BEDARFSANALYSE**  
Wieviel O&U brauchen wir? **378**

**INTERVIEW**  
Qualität statt Quantität **381**

**HUBSCHRAUBERLANDEPLÄTZE**  
EU regelt Luftverkehrsgesetz neu **384**

**ENDOCERT**  
Abstimmung zwischen DGOOC und DGU erfolgreich **387**

**EFORT-KONGRESS**  
Europäischer Kongress in London **388**

**ECTES**  
Neues in der Traumaversorgung **390**

**OTWORLD 2014**  
Erfolgreiche Kooperation von Medizin und Handwerk **392**

**GOTS JAHRESKONGRESS**  
Wissenschaft und Profifußball **394**

## Recht

**WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN**  
Chefarztbehandlung bei bewusstlosen und Notfallpatienten **396**

**DURCHSUCHUNG DER ARZTPRAXIS**  
Wenn der Staatsanwalt klingelt ... **400**

**MINDERUNG DER ERWERBSTÄTIGKEIT**  
Reform der Mde-Tabellen der GUV **401**

## Namen

Personalien **408**

Wir gratulieren ... **409**

**HEINE-HESSING-MEDAILLEN**  
„Fast wie bei der Grammy-Verleihung“ **410**

**SPORTARZT DES JAHRES 2014**  
Im Einsatz für die Leichtathleten **411**

## Für Sie gelesen

## Für unsere Mitglieder

Kursangebote **450**

OU Medizin und Markt **458**

<b>BVOU</b>		<b>DGOU</b>		<b>DGOOC</b>	
Notwendigkeit einer Unfall-Versicherung für Ärzte	<b>413</b>	Einladung zur Mitglieder-versammlung 2014 der DGOU	<b>418</b>	Einladung zur Mitglieder-versammlung 2014 der DGOOC	<b>430</b>
Zeigt her Eure Füße	<b>414</b>	Zukunft von Orthopädie und Unfallchirurgie: Geschäftsführer verstärkt Fachgesellschaft	<b>419</b>	DGOOC-Studentenstipendien 2014 sind vergeben	<b>431</b>
Neue Mitglieder	<b>416</b>	Bericht 2014 der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion e. V.	<b>420</b>	Kurse für Spezielle Orthopädische Chirurgie – Echo der Absolventen	<b>435</b>
		Bericht 2014 der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie	<b>422</b>	Bericht der Vereinigung für Kinderorthopädie	<b>438</b>
		Bericht 2013 der IGOST	<b>423</b>	Neue Mitglieder	<b>440</b>
		Bericht 2013 /2014 der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie	<b>425</b>		
		Bericht der Sektion für Grundlagenforschung	<b>427</b>	<b>DGU</b>	
		Neue Mitglieder	<b>428</b>	Einladung zur Mitglieder-versammlung der DG	<b>442</b>
				DGU fördert 2014 Forschung mit 200.000 Euro	<b>444</b>
				Bericht der Sektion Notfall-, Intensiv und Schwerstverletzten-versorgung (NIS)	<b>445</b>
				Neue Mitglieder	<b>447</b>
				Die DGU trauert um ihre verstorbenen Mitglieder	<b>447</b>



## Herausgeber

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

Präsident

Dr. med. Andreas Gassen

Für die Deutsche Gesellschaft für

Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Für die Deutsche Gesellschaft für

Unfallchirurgie e. V.

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

## Schriftleitung DGOOC

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

Geschäftsstelle DGOOC

Straße des 17. Juni 106–108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

Fax: (0 30) 340 60 36 31

E-Mail: funiethard@dgooc.de

## Schriftleitung BVOU

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

Geschäftsstelle BVOU

Straße des 17. Juni 106–108

10623 Berlin

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

Fax: (0 30) 30 02 40 92 19

E-Mail: dreinhoefer@bvou.net

## Schriftleitung DGU

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Joachim Arndt

Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106–108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

## Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

## Verlag

Georg Thieme Verlag KG

Dr. Grit Vollmer

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 630

Fax: (07 11) 89 31 408

E-Mail: grit.vollmer@thieme.de

www.thieme.de/oumn

www.thieme-connect.de/products/oumn

## Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia

Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 603

Fax: (07 11) 89 31 470

E-Mail: christine.volpp@thieme.de

## Erscheinungsweise

6 x jährlich:

Februar/April/Juni/August/

Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 18

vom 1. Oktober 2013

ISSN 2193-5254

## Satz

L42 Media Solutions

## Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Gewerbering West 27

39240 Calbe



Berufsverband der Fachärzte für  
Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

## Vorstand

### Präsident

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

### Vizepräsident

Helmut Mälzer, Berlin

### Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

### Vizepräsident

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

### Schatzmeister

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

### Vorstandsmitglied

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

### Vorstandsmitglied

Dr. med. Angela Moewes, Bochum

### Vorstandsmitglied

Prof. Dr. med. Alexander Beck

### Generalsekretär der DGOU

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Aachen

## Geschäftsstelle des BVOU

Straße des 17. Juni 106–108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 79 74 44 44

Fax: (0 30) 79 74 44 45

E-Mail: bvou@bvou.net

www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für  
Unfallchirurgie

## Geschäftsführender Vorstand

### Präsident

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

### Erster Vizepräsident

Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

### Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

### Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

### Generalsekretär

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

### Schatzmeister

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

### Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

### Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Prof. Dr. Johannes Sturm, München/Münster

## Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106–108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

www.dgu-online.de

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

\* unverbindlich empfohlene Preise (gültig bis 31.12.2014)

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



Deutsche Gesellschaft für  
Orthopädie und Unfallchirurgie

## Geschäftsführender Vorstand

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

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

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

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

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

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

**Schatzmeister der DGOUC**  
Prof. Dr. med. Werner E. Siebert, Kassel

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

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

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

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

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

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

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

## DGOUC-Geschäftsstelle

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



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie  
und Orthopädische Chirurgie e. V.

## Geschäftsführender Vorstand

**Präsident**  
Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

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

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

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

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

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

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

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

## Geschäftsstelle der DGOOC

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



Österreichische Gesellschaft für Orthopädie  
und orthopädische Chirurgie

## Vorstand

**Präsident**  
Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

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

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

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

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

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

**Fachgruppenobermann**  
Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

## Sekretariat der ÖGO

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

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



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



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

## Kurz und bündig

### Deutscher Journalistenpreis für O & U ausgeschrieben



Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) loben im Jahr 2014 zum 5. Mal den „Journalistenpreis Orthopädie / Unfallchirurgie“ aus.

Damit möchten die Gesellschaften die Qualität der Berichterstattung über orthopädisch-unfallchirurgische Themen fördern und die wachsende Bedeutung dieses Faches in der Öffentlichkeit sichtbar machen. Der Preis ist mit insgesamt 5.000 Euro dotiert und wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 28. Oktober 2014 in Berlin verliehen. Im vergangenen Jahr ging er an Max Rauner für seine Reportage „Die Auferstehung“ in der „Zeit“ und an Sigrun Damas für ihren Fernseh-Beitrag „Kniegelenk-OP – Mehr Sicherheit durch Zertifikat“, der in der NDR-„Visite“ ausgestrahlt wurde. (red)

### AWMF fordert Alternativen zum Journal Impact Factor



„Der Impaktfaktor ist kein geeignetes Instrument für die Bewertung einer Forschungsleistung und sollte schnellstmöglich durch geeignete Indikatoren ersetzt werden“, sagt Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen. Im Oktober 2013 hatte eine Gruppe von Wissenschaftlern auf dem von der AWMF veranstalteten „Berliner Forum“ die „Methoden zur Evaluation der medizinischen Forschungsleistung“ auf den Prüfstand gestellt. Ein sinnvollerer Instrument zur Evaluation medizinischer Forschungsleistung sei das sogenannte „informierte peer-review“-Verfahren, bei dem unabhängige Fachexperten die Leistungen der Wissenschaftler begutachten. Daneben müsse es noch zusätzliche Instrumente geben. Das Positionspapier der AWMF ist in „German Medical Science“ erschienen. (red)

### Ärzte starten neues Portal für Selbstzahlerleistungen



Die in der Hauptstadt ansässige Ärztliche Gesellschaft für Gesundheit und Prävention e. V. (ÄGGP) hat mit free-med ein neues Informationsportal ins Leben gerufen. Patienten und Ärzte finden hier kostenlose, transparente und aktuelle Informationen zum Thema Selbstzahlermedizin sowie deren Anbieter. Die Informationen stammen von Ärzten, die diese Leistungen tatsächlich anbieten. Außerdem werden die Leistungen nicht mehr „Individuelle“, sondern „Freie Gesundheitsleistungen“ (FGL) genannt. (red)

Besuchen Sie die DGOU auf Facebook!



[www.facebook.de/dgou.ev](http://www.facebook.de/dgou.ev)



Foto: Syda Productions/Fotolia

Wissenschaftliche Fachgesellschaften nutzen verschiedene Instrumente, um den akademischen Nachwuchs für sich zu begeistern. Allerdings besteht laut einer AWMF-Studie noch Nachholbedarf,

## So fördert die deutsche Hochschulmedizin ihren wissenschaftlichen Nachwuchs

**Immer weniger junge Mediziner entscheiden sich für eine akademische Laufbahn. Die Deutsche Forschungsgesellschaft warnte deshalb 2010 vor Versorgungslücken in der medizinischen Wissenschaft und veröffentlichte Empfehlungen zur Verbesserung der wissenschaftlichen Qualifizierung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) führte nun unter ihren Mitgliedsgesellschaften – so auch bei der DGOU – eine Umfrage durch, um einen Überblick über die Fördermaßnahmen für junge Akademiker zu erhalten.**

31 von 147 Fachgesellschaften hatten den Fragebogen der AWMF komplett ausgefüllt. Ein Großteil der Fachgesellschaften, die sich an der Umfrage beteiligten, bietet Förderungsprojekte für ihren wissenschaftlichen Nachwuchs an. 29 Gesellschaften loben Poster- oder Vortragspreise aus. 16 Gesellschaften ermöglichen der nachrückenden Generation eine kostenlose Teilnahme an Kongressen. Eine Finanzspritze für Forschungsprojekte verabreichen 20 Fachgesellschaften, elf bieten Beratung bei Drittmittelanträgen an, und neun Gesellschaften haben Mentoring-Programme aufgelegt. 30 Gesellschaften fördern Promotions, 17 unterstützen bei Auslandsaufenthalten. 15 Gesellschaften bieten Trainingskurse in Sachen Statistik, Labormethoden und Soft Skills an, 22 leisten Unterstützung bei klinischen Studien.

### Breitere Unterstützung für den Nachwuchs notwendig

Dies macht ersichtlich, dass sich in der deutschen Hochschulmedizin verschiedene Nachwuchsförderinstrumente etabliert haben. Dennoch heißt es in der Ergebnis-Diskussion der AWMF: „Um Nachwuchswissenschaftlern aber längerfristige Perspektiven im wissenschaftlichen Bereich zu ermöglichen, sind zukünftig eine noch breitere Unterstützung für den Nachwuchs und ein interdisziplinärer Austausch über etablierte Instrumente notwendig.“ (je)

## Operieren während der Schwangerschaft: Chirurginnen gewinnen Preis

Das Projekt zur Erstellung eines Positionspapiers „Operative Tätigkeit während der Schwangerschaft“ des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) hat den FamSurg-Sonderpreis 2014 gewonnen. Vor dem Erfahrungshintergrund ihrer eigenen Schwangerschaft erarbeiten Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner, beide Fachärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie, Handlungsempfehlungen für Kliniken zum rechtlichen Umgang mit Chirurginnen, die während der Schwangerschaft das Skalpell nicht aus der Hand legen wollen.

Bisher werden junge Ärztinnen unmittelbar nach Bekanntgabe einer Schwangerschaft aus dem OP verbannt, oder sie verheimlichen ihre Schwangerschaft, so lange es geht, und verzichten so auf einen sinnvollen, gesetzlich vorgeschriebenen Mutterschutz.

Ziel des Projektes ist es, Arbeitgebern bis 2015 eine Handlungsempfehlung zur Verfügung zu stellen, in der die aktuelle Rechts- und Datenlage aufgeführt ist und die Möglichkeit einer individuellen Gefährdungsbeurteilung vorgestellt wird. Schwangere Chirurginnen sollen so die Chance bekommen, während ihrer Schwangerschaft unter bestimmten Voraussetzungen und Schutzmaßnahmen weiter operieren zu können. Auf diese Weise lässt sich vermeiden, dass jungen Ärztinnen wertvolle Zeit für ihre Aus- und Weiterbildung verloren geht.

### Meilenstein für zukünftige Chirurginnen

„Das Positionspapier stellt einen Meilenstein für alle zukünftigen Chirurginnen dar, die mit viel Ehrgeiz und persönlichem Engagement den Weg der Chirurgie beschritten haben. Es führt zu einem offeneren Umgang mit dem Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ermöglicht es, einen Knick in der beruflichen Karriere von Chirurginnen zu vermeiden“, sagt Projektleiterin Maya Niethard, die auch die Sektion Familie und Beruf des Jungen Forums der DGOU leitet. Im Rahmen des „Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)“ werden bereits jetzt in enger Zusammenarbeit mit anderen chirurgischen Fachgesellschaften gemeinsame Interessen gebündelt und Erfahrungen ausgetauscht, um das Thema „Operative Tätigkeit in der Schwangerschaft“ auf eine breite Basis zu stellen.

Mehr als 50 Prozent der aktiv chirurgisch tätigen Weiterbildungsassistenten sind laut einer Umfrage des Berufsverbandes der Chirurgen (BDC) 2013 Frauen. Allerdings bestehen beim Arbeitgeber gerade bezüglich des Einsatzes schwangerer Ärztinnen große Unsicherheiten. Viele Ärztinnen wollen auch während der Schwangerschaft operieren, scheitern aber an der veralteten Auslegung des Mutterschutzgesetzes von 1952 durch den Arbeitgeber, Betriebsarzt oder das Gewerbeaufsichtsamt. Dementsprechend verbieten die Kliniken den Umgang mit



Foto: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Dr. Maya Niethard nimmt in Lübeck den FamSurg-Sonderpreis für das Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“ entgegen.

schneidenden und stechenden Instrumenten für Schwangere. Eine schriftliche Fixierung dieses Verbotes gibt es im Mutterschutzgesetz jedoch nicht.

### „Family and Surgery“ – für Frauen und familienfreundliche Strukturen im Krankenhaus

Der FamSurg-Sonderpreis wurde mit 500 Euro dotiert. FamSurg steht für „Family and Surgery“ bzw. „Female Surgeon“ und ist ein Projekt zur Förderung von Frauen und familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie. FamSurg wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF), Projektträger ist die Klinik für Allgemeine Chirurgie (Campus Lübeck) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein.

Susanne Herda

### ZUM WEITERLESEN

Einen ausführlichen Bericht zum Status quo des Positionspapiers „Operieren in der Schwangerschaft“ des Jungen Forums der DGOU finden Sie in dieser Ausgabe der „Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten“ auf Seite 374. Gleich im Anschluss schildert Dr. Susanne Donner im Interview ihre persönlichen Erfahrungen bei der Durchsetzung der Erlaubnis, während der Schwangerschaft zu operieren („Mit Babybauch im OP“, Seite 376). Ein Porträt von Dr. Maya Niethard finden Sie auf der DGOU-Website in der Rubrik „Gesichter in O & U“.

### Symposium in Kassel: Gestern, Heute und Morgen in O & U

Am 4. und 5. Juli 2014 fand in Kassel, veranstaltet von der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel und ihrem Ärztlichen Direktor, Prof. Dr. Werner Siebert, ein Symposium zum Thema „Blick zurück nach vorn – Orthopädie und Unfallchirurgie zwischen Erfahrung und Innovation“ statt.



Über 300 Teilnehmer des überregionalen Symposiums mit Referenten aus Österreich, Schweiz und Deutschland diskutierten im Kasseler Ständehaus aktuelle Themen aus O&U. Anlass war auch das 20jährige Dienstjubiläum des Ärztlichen Direktors der Or-

thopädischen Klinik in Kassel, Prof. Werner Siebert. Alle Referenten, darunter die Generalsekretäre, Ex-Präsidenten, jetzigen und kommenden Präsidenten der DGOOC und DGOU, fanden dieses neue Format außerordentlich interessant und fruchtbar. Erfahrene Experten diskutierten mit sehr erfahrenen Teilnehmern des Symposiums wichtige Punkte des Gestern, Heute und Morgen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Basierend auf Daten der Versorgungsforschung und der Register in Europa und Übersee wurde die Bedarfslage für Mitteleuropa analysiert und besprochen, welche und wie viele Operationen wir für die Zukunft planen müssen, welchen Arztbedarf wir haben, welchen Stellenwert die konservative Therapie im Vergleich zur operativen Therapie hat und dies über alle Schwerpunkte von der Kinderorthopädie, über Endoprothetik, Unfallchirurgie bis hin zur Wirbelsäule.

Ein rundum gelungenes Symposium, das auch ein interessantes Rahmenprogramm bieten konnte. Die documenta-Stadt Kassel hat viel zu bieten und ist vielleicht eine der meistunterschätzten kleinen Großstädte in Deutschland. Nicht nur das Weltkulturerbe Bergpark und das Schloss Wilhelmshöhe mit den ausgezeichneten Sammlungen beeindruckten die Teilnehmer, die teilweise von weit her angereist waren. Ergänzt wurde das Symposium von vielen Workshops, in denen die Teilnehmer sich mit verschiedensten Therapieformen in O&U auseinandersetzen und auch konservativen Behandlungsverfahren nähern konnten.

*Prof. Dr. Werner Siebert*

### Exklusiv für DGOU-Mitglieder: e.Med Abo abschließen und 100 Euro sparen

**Springer Medizin unterbreitet den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ein exklusives Angebot: Sie können den Online-Zugang e.Med zum Sonderpreis von 299 Euro – statt 399 Euro – abonnieren.**

e.Med ist der Online-Zugang zu allen digitalen Inhalten von Springer Medizin. Als Abonnent von e.Med können Sie in der sogenannten e.Bibliothek in rund 500 nationalen und internationalen medizinischen Springer-Zeitschriften im Volltext recherchieren und sich so immer über die neuesten Publikationen, Studien und Therapieverfahren informieren.

Zusätzlich können Sie sich als e.Med-Abonnent eine deutschsprachige gedruckte Fachzeitschrift Ihrer Wahl, zum Beispiel „Der Orthopäde“ oder „Der Unfallchirurg“, als sogenanntes e.Xtra dazu bestellen (dafür fallen lediglich Versandkosten an). Aus dem Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie stehen Ihnen beispielsweise diese Fachzeitschriften zur Verfügung:

Der Orthopäde, Der Unfallchirurg, Der Chirurg, Operative Orthopädie und Traumatologie, Zeitschrift für Rheumatologie, Obere Extremität, Trauma und Berufskrankheit, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, Knee Surgery, Sports Trau-

matology, Arthroscopy, European Spine Journal, European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology, Osteoporosis International, Clinical Orthopaedics and Related Research, International Orthopaedics, Calcified Tissue International, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, European Orthopaedics and Traumatology, Journal of Children's Orthopaedics, Journal of Orthopaedic Science, Langenbeck's Archives of Surgery.

Auf der Fortbildungsplattform von Springer Medizin, der sogenannten e.Akademie, stehen jährlich rund 500 neue zertifizierte, deutschsprachige CME-Fortbildungskurse im neuen eLearning-Format mit multimedialen und interaktiven Elementen zur Auswahl – davon ca. 100 im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese Fortbildungen können Sie als e.Med-Abonnent im Rahmen Ihres Abonnements nutzen. Praktische Tools wie Kursplaner mit Merkliste und das Kursarchiv helfen Ihnen beim Strukturieren Ihrer Fortbildungen.

#### ZUR BESTELLUNG

Hier können Sie e.Med testen und zum Gesellschafts-Sonderpreis bestellen:

[springermedizin.de/emed-dgou/?code=dgou14](http://springermedizin.de/emed-dgou/?code=dgou14)



Bild: fotomek/Fotolia

EUROPA

## O & U in Europa: EFORT, ESTES, UEMS und andere ...

Europa wird nicht nur in der Gesetzgebung der Länder immer wichtiger. Auch die Gesundheitssysteme und damit die berufsverbandlichen und fachgesellschaftlichen Interessen der Mediziner werden in zunehmendem Umfang von europäischen Regelungen tangiert. Die europäische Rechtsprechung zu den Arbeitszeitgesetzen, die Regelungen zu Migrationsfreiheit und die gerade abgelaufene Diskussion zum Berufsausweis für „Gesundheitsdienstleister“ zeigen, dass sich die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände auch in Europa wiederfinden und dafür neu ordnen müssen.

Das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, wie es in Deutschland seit der neuen Weiterbildungsordnung von 2003 besteht, ist in seiner Art in Europa einmalig. Dies ist auf die unterschiedlichen Wege von Orthopädie und Unfallchirurgie in der Ver-

gangenheit zurückzuführen. Die Orthopädie hatte sich bereits im Jahr 1901 als Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie von der „Mutter Chirurgie“ abgespalten und war seitdem stets ein eigenes Gebiet. Die Unfallchirur-

gie wiederum war bis zur neuen Weiterbildungsordnung Schwerpunkt der Chirurgie und daher mit den chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden eng verknüpft. Diese unterschiedliche Historie findet sich auch noch in den Re-

präsentationen auf der europäischen Ebene wieder. Die Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland ist daher mehr als die angloamerikanische Orthopädische Chirurgie (Orthopaedic Surgery) mit Versorgung des muskuloskeletalen Traumas.

Die Fachgesellschaften haben in Europa eine eigene Vertretung, ebenso die Berufsverbände (► **Abb. 1**).

- Die **EFORT** (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology) ist die Dachgesellschaft für die Fachgesellschaften für Orthopädie und Traumatologie in Europa. Die DGOOC ist seit über 20 Jahren in der General Assembly – wie alle europäischen Länder – mit zwei Delegierten (einer davon für die DGOOC und einer für den BVOU) vertreten. Seit einem Jahr steht auch der DGU in der EFORT ein Sitz zur Verfügung, allerdings ohne Stimmrecht. DGOOC und DGU und auch der Geschäftsführende Vorstand der DGOU vertreten die Auffassung, dass die Statuten der EFORT geändert werden müssen. Es kann nicht sein, dass ein Land mit circa 15.000 berufstätigen Orthopäden und Unfallchirurgen gleich viele Stimmen in der General Assembly hat wie Länder mit etwa 300 Ärzten. Dies führt zu einer Verwerfung von Strukturen, zum Beispiel im Bereich der Weiterbildung oder Versorgung.
- Die **ESTES** (European Society for Trauma and Emergency Surgery) wiederum vertritt Einzelpersonen und Fachgesellschaften, die sich schwerpunktmäßig mit der Unfall- und Notfallchirurgie beschäftigen. Die Fachgesellschaften sind dabei nur mit einer Stimme vertreten, so dass dem Votum der Einzelpersonen große Bedeutung zukommt. Die ESTES wird naturgemäß von zahlreichen Personen aus dem Bereich der General Surgery repräsentiert.
- Die **UEMS** (European Union of Medical Specialists) ist ein privat organisierter Dachverband aller fachärztlichen Berufsverbände in Europa.

In der UEMS existiert eine Sektion Orthopädie, in die zwei Vertreter aus dem ehemaligen Bereich der Orthopädie entsandt werden. Bereits in den 90er Jahren hatten sich DGOT und BVO darauf geeinigt, ihre Interessensvertretung in EFORT und UEMS gemeinsam zu gestalten. So sitzt in beiden Verbänden jeweils ein Repräsentant der Fachgesellschaft und einer des Berufsverbandes. Die Unfallchirurgie wiederum entsendet einen Vertreter in die Division Traumatologie der Sektion Chirurgie.

### Große Unterschiede in den Berufsordnungen der einzelnen Länder

Warum ist die orthopädisch-unfallchirurgische Interessensvertretung auf europäischer Ebene zunehmend wichtig? Die UEMS ist eine private Institution, die mit einem entsprechenden Eigeninteresse die Anliegen der verschiedenen Berufsverbände vertritt. Darin spielen natürlich Mehrheitsverhältnisse in Europa eine große Rolle. Die UEMS hat zum Beispiel als erste europäische Institution Vorgaben für eine europäische Weiterbildungsordnung und für ein europäisches Facharztexamen auf den Weg gebracht. Die dabei zugrunde liegende Berufsordnung ist in vielen Bereichen unschlüssig und von überlappenden Bereichen gekennzeichnet, wie sie nun einmal in Europa existieren. Ein besonderes Problem ist zum Beispiel die Existenz des General Surgeon, der in Europa zum Teil die Traumatologie und damit die unfallchirurgischen Inhalte des deutschen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie mit vertritt (siehe nachfolgendes Interview).

Neuerdings ist umstritten, wer denn die Fachärzte in der UEMS vertreten dürfe. Ursprünglich war die Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände (GFB) mit ihren Mitgliedern in der UEMS organisiert. Dem GFB gehört auch der BDC an. Aus verschiedenen Gründen hat sich neben der GFB der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFA) organisiert, der zahlreiche Organfachärzte und so auch den BVOU in sich vereinigt. Dieser ist bisher nicht für die UEMS akkreditiert.

### EFORT hat Curriculum für Europa vorgelegt

Die EFORT hat sich nun als ein in der Schweiz angesiedelter Verein mit europäischer Interessensvertretung für Orthopädie und Traumatologie erstmals ebenfalls mit der Weiterbildungsordnung beschäftigt und ein Curriculum für Europa vorgelegt. Dies ist begrüßenswert, weil auf dem Weg nach Europa zunächst einmal Gemeinsamkeiten in der Weiterbildungsordnung und in den Fächern gesucht werden müssen, um dann einen über mehrere Jahre gehenden Entwicklungsprozess auf den Weg zu bringen. Dies wird bei der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme ohnehin schwierig genug. Erschwerend kommt hinzu, dass nun auch europäische Normierungsbehörden die Gesundheitsberufe als Betätigungsfeld entdeckt haben. So wurde vor kurzem der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie durch das CEN in Brüssel normiert (siehe OUMN, Heft 1, S. 29f.: „Europa auf dem Vormarsch“). Es gilt also für Orthopädie und Unfallchirurgie, die europäischen Entwicklungen im Auge zu behalten und sich unter Berücksichtigung strategischer Gesichtspunkte neu aufzustellen.

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



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



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,  
DGU-Generalsekretär,  
stellv. DGOU-Generalsekretär



Prof. Dr. Stefan Post



Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern

## INTERVIEW

# Die Zukunft der Chirurgie in Europa

Die Europäische Union schreibt vor, dass Facharztqualifikationen über nationale Grenzen hinweg anerkannt werden. Doch die fachlichen Standards sind in den einzelnen Mitgliedstaaten nach wie vor sehr unterschiedlich. Die Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) bietet deshalb eine europaweite Facharztprüfung an: das EBSQ-Examen (EBSQ – European Board of Surgery Qualification). Über dessen chirurgische Inhalte scheiden sich in manchen Punkten die Geister. Wir sprachen darüber mit Prof. Stefan Post und Prof. Hans-Jörg Oestern, die der UEMS Section of Surgery angehören.

**Die UEMS strebt eine Harmonisierung der Ärzteausbildung in Europa an. Angesichts der offenen Grenzen in Europa und der Ärztewanderung erscheint das auch sinnvoll. Aber ist es auch möglich? – schließlich sind die Fachrichtungen in den einzelnen Ländern doch sehr unterschiedlich ausgeprägt.**

**Prof. Post:** Die gegenseitige Anerkennung von Titeln in den einzelnen Ländern ist einer echten Harmonisierung vorausgegangen. Das bedeutet, dass Facharztqualifikationen theoretisch anerkannt werden müssen. Praktisch gibt es aber sehr große Unterschiede in den Weiterbildungsord-

nungen der einzelnen Länder. Zu gewissen Verwerfungen kann es deshalb möglicherweise noch immer kommen.

**Zum Beispiel hinsichtlich des General Surgeon?**

**Prof. Post:** Das, was der General Surgeon in Europa bedeutet, ist tatsächlich einer der Punkte, die sich von Land zu Land nicht unerheblich unterscheiden. So mahnen die deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen an, dass in manchen Ländern die Basiskenntnisse in muskuloskeletaler Chirurgie in manchen Ländern noch immer im General Surgeon enthal-

ten sind. Hinsichtlich der Kompetenz, Knochenbrüche akut operativ zu behandeln, gibt es also sehr große Divergenzen.

**Welches Modell hält denn die UEMS für sinnvoll? Eher das deutsche Modell, in dem das gemeinsame Fach Orthopädie und Unfallchirurgie für die muskuloskeletale Chirurgie zuständig ist? Oder den General Surgeon, der als Generalist die unfallchirurgischen Aufgaben mit übernimmt?**

**Post:** In meiner Wahrnehmung hat die UEMS keine eigenständige Meinung zum operativen Spektrum der einzelnen Fach-

richtungen. Dieses Spektrum in Europa wird zum einen durch die historisch gewachsenen Unterschiede vorgegeben, zum anderen durch Unterschiede in der Bevölkerungsdichte. Das heißt, der General Surgeon, der in Nordfinland einen riesengroßen Einzugsbereich hat, muss andere Notfallkompetenzen aufweisen als derjenige im Zentrum von London. Trotzdem ist der Trend erkennbar, dass der General Surgeon nicht mehr die Kompetenz hat, notfallmäßig Knochenbrüche operativ zu versorgen. Die UEMS bietet für die Allgemein Chirurgie über die europäischen EBSQ-Examina einen eigenen Facharztstitel an. Dieser ist jedoch sehr variabel definiert – man kann ihn mit und ohne Kenntnisse in der operativen Versorgung von Knochenbrüchen ablegen. Im jeweiligen Titel sind dann die tatsächlichen Kompetenzen beschrieben. In jedem Fall kann man sich aber EBSQ-geprüfter General Surgeon nennen. Nachgefragt wird dieser Titel in der Regel nur von außereuropäischen Interessenten, die damit in der EU praktizieren wollen.

**Prof. Oestern:** Was – wie man betonen muss – nicht möglich ist. Das ist immer noch ein Irrglaube von Teilnehmern aus außereuropäischen Ländern, dass sie meinen, mit dem bestandenen Examen auch die Berechtigung zu erhalten, hier ärztlich tätig zu sein. Das ist nicht möglich.

**Wird es den General Surgeon denn überhaupt noch lange geben? Die Spezialisierung in der Chirurgie scheint unaufhaltbar.**

**Prof. Oestern:** In Deutschland haben sich praktisch alle chirurgischen Fächer darauf geeinigt, dass die Allgemein Chirurgie mit der Viszeralchirurgie zusammen geht – eben ohne orthopädische und unfallchirurgische Inhalte. Diese Übereinkunft hat die gemeinsame Weiterbildungskommission getroffen, die Bundesärztekammer wird hoffentlich diese Übereinkunft bei der Novelle der Musterweiterbildungsordnung berücksichtigen. Für Deutschland ist also alles klar. Der europäische Facharzt ist, wie Herr Prof. Post schon gesagt hat, sehr breit aufgestellt. Da gibt es einen 26 Seiten umfassenden Katalog, in dem alle möglichen Prozeduren aufgelistet sind, die bis in die Neurochirurgie, Gynäkologie oder Urologie hineinreichen. Man kann von einem Kandidaten nicht erwarten, dass er über alles Bescheid weiß. Wenn wir uns wie-

derum die unfallchirurgischen Inhalte beim General Surgeon ansehen, sind dort nur 25 muskuloskeletale Eingriffe vorgesehen. Davon beziehen sich zehn auf Amputationen, Diabetische Füße, sekundäre Hautverschlüsse. Von den insgesamt 750 Eingriffen, die der General Surgeon beherrschen muss, entfallen also gerade mal 15 auf die Unfallchirurgie im Sinne der Versorgung von Weichteilverletzungen und Osteosynthesen. Damit kommt man nicht weit.

**Prof. Post:** Um das noch zu ergänzen: Die Wunschvorstellung der chirurgischen Fachgesellschaften, nämlich die künftige Weiterbildungsordnung in Deutschland dahingehend zu modifizieren, dass der Allgemein Chirurg zwar noch existent ist, aber letztlich allgemeine und kleine Viszeralchirurgie macht und nicht die Kompetenz erwirbt, im Notfall Eingriffe am Knochen zu machen, wäre durchaus im Sinne der UEMS und würde dem Trend in vielen anderen europäischen Ländern entsprechen.

**In anderen Worten: Die UEMS favorisiert ein Modell, in dem es einerseits einen Allgemein- und Viszeralchirurgen und andererseits den Orthopäden und Unfallchirurgen für die muskuloskeletale Chirurgie gibt?**

**Prof. Post:** Das kann man so nicht sagen. Das Weiterbildungsrecht mit den auf einem Facharzt aufgesetzten Spezialqualifikationen ist eine deutsche Besonderheit. Die UEMS bezieht sich immer auf Facharztbezeichnungen, die in möglichst vielen Ländern angeboten werden. So etwas wie den Speziellen Viszeralchirurgen oder den Speziellen Unfallchirurgen gibt es in den meisten anderen europäischen Ländern gar nicht. Deswegen ist diese über den Facharzt hinausgehende Spezialisierung für die UEMS auch kein Thema. Die UEMS beschäftigt sich mit dem General Surgeon und anderen Titeln, die in vielen Ländern angeboten werden.

**Wäre es umsetzbar, auf den General Surgeon noch eine Spezialisierung, etwa die Polytrauma-Versorgung, aufzusetzen?**

**Prof. Oestern:** Nein, das würde nicht gehen. Wie gesagt: Die UEMS muss einen Facharztstitel General Surgeon anbieten, weil es ihn in allen europäischen Ländern gibt. Einen General Surgeon mit einer Spezialisierung wie Polytrauma oder Os-

teosynthese halte ich ehrlich gesagt für undenkbar.

**Prof. Post:** Da kommen wir jetzt in die Tiefen dessen, was im Zuge der Weiterbildungsordnungsreform in Deutschland diskutiert wird. Nach der zur Zeit gültigen Weiterbildungsordnung gibt es den Allgemein Chirurgen und zusätzlich denjenigen, der die kleine Viszeralchirurgie macht, also den sogenannten kleinen Viszeralchirurgen. Der ist eigentlich das, was mittelfristig der Allgemein Chirurg sein soll. Daneben gibt es den Allgemein Chirurgen, der mindestens ein Jahr Unfallchirurgie gemacht haben muss. Der steckt momentan weiterbildungstechnisch in einer Sackgasse. Eine spezielle chirurgische Weiterqualifikation kann er nicht aufsatteln. Dieser Punkt wird heftig kritisiert und soll geändert werden. Über die Konditionen wird derzeit noch gestritten. So soll der Allgemein Chirurg die spezielle Viszeralchirurgie aufsatteln können. Aber wenn das möglich sein soll, muss man auch darüber diskutieren, ob er – unter welchen Konditionen auch immer – die spezielle Unfallchirurgie aufsatteln kann. Um diesen Punkt wird aufs Heftigste gerungen.

**Würde diese Spezialisierung nicht viel zu lange dauern?**

**Prof. Oestern:** Mit einem Modell, bei dem ein Allgemein Chirurg mit einem Jahr Unfallchirurgie, in dem sechs Jahre Weiterbildung in O&U versenkt sind, die spezielle Unfallchirurgie aufsattelt, wäre ich überhaupt nicht einverstanden. Dieser Allgemein Chirurg hat ja in den ersten sechs Jahren schon eine ganz andere Ausbildung bekommen als jemand, der sechs Jahre in der Orthopädie und Unfallchirurgie verbracht hat und nach drei weiteren Jahren entweder die spezielle operative Orthopädie oder die spezielle Unfallchirurgie erwerben kann. Wer sechs Jahre lang eine Weiterbildung in Allgemein Chirurgie (und davon ein Jahr in der Unfallchirurgie) absolviert hat, war fünf Jahre letztlich in einer anderen Disziplin tätig. Es ist unvorstellbar, dass er dann in drei weiteren Jahren die Kenntnisse, das Wissen und die Fertigkeiten erwerben kann wie ein Spezieller Unfallchirurg mit einer neunjährigen Weiterbildung.

**Sie sagten vorhin, die EBSQ-Prüfung zum General Surgeon befähigt nicht dazu, in jedem beliebigen Land Europas chirurgisch tätig zu sein – wofür sollte man sie dann überhaupt absolvieren?**

## Aus unserem Fach

**Prof. Oestern:** Die EBSQ-Prüfung dient als Sign of Excellence. Wer dieses Examen gemacht hat, hat ein Examen bestanden, das sicherlich hochwertiger anzusehen ist als die deutsche Facharztprüfung. Es setzt sich aus drei Teilen zusammen, fordert ein sehr fundiertes Wissen und entsprechende praktische Erfahrung und wird deshalb auch in den USA anerkannt. Wir haben einen Kollegen, der nur aufgrund dieses Examens dort leitend tätig werden konnte. Sein deutscher Abschluss wurde nicht anerkannt – weil eben noch qualitative Unterschiede bestehen.

**Prof. Post:** Die EBSQ-Examen haben außerdem den Vorteil, dass es Spezialtitel für Subspezialitäten gibt, die man sonst gar nicht erwerben kann. Es gibt zum Beispiel einen eigenen Facharzt für Koloproktologie oder einen für endokrine Chirurgie. Diese Facharztstitel sind in Deutschland und in den meisten anderen europäischen Ländern national nicht erwerbbar. Die EBSQ bietet auch eine Spezialqualifikation Transplantationschirurgie an – der einzige Weg, um diese spezielle Qualifikation mit einer Prüfung und einem Zertifikat zu belegen. Diese Spezialzertifikate werden am ehesten auf nationaler Ebene anstelle eines gleichwertigen Examens für einen Spezialfacharzt anerkannt.

**Sehen Sie die Harmonisierung von Gesundheitsberufen in Europa kritisch?**

**Das CEN-Institut in Brüssel hat kürzlich eine Norm für die plastische Chirurgie verabschiedet. Könnte die Qualität der Gesundheitsversorgung darunter leiden? Oder – ganz im Gegenteil – könnte sie europaweit einheitlich und dadurch insgesamt besser werden?**

**Prof. Oestern:** Nicht Normen aus Brüssel dürfen die ärztliche Berufsausübung und die Qualität der Versorgung beeinflussen, sondern in breitem Konsens entwickelte wissenschaftliche Leitlinien. Es gibt in den Fachgesellschaften konkrete Entwicklungen, europäische Leitlinien zu gestalten und zu vereinheitlichen. Doch auch Leitlinien geben nicht zwingend einen Beweis für richtiges oder falsches ärztliches Handeln ab, da es in der Medizin immer auf den Einzelfall ankommt.

**Prof. Post:** Das Thema Normierung, das Sie ansprechen, hat mit der UEMS eigentlich gar nichts zu tun. Uns geht es um die Harmonisierung von Qualifikationen. Dennoch erachtet die UEMS wie die meisten deutschen Fachgesellschaften die Normierungsbestrebungen aus Brüssel als hoch gefährliche Entwicklung. Denn da werden nicht Leitlinien gemacht, sondern Prozeduren normiert. Und das widerspricht jedem Verständnis dessen, wie man sinnvolle Medizin macht.

**Könnte eine abgestimmte europäische Facharztprüfung nicht als hinlänglicher Beweis dafür gelten, dass es keine Normen braucht?**

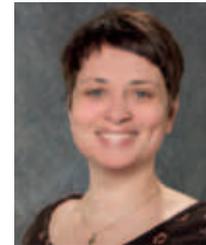
**Prof. Oestern:** Das in jedem Falle. Die EBSQ-Examina sind sehr hilfreich, weil sie zeigen, dass wir die Qualität hoch halten.

**Prof. Post:** Sehr hoch. Nicht umsonst ist die Durchfallquote wesentlich höher als bei der Facharztprüfung in Deutschland.

**Prof. Oestern:** Stimmt genau, daran kann man den Wert des Examens messen. Kandidaten aus unserem Fach, die sich für diese Prüfung anmelden, sind meist sehr erfahrene Chirurgen, die über ein breites Wissen verfügen. Ich glaube, da sind wir auf einem sehr, sehr guten Weg.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview: Jana Ehrhardt-Joswig*



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



Schwangere Chirurginnen werden sehr oft aus dem OP verbannt. Das Junge Forum OU möchte das ändern.

#### POSITIONSPAPIER

## Operieren in der Schwangerschaft



Das Junge Forum OU arbeitet an einem Positionspapier zum Thema „Operieren in der Schwangerschaft“. Dieses Papier wird Handlungsempfehlungen für Arbeitnehmer enthalten, unter anderem, wie eine individuelle Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes aussehen kann. Ziel ist es, Chirurginnen zu ermöglichen, auch während einer Schwangerschaft operativ tätig zu sein. Das Projekt wurde im Juni mit dem FamSurg-Sonderpreis ausgezeichnet.

### Einleitung und Kurzdarstellung

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird auf vielen Ebenen diskutiert. Für bessere Arbeitsbedingungen bietet das Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer einen guten Leitfaden. Was uns in der Chirurgie jedoch

von den anderen ärztlichen Disziplinen unterscheidet, ist die operative Tätigkeit!

Bereits mehr als 50 Prozent der aktiv chirurgisch tätigen Weiterbildungsassistenten sind weiblich (BDC-Umfrage 2013). Schwangere Ärztinnen in der Chirurgie sind also ein hochaktuelles Thema. Allerdings bestehen gerade bezüglich des Einsatzes schwangerer Ärztinnen gro-

ße Unsicherheiten vor allem seitens der Arbeitgeber. Die Ärztinnen scheitern an der altertümlichen Auslegung des Mutterschutzgesetzes von 1952, in dem ein Umgang mit schneidenden und stechenden Instrumenten von vornherein ausgeschlossen wird, was jedoch im Mutterschutzgesetz nicht schriftlich fixiert ist. Die Ärztinnen werden unmittelbar nach Bekanntgabe der Schwangerschaft aus

dem OP verbannt und auf dem Abstellgleis „geparkt“. Eine sinnvolle Fortsetzung der Weiterbildung ist so nicht möglich. Bisher war es Chirurginnen deutschlandweit nur in Einzelfällen möglich, ihre operative Tätigkeit während der Schwangerschaft fortzusetzen. Deshalb arbeiten wir an der Erstellung eines Positionspapiers „Operative Tätigkeit während der Schwangerschaft // Mutterschutzgesetz“. Ziel ist es, den Arbeitgebern eine allgemein gültige Handlungsempfehlung zur Verfügung zu stellen, in der die aktuelle Rechts- und Datenlage aufgeführt ist und die Möglichkeit einer individuellen Gefährdungsbeurteilung vorgestellt wird. Schwangere Chirurginnen sollen so die Möglichkeit bekommen, sinnvoll vom Mutterschutz zu profitieren und trotzdem Fortschritte in ihrer beruflichen Laufbahn machen zu können. Es darf jedoch im Umkehrschluss nicht zu einer Ausnutzung durch den Arbeitgeber kommen, das heißt die Ärztin muss frei entscheiden können, ob sie während ihrer Schwangerschaft ihrer operativen Tätigkeit weiter nachgehen möchte. Unsere Ergebnisse sollen 2015 abschließend in Broschürenform zur Verfügung stehen.

Das Positionspapier stellt einen Meilenstein für alle zukünftigen Chirurginnen dar, die mit viel Ehrgeiz und persönlichem Engagement den Weg der Chirurgie beschritten haben. Es führt zu einem offeneren Umgang mit dem Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ermöglicht es, einen Knick in der beruflichen Karriere von Chirurginnen zu vermeiden.

### Aktueller Stand und Projektplanung

Das Junge Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) setzt sich bereits seit geraumer Zeit intensiv mit dem Thema Familie und Beruf auseinander. Es besteht eine eigene Sektion „Familie & Beruf“ unter der Leitung von Dr. Maya Niethard und ihrer Stellvertreterin Dr. Stefanie Donner. Beide konnten ihre operative Tätigkeit während ihrer Schwangerschaft nach

einer individuellen Gefährdungsbeurteilung fortsetzen. Da das Thema alle chirurgischen Disziplinen gleichermaßen betrifft und um dem Projekt mehr Nachdruck zu verschaffen, erfolgt die Arbeit zusammen mit dem seit März 2014 in der DGCH implementierten Perspektivforum Junge Chirurgie, das Vertreter aller chirurgischen Fachrichtungen eint.

Bei den bisherigen Treffen wurden Arbeitsschwerpunkte herauskristallisiert und das gemeinsame Ziel formuliert. Das Positionspapier wird folgende Punkte und die entsprechende aktuelle Datenlage beinhalten:

- Übersicht über rechtliche Zuständigkeiten
- Narkoseführung bei schwangeren Operateuren
- Anpassung des OP-Umfeldes
- Einsatz von ionisierender Strahlung
- Immunitätsstatus der Schwangeren / Präoperatives Patienten-Screening
- Aktuelle Datenlage zum Infektionsrisiko bei operativer Tätigkeit
- Übersicht über Ansprechpartner beim Gewerbeaufsichtsamt
- Überblick über die Situation im europäischen Ausland

Eine entsprechende personelle Zuordnung zur Recherche ist erfolgt, um die Ergebnisse abschließend zu diskutieren und zu Papier zu bringen. Geplant sind drei bis vier eintägige Arbeitstreffen bis 2015. Der Druck der Broschüre wird 2015 über die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bzw. die entsprechenden Fachgesellschaften, gegebenenfalls zusammen mit einem medizinischen Fachbuchverlag erfolgen.

### KONTAKT

Dr. Maya Niethard  
Oberärztin, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Leiterin Sektion Familie und Beruf  
Ausschuss Junges Forum der DGOU  
familie@jf-ou.de



Nach aufwändiger bürokratischer Koordination zwischen Betriebsarzt, Gewerbeaufsichtsamt und Vorgesetzten erhielt Dr. Stefanie Donner in der 28. Schwangerschaftswoche die Erlaubnis, während der Schwangerschaft zu operieren. Sie konnte ihre operative Tätigkeit bis zum Beginn der Mutterschutzfrist fortsetzen.

## INTERVIEW

# Mit Babybauch im OP

Als Dr. Stefanie Donner uns dieses Interview gab, war die Entscheidung, dass sie während ihrer Schwangerschaft operieren könne, noch nicht ganz spruchreif. Mittlerweile hat sie nicht nur ihre Facharztprüfung erfolgreich abgelegt, sondern auch erreicht, was vielen Chirurginnen bislang noch verwehrt bleibt: Sie kann operativ arbeiten – siehe obenstehendes Foto. Wir gratulieren!

**Frau Dr. Donner, Sie stehen kurz vor der Facharztprüfung und sind im siebten Monat schwanger. Die Weiterbildungszeit dreht sich meist darum, den OP-Katalog zu erfüllen. Konnten Sie in den vergangenen Monaten in den OP?**

**Dr. Donner:** Nein, bislang nicht. Aber nachdem der Betriebsarzt und der Chefarzt meiner Klinik zugestimmt und eine individuelle Gefährdungsbeurteilung meines Arbeitsplatzes vorgenommen haben, wird das Gewerbeaufsichtsamt nun meinen Ar-

beitsplatz inspizieren und anschließend hoffentlich grünes Licht dafür geben, dass ich während meiner Schwangerschaft minimal-invasive Eingriffe vornehmen kann.

**Wenn Sie zurzeit nicht operieren dürfen – was machen Sie stattdessen?**

Ich habe das Glück, dass ich nicht wie viele andere Schwangere nur noch Verwaltungstätigkeiten übernehmen muss. Ich untersuche und berate Patienten in

der Ambulanz und betreue Patienten auf Station. Das gehört auch sonst zu meinen Aufgaben, steht nur im Moment im Mittelpunkt meiner ärztlichen Tätigkeit.

**Dies ist Ihr zweites Kind. Haben Ihre Schwangerschaften und Ihre Mutterschaft Sie beruflich zurückgeworfen?**

Zeitlich ja. Aber da ich zehn Monate nach der Geburt meines ersten Kindes beruflich wieder voll eingestiegen bin und dann dank günstiger Umstände viel

operieren konnte, war das nach meinem Empfinden bislang ganz gut zu kompensieren.

**Trotzdem heißt es ja immer, dass eine Schwangerschaft, egal ob in der Weiterbildungszeit oder danach, für viele Medizinerinnen einen Karriereknick darstellt. Sind Sie eine Ausnahmerecheinung?**

Nein, bin ich nicht, ich muss schließlich dafür kämpfen, dass ich möglicherweise vier Wochen, bevor der Mutterschutz beginnt, noch operieren darf. Schwangere Chirurgen dürfen bisher nur in Einzelfällen weiter operieren. In der Regel ist der OP nach Bekanntgabe der Schwangerschaft tabu.

**Woran liegt das?**

Zum einen am Mutterschutzgesetz und an den Mutterschutzrichtlinien. Darin heißt es, dass eine Schwangere nicht mit Gefahrenstoffen und schneidenden Instrumenten umgehen darf, um eine Infektionsgefahr für sich und das Kind zu vermeiden. Zum anderen fürchten Klinikleitung und Chefarzt, möglicherweise haftbar gemacht zu werden, wenn etwas passiert.

**Wie wahrscheinlich ist das denn?**

Eine gewisse Infektionsgefahr besteht immer, weil man ja mit einem Skalpell hantiert und sich verletzen kann. Stichverletzungen und daraus resultierende Infektionen sind allerdings extrem selten. Es ist zum Beispiel in Deutschland noch niemals vorgekommen, dass sich ein Mitarbeiter durch eine Nadelstich- oder Schnittverletzung eine HIV-Infektion zugezogen hat.

Viele Kliniken führen bereits regelmäßig ein serologisches Screening auf Hepatitis B, C und HIV durch, um das Infektionsrisiko aller Mitarbeiter zu minimieren. Im speziellen Fall von Schwangeren wäre es nur folgerichtig, wenn Patienten, die von einer schwangeren Chirurgen operiert werden sollen, vorher auf mögliche Ansteckungsgefahren untersucht würden.

**Wie wird der Mutterschutz in anderen Ländern gehandhabt?**

Ganz unterschiedlich, teilweise noch viel rigider als bei uns. In Österreich wird man sehr häufig sofort ins Beschäftigungsverbot geschickt oder vom Patienten-

„Dass Frauen aus ihrem Beruf katapultiert werden, wenn sie Mutter werden, ist erstens nicht mehr zeitgemäß, und zweitens können es sich die Kliniken angesichts des Nachwuchsmangels in den chirurgischen Fächern auch gar nicht mehr leisten.“

tenkontakt ausgeschlossen. In den USA und in England stehen Schwangere noch bis wenige Wochen vor der Niederkunft am OP-Tisch.

**Sollte das Mutterschutzgesetz in Deutschland geändert werden?**

Das Mutterschutzgesetz und die Mutterschutzrichtlinien zu ändern, wäre die beste und einfachste Möglichkeit, ist jedoch leider sehr langwierig. Sie stellen auch eine Errungenschaft zum Schutz der Schwangeren dar, der zum allergrößten Teil gewünscht ist. Sowie es sollte es nicht dahingehend geändert werden, dass auf einmal alles möglich und erlaubt ist.

**Was sollte man denn stattdessen tun?**

Man sollte eine individuelle Gefährdungsanalyse des Arbeitsplatzes vornehmen und analysieren, unter welchen Bedingungen eine schwangere Frau im OP arbeiten kann. Das Junge Forum OU hat einen Bewertungsbogen erarbeitet, der bei dieser Gefährdungseinschätzung als Hilfestellung dienen kann. Man sollte darüber hinaus mit den Mitarbeiterinnen reden und ihnen zutrauen, für sich und ihr ungeborenes Kind entscheiden zu können.

**Was ist mit den Chirurgen, die während ihrer Schwangerschaft nicht operieren möchten?**

Auch denen sollte man eine individuelle Entscheidung überlassen. Wenn eine Frau tatsächlich Angst hat, sich zu infizieren oder sich körperlich oder psychisch nicht in der Verfassung fühlt, sollte man ihr das Recht und den Schutz nach wie vor gewähren, sich keinem Stress auszusetzen.

**Als Vertreterin des Jungen Forums OU ist das Thema für Sie sicherlich nicht nur von persönlichem, sondern auch von berufspolitischem Interesse?**

Das stimmt. Ich exerziere das jetzt für mich im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich durch. Aber allein in meiner Klinik gibt es mehrere Kolleginnen

der gynäkologischen, neurochirurgischen und viszeralkirurgischen Abteilung, denen es genauso geht. Das Junge Forum OU ist im Perspektivforum Junge Chirurgie vertreten. Dort setzen wir uns, speziell was das Thema „Familie und Beruf“ angeht, mit anderen Fachbereichen wie der Neurochirurgie, Viszeralkirurgie oder anderen operativ tätigen Bereichen zusammen und versuchen, zukunftsfähige Lösungen zu erarbeiten. Denn dass Frauen aus ihrem Beruf katapultiert werden, wenn sie Mutter werden, ist erstens nicht mehr zeitgemäß, und zweitens können es sich die Kliniken angesichts des Nachwuchsmangels in den chirurgischen Fächern auch gar nicht mehr leisten.

**Der Mutterschutz im Krankenhaus betrifft ja nicht nur Chirurgen, sondern auch andere Berufsgruppen, Krankenschwestern zum Beispiel. Die sehen das womöglich ganz anders als Sie.**

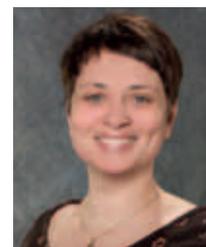
Das ist nicht auszuschließen. Ich veretrete jedoch mit unserer Initiative und meinem eigenen Beispiel aus der Praxis Chirurgen, die auf eigenen Wunsch und nach individueller Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes ihre Weiterbildung und Spezialisierung fortsetzen möchten, die maßgeblich ihren weiteren beruflichen Weg beeinflussen können.

**Wie lange werden Sie Elternzeit machen?**

Zwölf Monate.

**Ich wünsche Ihnen eine schöne Zeit und danach einen guten Wiedereinstieg. Vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview: Jana Ehrhardt-Joswig*



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

# Wieviel O & U brauchen wir?

Am 30. Juni trafen sich Vertreter aus den Vorständen von DGOU, DGOOC, DGU und BVOU zu einem Workshop zur Analyse des künftigen Bedarfs an Orthopäden und Unfallchirurgen. Prominentester Gastreferent: Jim Weinstein vom Dartmouth Institute, USA, einer der Berater von Präsident Barack Obama in Sachen „Obamacare“.



Foto: Ehrhardt-Joswig

Die Teilnehmer des Workshops: in der Mitte Jim Weinstein aus den USA, links neben ihm Jan Verhaar aus den Niederlanden

Die medizinische Versorgungslandschaft ist im Umbruch: Demografische Herausforderung, technologischer Fortschritt und steigende Anspruchshaltung der Patienten verteuern das System und fordern ihren Tribut. Allen voran Orthopädie und Unfallchirurgie; denn gemäß eines Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sind die muskuloskeletalen Erkrankungen und Verletzungen zu mehr als einem Viertel an dem Anstieg des Casemixes seit 2006 beteiligt. Kostenträger und Politik reagieren: mit Gesetzen, Schuldzuweisungen und Polemik. An allem beteiligen sich die Medien und mischen das System nach Stimmungslage auf. Was bleibt? Ein fortbestehender Kostendruck im System, der den Arzt wie in einem Mahlstein zwischen Geldgebern und fordernden Patienten zu zerreiben droht.

### DGOOC Versorgungsatlas soll Klarheit bringen

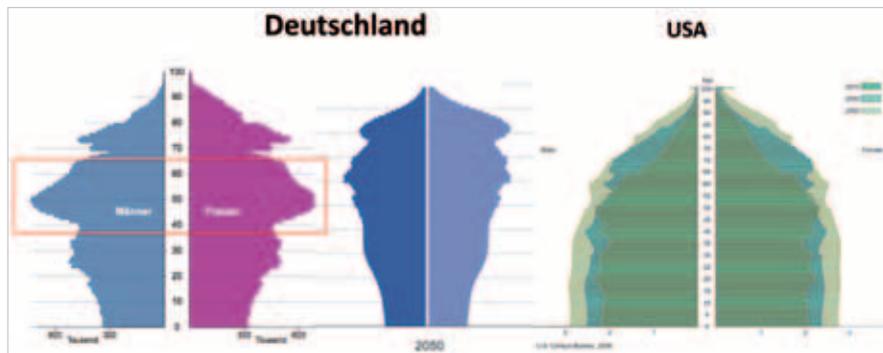
In den meisten Fällen steht die Ärzteschaft hilflos da, wenn sie in den Medien mit scheinbaren Fakten zu Falschverordnungen, unnötigen Operationen

und anderen Vorwürfen konfrontiert wird. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vor einigen Jahren gemeinsam mit der AOK den Versorgungsatlas auf den Weg gebracht, um ein eigenes Bild über die langfristigen Entwicklungen und die Verteilung von Eingriffen in Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland zu erhalten. Vorbild waren die Vereinigten Staaten und dort insbesondere die Dartmouth Medical School, die bereits seit über 30 Jahren eine ausgeklügelte Versorgungsforschung betreibt. Der Dartmouth Atlas of Musculoskeletal Diseases ist weltbekannt. Einer ihrer Autoren, Jim Weinstein, hatte bereits im Jahr 2000 beim DGOT-Kongress die Pauwels Vorlesung über dieses Werk gehalten. Wie so häufig kommen die Probleme in Deutschland mit 15jähriger Verspätung an. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat sich daher der Herausforderung der sich rasch ändernden Versorgungslandschaft gestellt und einen Workshop zum Thema „Bedarfsanalyse in Orthopädie und Unfallchirurgie“ veranstaltet.

Die Initialzündung zu diesem Projekt ging von einer Sitzung mit Vertretern der Bundesärztekammer zur neuen Weiterbildungsordnung (WBO) aus. Dort wurde nämlich der Begriff der sogenannten „Versorgungsrealität“ in das Zentrum der zukünftigen WBO gestellt. Damit war gemeint, dass sich der sogenannte Weiterbildungskatalog an der Anzahl der Eingriffe bzw. konservativen Lerninhalte im Fach und der Zahl der weiterzubildenden Assistenten orientieren müsse. Bedauerlicherweise sind aber weder Zähler noch Nenner dieses Quotienten bekannt, so dass es den Fachgesellschaften auch schwer fällt, realistische Zahlen für die Weiterbildung aufzulisten, die sowohl die Qualität der Weiterbildung nicht schmälern, aber andererseits auch bei der erheblichen Ärztezahlnicht unrealistisch sein dürfen. Die Fragen waren somit vorgegeben:

- Wie viele Versorgungen in Orthopädie und Unfallchirurgie finden derzeit statt?
- Wie viele Ärzte stehen für die Versorgung zur Verfügung?
- Wie lässt sich der Versorgungsauftrag für Orthopädie und Unfallchirurgie, insbesondere unter Berücksichtigung von Demografie und technischen Fortschritt weiterentwickeln?
- Wie viele Ärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie werden dafür benötigt?
- Und nicht zuletzt: Benötigen wir eine Bedarfsplanung?

Die Präsidenten der DGOU, Henning Windhagen und Bertil Bouillon, haben diese Fragen aufgeworfen, bevor der Generalsekretär, Fritz Niethard, Zahlen aus dem Versorgungsatlas der DGOOC referierte. Die DGOU versucht demnach mit zwei Projekten, die Datenlage für Orthopädie und Unfallchirurgie zu verbessern. Einerseits sollen mit dem Versorgungsatlas Daten zur aktuellen und längerfristi-



**Abb. 1** Bevölkerungskurven in Deutschland und den USA: Während in Deutschland aus der Bevölkerungspyramide ein Baum wird, bleibt die Basis der jungen Menschen in den USA stabil.

gen Versorgung der wichtigsten operativen Eingriffe in Orthopädie und Unfallchirurgie gewonnen werden. Gleichzeitig wird die regionale Verteilung analysiert und auf Zusammenhänge mit dem Versorgungssystem und dessen Strukturen untersucht. Andererseits wird in Zusammenarbeit mit einer Dresdner Arbeitsgruppe unter der Leitung von Jochen Schmitt eine Analyse der Nachfrage und des Bedarfs für orthopädische und unfallchirurgische Leistungen durchgeführt. Hier interessiert natürlich vor allem auch der sich daraus ableitende Bedarf für den Orthopäden und Unfallchirurgen im Allgemeinen und die im Fach vorhandenen Spezialisten.

### Demografische Entwicklung in Deutschland lässt Bedarf steigen

Dass die Herausforderungen in Deutschland sehr speziell sind und sich mit denen in den USA nur teilweise vergleichen lassen, zeigt die einfache Gegenüberstellung der Bevölkerungskurven. Deutschland „krank“ an der sich stetig verschmälernden Basis der Kurve, die früher eine Pyramide gewesen ist und nun einem Baum ähnelt. Dabei muss die Versorgungsaufgabe für die Generation der Babyboomer für die nächsten 30 bis 40 Jahre übernommen werden (► **Abb. 1**). Eigentlich eine Aufgabe, die wiederum mehr Ärzte erfordert, während anschließend jedoch in weniger als einer Generation ein rascher Rückgang des Bedarfs zu verzeichnen sein wird. Ganz anders in den USA, wo sich die Bevölkerungskurve bis zum Jahr 2015 gleichmäßig erweitert und die Abläufe planbarer werden.

Dass der Bedarf an Spezialisten nicht dem freien Markt überlassen werden kann, zeigt die Analyse der Deutschen

Gesellschaft für Neurochirurgie. Binnen eines Jahrzehnts hat sich die Anzahl der Neurochirurgen von 650 auf 1.650 erhöht, ohne dass ein entsprechendes Erfordernis zu erkennen gewesen wäre. Im Rahmen des 'Versorgungsatlas' wird derzeit untersucht, inwieweit dieser Anstieg auch im Sinne einer angebotsindizierten Nachfrage mit dem überproportionalen Anstieg von Wirbelsäuleneingriffen korreliert. Selbst die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie kritisiert, dass bei der Vielzahl kleinerer Abteilungen die großen Abteilungen nicht mehr ausreichend ausgelastet sind und auch für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Reinhard Hoffmann hat das TraumaNetzwerk DGU® vorgestellt und damit gezeigt, wie man die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Struktur- und Prozessqualität inklusive qualifizierten Personals) sinnvoll in einem Netzwerk miteinander verbinden kann. Das TraumaNetzwerk DGU® hat Maßstäbe und Standards für die Versorgung der Patienten, aber darüber hinaus auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der daran Beteiligten, für die Dokumentation, Kommunikation und das Benchmarking erstellt. Inzwischen werden ca. 35.000 Patienten jährlich erfasst, und ein Querschnitt zeigt, dass sich durch die vom TraumaNetzwerk DGU® vorgegebenen Rahmenbedingungen die Qualität der ärztlichen Arbeit ständig verbessert. Nicht umsonst ist das TraumaNetzwerk DGU® inzwischen auch in anderen Ländern etabliert und wird international anerkannt. Aber auch hier muss der Bedarf weiter analysiert werden; denn die schwerwiegenden Unfälle aus Verkehr und Beruf gehen zurück, die Unfälle im häuslichen Bereich und in der Freizeit nehmen zu.

### Bedarfsplanung in sektoraler Versorgungslandschaft schwierig

Dr. Bernhard Gibis von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat auf die erheblichen Schwierigkeiten einer Bedarfsanalyse in Deutschland hingewiesen, die ja durch unterschiedlichste Zuständigkeiten geprägt ist. Der besonderen Bedeutung für die Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie hat die KBV aber bereits Rechnung getragen, indem im ambulanten Bereich das Fach O&U aus dem Gebiet herausgelöst wurde und bei der Bedarfsplanung eigenständig berechnet wird. Den Herausforderungen der Zukunft sei am besten durch eine Vernetzung der Strukturen und sektorenübergreifende Versorgung beizukommen.

Wie schwer es ist, den Bedarf für orthopädische und unfallchirurgische Leistungen in Deutschland vorauszuberechnen, hat auch Jochen Schmitt vom Universitätszentrum der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung aus Dresden gezeigt. Die DGOU hat Herrn Schmitt gebeten, die Entwicklung über die Zeit der Babyboomer hinweg zu analysieren und zu prognostizieren. Eine Studie über Prognosen aus dem Jahr 2007 über fünf Jahre im Voraus hat jedoch gezeigt, dass die vorausgesagte Erhöhung der vier Hauptentitäten Arthrose, Rückenschmerz, Osteoporose und Altersfrakturen deutlich zu gering angesetzt war. Eine über drei Jahrzehnte laufende Prognose dürfte daher erhebliche Schwierigkeiten haben. Dessen ungeachtet wurde in der Diskussion klar, dass allein die Bewusstseinsmachung des anstehenden Problems Demografie unter Patienten und Ärzten gleichermaßen von Bedeutung ist. Und so wurde das Augenmerk erneut auf das Thema einer Bedarfssteuerung gelenkt.

### Beispiel Niederlande: Staat bezahlt Weiterbildung

Diese findet zum Beispiel in großem Umfang in den Niederlanden statt. Jan Verhaar aus Rotterdam, der schon bei verschiedenen Workshops der DGOU mitgewirkt hat, brachte es auf den Punkt: Wie viele orthopädische und unfallchirurgische Ärzte werden wir in den kommenden Jahren benötigen – oder andersherum: Wie viele Orthopäden und Unfallchirurgen können wir uns leisten? Mit verschiedenen Beispielen machte Jan Verhaar klar, dass die augenblickliche

### „Imagine a health system where care is based on value not on volume.“ *Jim Weinstein*

Gesundheitsversorgung für Deutschland nicht in die Zukunft hinein extrapoliert werden könne; denn dies wäre unbezahlbar. Also muss sich der Markt anpassen, und die Ärzte müssen ihren Anteil dazu liefern. Dann nämlich geht es nicht nur um die Anzahl der Ärzte, die wir benötigen, sondern auch um deren Wissen und deren Spektrum für zukünftige Herausforderungen. Die Niederlande haben hierfür ein hochwertiges System der Weiterbildung unter Hoheit der Fachgesellschaft eingerichtet. Ein Dreh- und Angelpunkt des Systems ist, dass der Weiterzubildende im Krankenhaus von der Regierung bezahlt wird. Die in Deutschland geäußerte Befürchtung, dass derjenige, der bezahlt, auch anschaft, wird von den Niederländern nicht geteilt; denn das System habe seine Überlegenheit ohne Verluste gezeigt. In der Kooperation von Regierungsinstitution und Ärzten wird im Rahmen des sogenannten „Kapazitätsorgans“ die Anzahl der jährlich aus- und weiterzubildenden Ärzte, aber auch anderer Mitarbeiter im Gesundheitswesen, bestimmt und jährlich nachjustiert. Ein Thema, das ebenfalls in Deutschland intensiv diskutiert wird, ist die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. In den Niederlanden werden nämlich zahlreiche Aufgaben der Ärzte inzwischen von Krankenschwestern und Physiotherapeuten übernommen. So gesehen haben die Niederlande ein System aufgebaut, das eine Bedarfsplanung bis in das Jahr 2030 gewährleistet.

#### Shared Decision Making als Instrument der Nachfragesteuerung

Jim Weinstein aus Dartmouth wies auf einige Parallelen der amerikanischen Denkweise zum niederländischen System hin. Auch dort wird der Assistent in Weiterbildung von der Regierung bezahlt, was die Qualität der Weiterbildungsstrukturen erhöht. Auch dort hat man sich unter dem Kostendruck im System der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen geöffnet. Inzwischen gibt es über 84.000 Physician Assistants in den USA, die Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt. Ein weiteres wichtiges Element der Nachfragesteuerung ist das sogenannte „Shared Decision Making“. Bereits seit annähernd 20 Jahren werden in den USA

Instrumente entwickelt, um den Patienten individualisiert über seine spezifische Situation, seine Erwartungen und Erfolgsaussichten einer Behandlung aufzuklären. Der informierte Patient gilt als mündiger Patient und beeinflusst die Versorgungsrate deutlich. Dies zeigen verschiedene Untersuchungen, die unter Krankenhäusern mit ähnlicher Ausrichtung im Vergleich zu Krankenhäusern ohne Shared Decision Making angestellt wurden. Damit ließen sich die zum Teil erheblichen geografischen Unterschiede der Versorgungshäufigkeit in Orthopädie und Unfallchirurgie beeinflussen („geography is destiny“).

Im gleichen Atemzug haben die Amerikaner verschiedene Langzeitstudien zur Effektivität der unterschiedlichsten Eingriffe auf den Weg gebracht. Besonders bekannt ist die sogenannte Sport-Studie (spine patient outcomes research trial, SPORT). Demnach wurden klare Anleitungen entwickelt, welcher Patient zu welchem Zeitpunkt von welcher Methode profitiert. Bei der Aufklärung des Patienten im Rahmen des Shared Decision Making helfen reichlich bebilderte Anleitungen oder interaktive Programme auf DVD oder einem Tablet. Im Projekt von Weinstein sind zahlreiche andere begleitende Faktoren versteckt, die eine zukunftsgerichtete Versorgung gewährleisten. Nach Weinstein heißt es: „Creating a Sustainable Health System:

- Population based approach, not Market based
- Value, not Volume
- Population based payments, not Fee for Service“

#### Fünf-Punkte-Katalog der O & U

In einer anschließenden vertiefenden Diskussion haben sich die Teilnehmer des Workshops sehr intensiv mit den Ansätzen aus anderen Ländern und deren Umsetzbarkeit in Deutschland beschäftigt. Als Fazit haben die Teilnehmer des Workshops einen Fünf-Punkte-Katalog formuliert:

- Die Datenakquise muss für die Fachgesellschaften erleichtert und verbessert werden, um mit vorhandenen Daten die Nachfrage, die Versorgungssituation und den Bedarf für Orthopädie und Unfallchirurgie analysieren und ständig aktualisieren zu können.

- Um Negativentwicklungen wie in der Neurochirurgie zu vermeiden, ist in Kooperation von Fachgesellschaften, ärztlicher Selbstverwaltung, Kostenträgern und Politik eine gezielte Bedarfsplanung für die weiterzubildenden Ärzte anzustreben (dies könnte zum Beispiel auch Aufgabe des zu schaffenden Qualitätsinstitutes des Gemeinsamen Bundesausschusses werden).
- Die Weiterbildung ist ohne Finanzierung wie in Holland und USA nicht mehr auf hohem Niveau zu gewährleisten. Modelle für eine Finanzierung sollten entwickelt werden (damit könnte auch der Aspekt „Versorgung auf dem Land“ gegebenenfalls angegangen werden).
- Der Patient ist in wesentlichem Umfang in die Entscheidungsfindung zu allen Maßnahmen einzubinden; denn „Shared Decision Making“ hat sich als wichtiges Instrument für die Definition einer angemessenen Versorgung herausgestellt. Die DGOU hat hierzu die AG „Evidenzbasierte Patientenaufklärung“ auf den Weg gebracht.
- „Imagine a health system where care is based on value not on volume...“ (Jim Weinstein)

Eines war bei Abschluss des Workshops allen klar: In Anbetracht der insbesondere auf Orthopädie und Unfallchirurgie zukommenden Herausforderungen ist Versorgungsforschung wichtiger denn je.

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



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



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,  
Generalsekretär DGOU/  
DGU



**Alte Freunde:** Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard und Prof. Dr. James N. Weinstein kennen sich schon lange. Nun haben sie in Berlin über den künftigen Bedarf an Orthopäden und Unfallchirurgen diskutiert.

INTERVIEW

## Qualität statt Quantität

Ohne Versorgungsforschung geht es nicht, sagt James N. Weinstein, Geschäftsführer und Präsident des Dartmouth-Hitchcock-Gesundheitsnetzes. In Berlin analysierte er mit Vertretern der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes den künftigen Bedarf an Orthopäden und Unfallchirurgen. Im Interview spricht er über die Bedeutung von Daten und Shared Decision Making.

**Mr. Weinstein, wieso kommt ein Wirbelsäulenchirurg und Versorgungsforscher aus den USA nach Deutschland, um an einem Workshop über den zukünftigen Bedarf an Orthopäden und Unfallchirurgen in Deutschland teilzunehmen?**

**Weinstein:** Mein alter Freund Fritz Niethard hat mich eingeladen, sonst wäre ich wahrscheinlich nicht hier ... Aber davon abgesehen halte ich das Thema für immens wichtig. In Dartmouth beschäftigen wir uns intensiv mit den Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems. Die Arbeit meines Freundes Fritz Niethard und seiner Mitstreiter beeinflusst die künftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland. Indem sie die Orthopädie und Unfallchirurgie zusammengeführt haben, haben sie die Versorgungslandschaft geändert. Das betrifft die Menschen in diesem Land. Deshalb fühle ich mich geehrt, dass ich eingeladen wurde, an dieser Diskussion teilzunehmen.

**Die deutsche Ärzteschaft ist mit großen Vorwürfen konfrontiert: Sie greife zu oft zum Skalpell, viele Operationen seien medizinisch nicht indiziert, sondern würden aus reiner Profitgier durchgeführt, usw. Um diesen Vorwürfen besser begegnen zu können und um herauszufinden, warum in manchen Regionen häufiger operiert wird als in anderen, hat die DGOOC zusammen mit der AOK den Versorgungsatlas initiiert. Haben ähnliche Gründe den Ausschlag für den Dartmouth Atlas gegeben?**

Nicht ganz. Als mein Vorgänger und Gründer von Dartmouth, James Wennberg, mit dem Atlas anfang, sammelte er Daten zu Routineeingriffen wie Hysterektomien und ähnlichen. Dabei stellte er fest, dass diese Routineeingriffe – wenn es so etwas wie Routineeingriffe überhaupt gibt – unterschiedlich oft durchgeführt wurden. Das veranlasste ihn, sich auch andere Bereiche anzusehen, und er fand dabei große Unterschiede in der medizinischen Versor-

gung – in der einen Region sehr hohe Fallzahlen, in der anderen Region sehr niedrige, ohne dass dies durch demografische oder soziografische Unterschiede erklärt werden könnte. Wir sagen dazu: Geografie ist Schicksal – wo du lebst, gibt den Ausschlag dafür, wie du behandelt wirst.

**Beeinflusst der Dartmouth Atlas die amerikanische Gesundheitspolitik?**

Aber ja. Präsident Obama hat auf diese Daten zurückgegriffen, um Schwung in die Planungen für das amerikanische Gesundheitssystem zu bringen. Das haben auch schon die Präsidenten vor ihm getan.

**Als Experte für Veränderungen können sie uns vielleicht einen Hinweis geben, an welchem Punkt wir ansetzen sollten, wenn wir das deutsche Gesundheitssystem ändern wollen?**

Ich würde mich nicht als Experten bezeichnen. Ich interessiere mich für Sys-

temveränderungen, weil sie wichtig sind für die Menschen. Ich versuche ein Modell zu entwerfen, das für viele funktioniert. Und dieses Modell ist sehr einfach. Es stellt die Qualität der Versorgung in den Vordergrund und nicht ihre Häufigkeit. Es soll außerdem bezahlbar sein.

### **Wir müssen also unsere Sichtweise auf das Gesundheitssystem ändern?**

Ja, wir sollten den Standpunkt der Patienten einnehmen, denn dieser Standpunkt ist ausgesprochen wirtschaftlich. Gut informierte Patienten treffen meist die richtigen Entscheidungen. So bekom-

---

„Informierte Patienten tendieren zu evidenzbasierten Entscheidungen.“

men wir die richtigen Operationsraten. Nur wenn operiert wird, was wirklich operiert werden muss, können wir auch ein Budget dafür veranschlagen. Und nur dann können wir sehen, wie viel die Gesellschaft bereit ist, dafür zu zahlen.

### **Haben Sie deshalb ein Shared-Decision-Programm gestartet? Wie informieren Sie die Patienten?**

Ja. So wie wir einen Patienten zum Röntgen oder zum Bluttest schicken, schicken wir ihn in Dartmouth-Hitchcock ins Shared Decision Center. Er kann dort DVDs mit evidenzbasierten Informationen anschauen, Fragen stellen, mit einer Krankenschwester über Behandlungsoptionen sprechen. So kann er eine informierte Entscheidung über seine weitere Behandlung treffen.

### **Ist in irgendeiner Weise belegbar, inwiefern die Information des Patienten seine Entscheidung beeinflusst?**

Wir erfassen, was der Patient vor seinem Besuch im Shared Decision Center will und wie seine Entscheidung danach aussieht. Wir überprüfen und erfassen auch, ob und inwiefern die medizinische Maßnahme, für die er sich entschieden hat, ihm geholfen hat. In der Wirbelsäulenchirurgie zum Beispiel entscheiden sich 30 Prozent der Patienten gegen eine Bandscheibenoperation. Informierte Patienten tendieren zu evidenzbasierten Entscheidungen.

### **Wenn 30 Prozent der Patienten einen Eingriff ablehnen, den sie sonst gewollt hätten – ist das im Sinne der Klinikleitung?**

Das weiß ich nicht. Ich bin Arzt und kein Klinikmanager. Wir sollten das Richtige für die Patienten tun. Auch wenn wir damit weniger verdienen.

### **In Amerika stehen große Veränderungen an. Fußball wird so langsam als richtiger Sport wahrgenommen ...**

Fußball ist richtiger Sport!

### **... und seit Anfang des Jahres ist der Patients Protective and Affordable Care Act – kurz „Obamacare Act“ – in Kraft, der eine Krankenversicherungspflicht vorsieht. Ist das deutschem Einfluss zuzuschreiben?**

Deutschland, England ... fast die ganze Welt macht in Sachen Versicherung einen besseren Job als Amerika. Aber ich würde sagen, eine Krankenversicherung bedeutet nicht automatisch eine gute medizinische Versorgung. Sie bedeutet, dass man Zugang zu medizinischen Leistungen bekommt, der einem sonst verwehrt wäre. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.

### **Was halten Sie vom deutschen Gesundheitssystem?**

Ich mag es. Jeder bekommt qualitativ hochwertige medizinische Leistungen. Ich denke, die Deutschen müssen aufpassen, dass das nicht irgendwann zu teuer wird. Sie müssen an einer Strategie arbeiten, wie sie das, was sie haben, behalten können und nicht Gefahr laufen, es zu verlieren, weil sie immer noch mehr wollen.

### **Wie kann uns das gelingen?**

Da gibt es verschiedene Möglichkeiten. Transparenz ist sehr wichtig. Wenn Behandlungsergebnisse publik gemacht werden, können Patienten sie beurteilen und entscheiden, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen wollen. Shared Decision Making ist ein weiterer wichtiger Punkt. Außerdem denke ich, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen weniger im Krankenhaus und mehr zu Hause behandelt werden sollten.

### **Geht das?**

Sehr einfach sogar – mit Hilfe des Smartphones. Zahlreiche Gesundheits-Apps er-

leichtern das Management der Krankheit enorm. Sie können das Herz abhören und ein EKG aufzeichnen, den Blutdruck messen, an die Einnahme der Medikamente erinnern – dafür muss niemand ins Krankenhaus.

### **Finden Sie als Arzt es wünschenswert, dass Patienten ihr Smartphone konsultieren und nicht Sie oder einen Ihrer Kollegen?**

Ach, man kann sich auch im Smartphone einen Doktor angucken. Manchen Patienten mag diese Umstellung schwerfallen, vor allem der älteren Generation, die es nicht so gewohnt ist, über ihr Smartphone mit der ganzen Welt zu kommunizieren.

### **Ich gehöre dann auch zur älteren Generation.**

Wahrscheinlich alle in diesem Raum. Aber für die 25-Jährigen und die noch Jüngeren ist das eine Selbstverständlichkeit.

### **Da wir auf einen Nachwuchsmangel gerade in den chirurgischen Fächern zusteuern, bleibt uns wahrscheinlich gar nichts anderes übrig, als uns mit diesem Gedanken anzufreunden ... Gibt es in Amerika neben dem Smartphone und den Medizinern noch andere Berufsgruppen, die an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung teilnehmen?**

Ich glaube, dass sich das deutsche Gesundheitssystem innerhalb der nächsten zehn Jahre verändern wird, da viele neue Akteure in den Gesundheitsmarkt hineindrängen. Man kann dort einfach so viel Geld verdienen, die Gesundheit ist Big Business. In den USA werden Patienten heute schon in Apotheken behandelt, auch Shopping-Center wie Walmart bieten in ihren Malls Disease Management an. Telemedizin, Gesundheits-Apps – das ist eine große Herausforderung für die Ärzte, weil die Ärzte so viel teurer sind. Aus diesem Grund ist Versorgungsforschung so wichtig. Den Unternehmen geht es nicht um Daten, denen geht es ums Geld. Die Ärzte müssen diese Daten sammeln, um ihre Leistungen damit belegen zu können. Sonst verlieren sie ihre Patienten an die anderen Akteure.

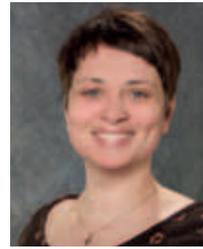
### **Müssen wir uns Sorgen machen?**

Ob Sie sich Sorgen machen oder nicht, wird nichts daran ändern, dass die Weltwirtschaft gerade große Umwälzungen durchmacht. Sehen wir uns die deutschen Autos an: Sie sind fantastisch. Aber womöglich können sie nicht mehr lange mit Diesel oder Benzin fahren, sondern müssen auf Strom umrüsten, weil alles andere zu teuer wird und sich das niemand mehr leisten kann. Genauso ist es mit dem Gesundheitssystem. Deutsch-

land hat eine sehr gute Infrastruktur, mit sehr vielen Krankenhäusern – aber ist diese Struktur wirklich zukunftstauglich? Die neuen Technologien, über die wir gerade gesprochen haben, sind hilfreich. Aber sie werden das Gesundheitssystem von Grund auf verändern.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview: Jana Ehrhardt-Joswig*



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

### ZUR PERSON

James N. Weinstein ist ein international anerkannter Wirbelsäulenchirurg und Versorgungsforscher. Er ist Geschäftsführer und Präsident des Dartmouth-Hitchcock-Gesundheitsnetzes, eines Verbundes des Gesundheitszentrums New Hampshire und mehrerer Kliniken in Vermont und New Hampshire mit einem Einzugsbereich von insgesamt 1,5 Millionen Menschen. Davor war er Präsident der Dartmouth-Hitchcock-Klinik und Direktor des Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Zusammen mit dem damaligen Präsidenten des Dartmouth Colleges,

Jim Yong Kim, gründete er das Dartmouth Center for Health Care Delivery Science. Er gehört zu den Begründern der High Value Healthcare Collaborative, eines Zusammenschlusses von 19 Gesundheitseinrichtungen, die die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessern und dabei die Kosten des Gesundheitssystems senken wollen. Er ist ein Verfechter der „informierten Entscheidung“, die in seinen Augen die Voraussetzung dafür ist, dass Patienten evidenzbasiert, sinnvoll, sicher und effektiv medizinisch versorgt werden. 1999 richtete er in Dartmouth-Hitchcock

das erste amerikanische Center for Shared Decision Making (Zentrum für gemeinsame Entscheidungsfindung) ein, wo die Vorstellungen und Werte der Patienten die Diagnose- und Therapieentscheidungen entscheidend mitbestimmen. Das von ihm gegründete multidisziplinäre Wirbelsäulenzentrum in Dartmouth gilt weltweit als Modell für patientenzentrierte Gesundheitsversorgung. Er ist Mitglied des Institute of Medicine of the National Academy of Sciences und hat den Peggy-Y.-Thomson-Lehrstuhl für Evaluative Clinical Sciences inne.



Etwa 1.600 Kliniken in Deutschland verfügen über einen Hubschrauberlandeplatz. Einige davon befürchten, dass Rettungshubschrauber sie künftig nicht mehr anfliegen dürfen, wenn das neue Luftverkehrsgesetz in Kraft tritt.

## HUBSCHRAUBERLANDEPLÄTZE

# EU regelt Luftverkehrsgesetz neu

Die Luftrettung leistet heute einen unverzichtbaren Beitrag in der Notfallversorgung der Bevölkerung. So werden 30 Prozent der Schwerverletzten durch die Luftrettung in Versorgungskrankenhäuser und hiervon etwa 85 Prozent direkt in überregionale Traumazentren eingeliefert. Durch eine ab 29. Oktober 2014 umzusetzende EU-Verordnung könnte sich eine nachteilige Entwicklung für die Notfallversorgung durch die Luftrettung ergeben.

### Hintergrund aus Sicht der Luftrettungsbetreiber

Der Flugbetrieb eines Rettungshubschraubers ist dem gewerblichen Luftverkehrsbetrieb (Commercial Air Transport Operation) zuzuschreiben. Dieser wird durch internationale Vorschriften geregelt. Die derzeit gültige Vorschrift „JAR-OPS 3“ wird zum 29. Oktober 2014 durch die

EU-Verordnung VO (EU) 965/2012 abgelöst. Als bauliche Vorschrift existiert in Deutschland bereits seit 2005 eine allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Genehmigung der Anlage und des Betriebs von Hubschrauberflugplätzen, die auf einer Vorschrift der Internationalen Zivilluftfahrtorganisation basiert (ICAO Annex 14 Volume II Heliports). Mit dem so genannten Flugplatzzwang ist im bun-

desdeutschen Luftrecht die Nutzung von Flugplätzen vorgeschrieben, die nach §6 des Luftverkehrsgesetzes (LuftVG) zu genehmigen sind. Insbesondere die hohen Anforderungen an die Hindernisfreiheit in der Umgebung von Hubschrauberlandeplätzen sind für eine vergleichsweise niedrige Anzahl von nach §6 LuftVG genehmigten Landeplätzen an deutschen Krankenhäusern verantwortlich. Oftmals



schrauber den Flug sicher beenden oder den Flug zu einem geeigneten Landebereich sicher fortsetzen, ohne dass es zu einem Absturz kommt.

Um eine Außenlandestelle oder einen Landeplatz in Flugleistungsklasse 1 sicher anfliegen zu können, muss der Hubschrauber eine ausreichende Leistung haben, die unter anderem vom Gewicht (Grundgewicht samt Beladung – inklusive Personen an Bord und Betankung) und der Außentemperatur abhängig ist. Sollten aufgrund äußerer Umstände die Kriterien der Flugleistungsklasse 1 nicht eingehalten werden können, müssen die Landestellen spezifische Sicherheitskriterien (Größe/Hindernisfreiheit) erfüllen. An so genannten Örtlichkeiten im öffentlichen Interesse – Public Interest Sites (PIS) – wäre ein Betrieb auch in der Flugleistungsklasse 2 zugelassen. Die bisher an vielen Kliniken genutzten Außenlandestellen haben nach der EU-Verordnung ab 29. Oktober 2014 dann zumindest die Anforderungen einer PIS zu erfüllen, und der Flugbetrieb muss dafür genehmigt sein.

Kriterien für ein PIS sind unter anderem, dass

- die Landestelle vor dem 1. Juli 2002 benutzt wurde,
- sie sich mit einer Mindestgröße von 26 Meter mal 26 Meter auf dem Boden befindet und nur am Tage angefliegen wird, es sei denn, das Luftfahrtunternehmen besitzt die Erlaubnis für Nachtsichtgeräte (NVIS) und nutzt diese,
- sie in den Betriebshandbüchern der Luftfahrtunternehmen mit Bilddokumentation, Risikobeschreibung und Notfallplan katalogisiert ist.

gibt es lediglich Außenlandestellen, die nach der Ausnahmeregelung des § 25 Abs. 2 Nr. 2 LuftVG zur Hilfeleistung bei einer Gefahr für Leib und Leben einer Person angefliegen werden können. Dies stellt auch die Legitimation für alle Landungen an Notfallstellen der primären Luftrettung in Deutschland dar.

Mit der VO (EU) 965/2012 werden zur Erreichung eines hohen Sicherheitsstandards Anforderungen an die Luftrettungsbetreiber nun konkretisiert. In dicht besiedelten Gebieten mit schwierigen Umgebungsbedingungen, in denen eine sichere Notlandung nicht durchgeführt werden kann oder ein unannehmbares Risiko einer Gefährdung von Personen oder Objekten am Boden besteht, muss der Hubschrauber nach den Kriterien der Flugleistungsklasse 1 bei Start und Landung betrieben werden. Das heißt, bei Ausfall eines Triebwerkes – und lediglich zweimotorige Hubschrauber sind für die Luftrettung zugelassen – kann der Hub-

Von Seiten des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) wird – anders als anfänglich befürchtet – für die PIS die Nutzungsfrequenz zunächst nicht limitiert werden. Allerdings wird durch das Luftfahrt-Bundesamt (LBA) ein Monitoring der Flugbewegungen durchgeführt werden. Sollte eine erhöhte oder steigende Anzahl von Flugbewegungen festgestellt werden, muss es nicht zwangsläufig zu einer luftrechtlichen Genehmigung der Landestelle kommen. Durch das LBA können auch „weichere“ Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Limitierung der Anzahl der Flugbewegungen, auferlegt werden.

### Situation aus Klinikisicht

Der Anteil der Patientenzuweisung durch die Luftrettung ist regional, aber auch klinikspezifisch sehr variabel. Die infrastrukturellen Voraussetzungen wie zum Beispiel Landestellen und Landeplätze wurden in ihrem Bestand bisher, zumindest aus Sicht der Kliniken, selten hinterfragt. Von den 2.017 Krankenhäusern in Deutschland werden regelmäßig etwa 1.600 Kliniken angefliegen. Von diesen erfüllen etwa 20 Prozent die derzeit gültige AVV, circa 20 Prozent verfügen über den alten deutschen Standard aus den sechziger Jahren, und über 50 Prozent sind nicht im Besitz einer Genehmigung (sogenannte Duldung ohne luftrechtliche Zulassung). Detailangaben zu bestehenden Kliniklandeplätzen sind aktuell nicht möglich, da es bisher keinen katalogisierten Gesamtüberblick gibt.

Nun werden Szenarien diskutiert, dass die Luftrettungsbetreiber eine Klinik aus oben genannten Gründen gegebenenfalls nicht mehr anfliegen dürfen. Dies könnte zu zwei differenten Szenarien führen:

- Eine primäre Patientenzuweisung bleibt aus.
- Im Krankenhaus behandelte Patienten können bei gegebener Indikation nicht mehr mit der Luftrettung in spezialisierte Zentren verlegt werden (medizinische Problematik).

Prinzipiell ist zu klären, ob die Nichtanfliegbarkeit einer Klinik sich nachteilig auf die medizinische Versorgungsqualität der Bevölkerung auswirken könnte. Während in Ballungsgebieten eher „Ausweichziele“, die die Voraussetzungen bezüglich der Landeplatzgenehmigung erfüllen, zur Verfügung stehen, könnte dies in ländlicheren Gebieten zu Versorgungsengpässen führen.

Die Luftrettungsbetreiber haben sicherzustellen, dass die von ihnen eingesetzten Besatzungen an regelmäßig angeflogenen Landeplätzen (das heißt Kliniklandeplätzen) sicheren Flugbetrieb anhand der vorgeschriebenen Regularien durchführen. Für die Schaffung der – meist baulichen – Voraussetzungen hingegen ist der Grundstückseigentümer bzw. Landeplatzhalter (Klinik) verantwortlich.

In der Praxis bedeutet dies, dass jedes Luftfahrtunternehmen die Landestellen und Landeplätze an den angeflogenen

## Aus unserem Fach

Kliniken katalogisieren, bezüglich der oben genannten Kriterien überprüfen und mit klaren Verfahrensanweisungen in den Flugbetriebshandbüchern dokumentieren muss. In Deutschland dürften dies circa 1.200 bis 1.600 Landstellen und -plätze betreffen. Sollten Veränderungen notwendig werden, ist wiederum die Klinik für die Umsetzung/Anpassung verantwortlich.

Selbst wenn diese Problematik bereits seit grundsätzlich 2002 bekannt war, ist eine komplett umsetzbare Lösung bis zum Stichtag 29. Oktober 2014 wenig wahrscheinlich. Die drei großen Luftrettungsunternehmen (ADAC Luftrettung, DRF Luftrettung und Bundespolizei/BBK (Zivilschutzhubschrauber)) haben eine Arbeitsgruppe zur gemeinsamen Lösung der Problematik initiiert, um sich die Erfassung und Katalogisierung der Außenlandstellen (PIS) aufzuteilen.

Große Verunsicherung besteht auf Klinikseite – zum einen, ob die Voraussetzungen zur Anerkennung als PIS technisch und ökonomisch sinnvoll umsetzbar sind; zum anderen, ob die Nutzungsfrequenz der Landstelle am Krankenhaus zwingend die Errichtung und Genehmigung eines regulären Landplatzes nach §6 LuftVG erfordert. Es ist zu berücksichtigen, dass es bei den Rettungsflügen nicht nur um die Versorgung von Schwerverletzten geht. Diese werden – wie oben ausgeführt – bevorzugt in überregionale Traumazentren geflogen. In der Gruppe dieser Kliniken ist der Anteil der bereits vorhandenen regulären Landplätze höher. Für kleinere Kliniken, die im Sinne der eskalierenden Versorgung eine Erstversorgung aller Notfallpatienten (Unfallverletzte, akutes Coronarsyndrom, Schlaganfall etc.) anbieten können, könnte eine Begrenzung der Anzahl der Flugbewegungen pro Jahr in der Summe problematisch werden.

Es gilt daher zum einen, die an den Kliniken befindlichen Landstellen und -plätze zu erfassen, zu prüfen, wie sie zugelassen sind bzw. die Fähigkeit der baulichen Anpassung als PIS zu überprüfen. Zum anderen sind die Informationen in den Betriebshandbüchern der Luftfahrtunternehmen zu katalogisieren.

Bis zum avisierten Zeitpunkt 29. Oktober 2014 erscheint die umfassende Umsetzung der EU-Verordnung kaum realisierbar. Auf politischer Ebene möchte man aber den Rettungsflugbetrieb mit Hubschraubern auch nicht grundsätzlich verhindern. Da die EU-Verordnung 965/2012 am 29. Oktober 2014 verbindlich eingeführt werden muss, befürchten Krankenhäuser einen erheblichen finanziellen Aufwand zur Anpassung der vorhandenen Infrastruktur an die Sicherheitsvorschriften oder eine Schließung der Landstellen, wenn die Vorgaben der Verordnung nicht eingehalten werden können. Um dies zu verhindern, wird im BMVI derzeit ein Referentenentwurf zur Änderung und Ergänzung des LuftVG erarbeitet, um die Außenlandstellen, die heute unter Berufung auf §25 Abs. 2 Nr. 2 LuftVG genutzt werden, auf die tragfähige Grundlage der EU-Verordnung zu stellen.

In Einzelfällen könnten aber tatsächlich erhebliche Investitionen für einige Krankenhäuser erforderlich werden, deren Finanzierung ebenso wie die Kosten für die Erfassung und Katalogisierung durch die Luftfahrtunternehmen noch zu klären ist. So wird man im Einzelfall aus rein wirtschaftlichen Überlegungen auch Alternativen – wie die gemeinsame Nutzung eines genehmigten Landplatzes zum Beispiel an einem zentral gelegenen Feuerwehrstützpunkt – diskutieren müssen.

Derartige Lösungen entsprächen jedoch nicht mehr den Strukturanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) an spezifizierte Traumazentren und könnten damit für einzelne Kliniken den Status Quo als zugelassenes Traumazentrum gefährden.

Die zu erwartenden Auswirkungen derartiger Strukturveränderungen auf die Patientenversorgung müssen jedenfalls mittels Ergebnisanalysen durch Gesundheitspolitik, Kostenträger und durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften (zum Beispiel TraumaRegister DGU®) begleitet und kritisch analysiert werden – im öffentlichen Interesse.

*Dr. Uwe Schweigkofler  
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik  
Frankfurt am Main*

*Hans Bäuml  
Bundespolizei-Fliegerstaffel Fuldata*

*Prof. Dr. Julia Seifert  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Vizepräsidentin Berufsverband Deutscher  
Chirurgen (BDC)*

*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann  
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik  
Frankfurt am Main  
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für  
Unfallchirurgie (DGU)*

### Literatur

- 1 Hilbert, P, Lefering, R, Stuttmann, R: Traumaversorgung in Deutschland: Erhebliche Letalitätsunterschiede zwischen den Zentren. DtschArztebl Int 2010; 107(26): 463-9
- 2 Schweigkofler, U; Reimertz, C; Lefering, R; Hoffmann, R: TraumaRegister DGU®: Bedeutung der Luftrettung für die Schwerverletztenversorgung. Der Unfallchirurg, 2014 DOI 10.1007/s00113-014-2566-7 epubaheadofprint
- 3 AVV: www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund\_19122005\_LR116116413.htm
- 4 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:296:0001:0148:DE:PDF>
- 5 Haas N; v. Fournier, C; Tempka, A; Südkamp, N: Traumazentrum 2000: Wie viele und welche Traumazentren braucht Europa um das Jahr 2000? Unfallchirurg 1997, 100: 852-858
- 6 Seifert, J: Das Weißbuch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als Motor für Qualitätsverbesserung in der Versorgung Schwerverletzter in Deutschland. In „Report Versorgungsforschung: Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement“ Hrsg: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC. Dt. Ärzteverlag Band 8, 2014: 139-143
- 7 Carloff, G: Vorgaben für Krankenhauslandeplätze – Wie kann es umgesetzt werden? Vortrag auf der 15. Fachtagung Luftrettung, 29.-31. Oktober 2013, Mainz

ENDOCERT

# Abstimmung zwischen DGOOC und DGU erfolgreich

Die zur Zertifizierung von EndoProthetikZentren aufgestellten Anforderungen beinhalten unter anderem die Qualifikation als Spezieller Orthopädischer Chirurg. Aufgrund der Versorgungssituation in Deutschland gibt es Einrichtungen, die alle Anforderungen einer Zertifizierung erfüllen, ohne jedoch die Qualifikation eines Hauptoperators als Spezieller Orthopädischer Chirurg nachweisen zu können.

Damit es in diesem Zusammenhang nicht zu einer Benachteiligung langjährig an der Versorgung teilnehmender Einrichtungen kommt, wurde mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) folgende Übergangsregelung vereinbart. Dabei ist es das gemeinsame Ziel, bewährte Strukturen in der Versorgung zu halten und zukünftig die Einhaltung der aufgestellten Anforderungen sicherzustellen. Die gewährte Übergangsfrist von vier Jahren ermöglicht es allen beteiligten Einrichtungen, entsprechend qualifiziertes Personal vorzuhalten.

## Übergangsregelung

Die Zertifizierung als EPZmax und EPZ ist für Einrichtungen möglich, wenn

- mit Ausnahme der Qualifikation Spezielle Orthopädische Chirurgie (SOC) alle Anforderungen und Bedingungen zur Zertifizierung als EPZmax bzw. EPZ komplett erfüllt werden und
- die für die Zertifizierung als EPZmax/EPZ geforderten Fallzahlen und Strukturvorgaben (wie zum Beispiel Vorhaltung einer Intensivstation, Zahlen zur Wechselendoprothetik etc.) über einen Zeitraum von vier Jahren vor Beantragung der Übergangsregelung nachgewiesen werden.

Ferner gilt:

- Die Zertifizierung unter diesen Bedingungen kann für eine Übergangsfrist von vier Jahren ab Inkraftsetzung dieser Bestimmungen erlangt werden.
- Nach Ablauf der Übergangsfrist müssen in allen EPZ und EPZmax die Bedingungen vollständig, auch im Hinblick auf die Spezielle Orthopädische Chirurgie, erfüllt werden.

- Unberührt hiervon ist die zwischenzeitlich abgelaufene Sonderregelung (Antragstellung bis 31. März 2014)

## Traumamodul

- Das Traumamodul wird als Abschnitt im Anforderungskatalog des EPZ/EPZmax in das EndoCert System integriert und beinhaltet die Anforderungen für die Versorgung akuter Frakturen am proximalen Femur durch die Implantation einer Endoprothese.
- Die Versorgung periprothetischer Frakturen kann durch EPZ und EPZmax erfolgen.
- Die Versorgung von periprothetischen Frakturen > Vancouver B2 (auch ohne Wechsel) werden als endoprothetische Eingriffe mitgezählt.
- Die Versorgung erfolgt durch Haupt- bzw. Seniorhauptoperatoren des jeweiligen EPZ/EPZmax.
- Die Erarbeitung des Traumamoduls erfolgt gemeinsam mit der DGU. Die Integration des Traumamoduls soll spätestens in den Erhebungsbögen Version 2015 erfolgt sein.

## Ergänzende Regelungen

**Endoprothesenversorgungen im Rahmen der BG-lichen Heilbehandlung – posttraumatische Arthrosen und anerkannte Berufserkrankungen:** Die Implantation von Endoprothesen bei der BG-lichen Heilbehandlung aufgrund posttraumatischer Arthrosen und anerkannter Berufserkrankungen kann im Rahmen der BG-Heilverfahrenssteuerung oder auf Wunsch des Patienten an einem EPZmax erfolgen. Eine grundsätzliche Sonderzulassung eines EPZmax für diese Patientengruppen auf Antragstellung bei der DGUV wird

von der DGU, der DGOOC und der DGOU empfohlen und angestrebt.

## Erläuterungen

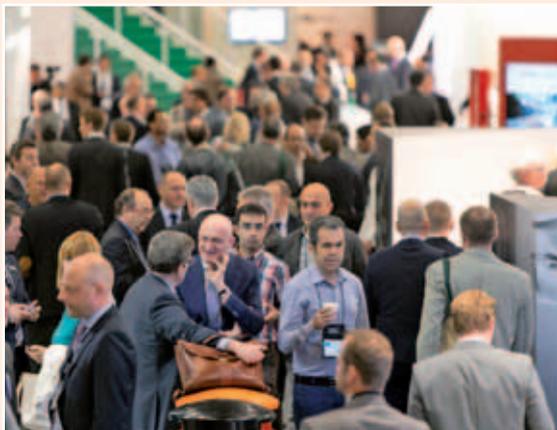
Die Übergangsfrist beginnt ab dem 1. August 2014. Die Erarbeitung des Traumamoduls durch eine Task-Force der DGU erfolgt gemeinsam und in Abstimmung mit der DGOOC. Die Integration des Traumamoduls erfolgt in 2015. Die im Traumamodul bezeichneten Eingriffe können grundsätzlich – analog zu Endoprothesenimplantationen – auch nach wie vor an Versorgungskliniken ohne formale Teilnahme an einem EPZ erbracht werden. Die ergänzenden Regelungen zur Endoprothesenversorgung im Rahmen der BG-lichen Heilbehandlung müssen durch die DGUV zunächst konsentiert werden. Eine ergebnisoffene Absichtserklärung für eine eingehende Prüfung durch die DGUV liegt vor. Eine positive Entscheidung wurde insbesondere für die Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen des individualisierten Reha-Managements bereits signalisiert. Zudem wäre die Kooperation zwischen EndoProthetikZentren und bestehenden SAV-Netzwerken in diesem Zusammenhang möglich.

*Dr. Holger Haas*  
Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der DGOOC

*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann*  
Generalsekretär der DGU

## ENDOCERT

Endocert ist ein Projekt der DGOOC mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) in der DGOU, DGU und des BVOU. Die Überführung in ein Projekt der DGOU wird angestrebt.



EFORT-KONGRESS

## Europäischer Kongress in London



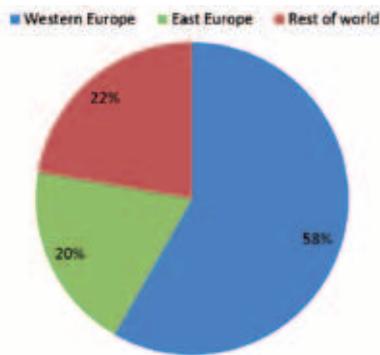
Die European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) ist die Dachgesellschaft von 45 nationalen Fachgesellschaften aus 42 europäischen Ländern mit mehr als 45.000 Mitgliedern, zudem besteht eine enge Kollaboration mit 20 europäischen Specialty Societies.

Der 15. EFORT-Kongress fand Anfang Juni in London statt, gemeinsam ausgerichtet mit der British Orthopaedic Association (BOA). Die 7.400 Teilnehmer aus 99 Ländern konnten aus mehr als 240 Sitzungen wählen. Von den 4.400 eingereichten Abstracts wurden 2.465 akzeptiert.

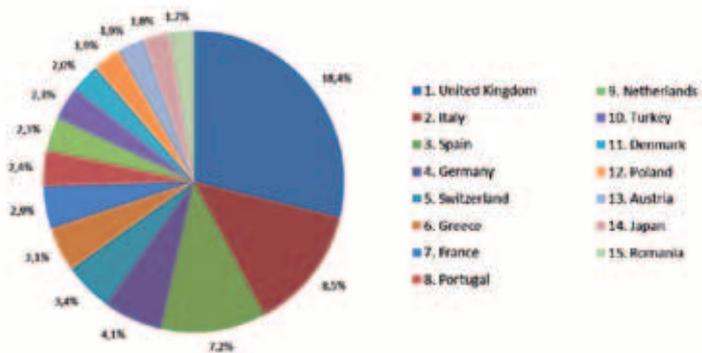
Der diesjährige europäische Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie fand im ExCeL-Center in den ehemaligen Hafenanlagen von London, den Royal Victoria Docks, statt. Dieses große Messe- und Kongressgelände liegt zwar etwas außerhalb von Downtown London, ist jedoch mit öffentlichen Transportmitteln gut

zu erreichen, sodass sich jeden Morgen mehrere Tausend Orthopäden und Unfallchirurgen aus der ganzen Welt mit der U-Bahn in diese Richtung bewegten.

Es fanden mehr als 50 Symposien, 20 Instructional Courses und 21 Sitzungen der Specialty Societies statt, daneben



**Abb. 1** Aus aller Welt kamen Orthopäden und Unfallchirurgen zum EFORT Kongress nach London.



**Abb. 2** Die meisten Teilnehmer kamen aus Großbritannien.

spezielle Formate wie Interactive Expert Exchange, Complex Case Discussions, Debate Fora und ein ganztägiger Comprehensive Review Course.

Im Mittelpunkt des Kongresses stand das Thema Patientensicherheit – etliche Schwerpunktsitzungen fokussierten sich auf diese Inhalte. In einem „Patient Safety Symposium“ präsentierten hochrangige internationale Redner ihre Beiträge: Professor Didier Pittet, Direktor des Infection Control Programme und des World Health Organization (WHO) Collaborating Centre on Patient Safety am Universitätsspital Genf, sprach über „Clean Care is Safer Care“, der Präsident der AAOS, Professor Frederick M. Azar, über „Wrong Site Surgery and Surgical Checklist“. Zudem konnte in weiteren Beiträgen die politische Bedeutung dieses Themas unterstrichen werden. Agnieszka Daval-Cichon berichtete von den Aktivitäten der EU-Kommission und Professor Sir Liam Donaldson, der ehemalige Chief Medical Officer UK und Initiator der World Health Organisation World Alliance for Patient Safety, aus der WHO sowie über globale Aktionen. In weiteren Symposien wurden die Themen „Fast Track Treatment“, Implantatsicherheit und „The International Healthcare Timebomb – an Avalanche of Orthopaedics“ hochrangig diskutiert.

Die EFORT Honorary Lectures wurden von zwei der weltweit bekanntesten Experten gehalten: die Erwin Morscher Lecture von Professor Pietro Ruggieri, Bologna („Progresses Of Musculoskeletal Oncology In The Last Decades And Future Perspectives“), und die Michael Freeman Lecture von Stuart Weinstein, Iowa City („The Evidence Base For Pediatric Orthopaedics“).

Im Rahmen des Kongresses wurde auch das neue umfangreiche EFORT Textbook „European Surgical Orthopaedics and Traumatology“ erstmals vorgestellt, das insbesondere für die Vorbereitung auf das European Board Examen hilfreich erscheint.

Die American Academy of Orthopaedic Surgeons war dieses Jahr die Gastnation auf dem EFORT-Kongress und mit vielen hochkarätigen Repräsentanten vertreten, zudem waren auch viele weitere außereuropäische Kollegen präsent, insbesondere aus Asien, Australien und Südamerika. Dieser Kongress ist zwar von der Teilnehmerzahl nur der zweitgrößte auf europäischem Boden (nach dem DKOU), aufgrund seiner Internationalität aber hochinteressant, und erlaubt häufig Einblicke in heterogene Ansichten und Erfahrungen, die auf den nationalen Kongressen zum Teil ausbleiben. Für die meisten europäischen Kollegen ist es zudem mit weitem Abstand der größte Kongress, an dem sie bisher mit ihren Sprachkenntnissen problemlos teilnehmen können und auch internationale „Luft schnuppern“ können – dies reflektiert auch die große Zahl der eingereichten Abstracts insbesondere aus den süd- und osteuropäischen Ländern, Skandinavien und Großbritannien. Lediglich die Zahl der deutschen Anmeldungen spiegelt nicht unbedingt die Bedeutung und Größe der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie wider. Während auf der Ebene der erfahrenen deutschen Klinikchefs und Oberärzte viele in London präsent waren, schien die Zahl der jüngeren Deutschen im Vergleich zu den Kollegen aus dem europäischen Ausland deutlich geringer, was sicherlich zum einen der Qualität des DKOU geschuldet ist, zum anderen aber auch etwas enttäuscht, wie wenig Inte-

resse zu bestehen scheint, sich international zu präsentieren und auszutauschen.

Der nächste EFORT-Kongress findet vom 27. bis 29. Mai 2015 in Prag statt – mit Sicherheit eine interessante Option, sich vor der Haustür internationale Aspekte des großen Faches anzusehen bzw. aktiv mitzugestalten.



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, BVOU Vizepräsident

## ÜBER EFORT

Die European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) ist die Dachgesellschaft von 45 nationalen Fachgesellschaften aus 42 europäischen Ländern. Aus Deutschland sind der BVOU, die DGOOC und die DGU als Mitglieder vertreten.

President: Mr. Stephen R. Cannon, United Kingdom  
 Immediate Past President: Dr. Manuel Cassiano Neves, Portugal  
 First Vice President: Prof. Dr. Enric Cáceres Palou, Spain  
 Secretary General: Ass. Prof. Dr. Per Kjaersgaard-Andersen, Denmark

Als Member-at-Large und Chairman des Education Committee ist Prof. Klaus-Peter Günther (Dresden) im Exekutivvorstand vertreten, als weitere kooptierte Mitglieder aus Deutschland Prof. Wolfhart Puhl (Oberstdorf), Prof. Ulrich Stöckle (Tübingen) und Prof. Karsten Dreinhöfer (Berlin).

Weitere Infos unter [www.efort.org](http://www.efort.org)



Fotos: Privat

ECTES

## Neues in der Traumaversorgung

Vom 24. bis 27. Mai 2014 fand der 15. Europäische Kongress für Trauma & Notfallchirurgie, (ECTES – European Congress of Trauma and Emergency Surgery) in Frankfurt statt. Dieser Kongress war gleichzeitig auch der 2. Weltraumakongress (2nd World Trauma Congress).

Die European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) vertritt mittlerweile 30 nationale Gesellschaften und damit circa 10.000 nationale institutionelle Mitglieder. Die Gesellschaft ermöglicht zusätzlich eine direkte, aktive, individuelle Mitgliedschaft, die von circa 1.000 Chirurgen in Europa und in der ganzen Welt wahrgenommen wird. Der Jahreskongress findet jeweils in einem anderen Land statt. Für 2014 wurde der Standort Frankfurt mit Kongresspräsident Prof. Dr. Ingo Marzi ausgesucht.

Unabhängig von der europäischen unfallchirurgischen Gesellschaft hatte sich vor zwei Jahren in Rio de Janeiro eine

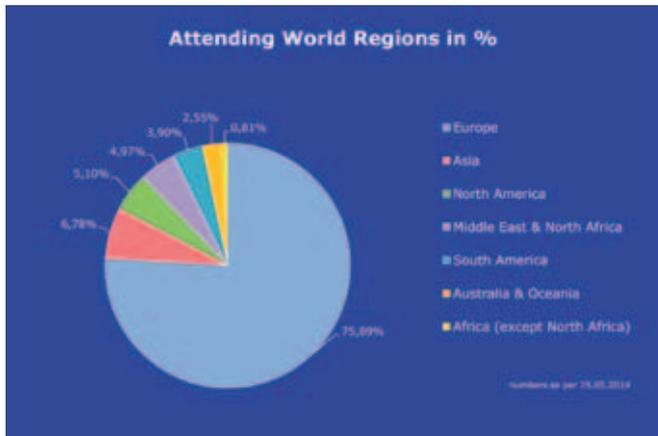
World Coalition for Trauma Care (WCTC) gegründet mit dem Ziel, die Verbesserung der Unfallversorgung weltweit zu verbessern. An diesem Gründungstreffen in Brasilien war die europäische Traumagesellschaft ESTES ebenfalls beteiligt. Von den teilnehmenden Nationen unter Leitung von Prof. Coimbra, USA, wurde angefragt, ob man den 2. Weltkongress in Frankfurt an den 15. europäischen Traumakongress anknüpfen könnte, was natürlich sehr begrüßt wurde.

### 1.600 Teilnehmer

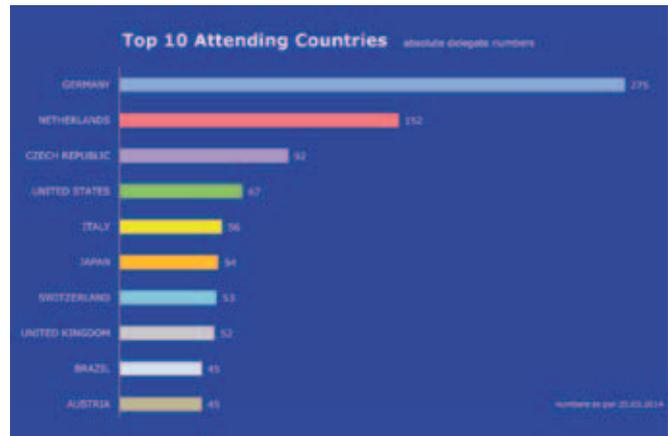
Vor diesem Hintergrund fand im Congress Centrum Frankfurt Messe der Kon-

gress mit 1.600 Teilnehmern statt. Wie in ► **Abb. 1a** und **1b** zu erkennen sind, waren drei Viertel der Teilnehmer aus Europa gekommen, ansonsten jedoch auch aus der ganzen Welt aus insgesamt über 80 Ländern. Der gesamte Kongress hat daher eine sehr internationale Atmosphäre ausgestrahlt, was während der Vorträge, in den Pausen und bei den Postern positiv angekommen ist.

Die Themen des Kongresses waren die Versorgung von Polytraumapatienten im Rahmen der gesamten Versorgungskette von der präklinischen Versorgung über die Schockraumversorgung, die operativen Behandlungskonzepte, die inten-



**Abb 1a** Die Besucher des ECTES kamen aus aller Welt.



**Abb 1b** Die meisten Teilnehmer stammten aus Deutschland und den Niederlande.

sivmedizinische Behandlung bis hin zur Rehabilitation. Insgesamt 34 Sitzungen waren dem Polytrauma und Neurotrauma sowie der weltweiten Polytrauma- und Verletztenversorgung gewidmet. Das zweite große Thema waren muskuloskelettale Verletzungen mit insgesamt 24 Sitzungen. Aber auch übergreifende Themen wie die Vorbereitung auf Desaster und Katastrophen, die Militärchirurgie, aber auch Fortbildungskonzepte, waren mit zwölf Sitzungen vertreten. Die übrigen Vorträge verteilten sich auf spezielle Verletzungen der Thorax- und Abdominalorgane, der Gefäße, die Kindertraumatologie und Verletzungen älterer Menschen.

Die europäische Trauma Society vertritt auch die Notfallchirurgie, die in einigen europäischen Ländern, losgelöst von der Allgemeinchirurgie, die akuten abdominal-chirurgischen und thorax-chirurgischen Notfälle versorgt. In Deutschland und anderen Ländern wird dies eher durch die Allgemeinchirurgie vertreten. Die Kenntnis von thorako- oder abdominalen Operationen ist weiterhin auch für die gesamte Unfallchirurgie von großer Bedeutung.

### Innovation in Trauma Care

Der Kongress stand unter dem Motto „Innovation in Trauma Care“. Dieser Aspekt wurde in den zahlreichen Sessions durchgängig berücksichtigt. Neben zahlreichen Techniken, Tipps und Tricks wurden auch moderne diagnostische Verfahren, beispielsweise bei der Blutungskontrolle, in der Schockraumdiagnostik oder bei minimal-invasiven Operationsverfahren auf hohem Niveau diskutiert.

Ein besonderer Schwerpunkt war die Darstellung der gesamten Versorgungskette von der Präklinik bis zur Rehabilitation. Hier konnten die verschiedenen Länder innerhalb Europas und auch weltweit viel voneinander lernen und ihre Systeme vergleichen. In zahlreichen Podiumsdiskussionen wurden die relevanten Aspekte besprochen.

Die insgesamt 250 eingeladenen Vorträge, 300 oralen Präsentationen und circa 300 freien Vorträge waren sehr gut besucht. Der Kongress fand im Kongresszentrum Frankfurt unter optimalen Bedingungen statt mit sieben Parallelsitzungen. Auch die Pausen und Mittags-symposien wurden sehr gut angenommen und boten eine gute Kontakt- und Diskussionsgrundlage.

Der Kongress wurde zusätzlich flankiert von Trainingskursen wie ATLS, ETC, DSTC, MuSEC und dem Polytraumakurs, die alle voll gebucht und erfolgreich im Trainingszentrum der Feuerwehr in Frankfurt abgelaufen sind.

Die konstruktive und kollegiale sowie internationale Atmosphäre wurde von fast allen Teilnehmern sehr positiv angenommen. Auch die abschließende Pressekonferenz wurde sehr gut rezipiert mit über 100 Zitationen, vor allem in der deutschsprachigen Presse.

Nicht zuletzt wurde das Networking-Programm des Kongresses mit fast 500 Teilnehmern sehr gut besucht und führte zu einer weiteren Verständigung.

Der nächste Kongress findet vom 10. bis 12. Mai 2015 in Amsterdam statt und ist

auf der Seite <http://ectes2015.org> schon konkret angekündigt. Die Teilnahme kann für jeden aktiven unfallchirurgisch Interessierten nur empfohlen werden, da das komplette Spektrum der Unfallchirurgie auf den ESTES-Kongressen abgebildet ist.

*Prof. Dr. Ingo Marzi*  
*Prof. Dr. Pol M. Rommens*  
*Prof. Dr. Luke Leenen*  
*Prof. Dr. Bertil Bouillon*  
*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann*

### ÜBER ESTES

Die ESTES ist die europäische Gesellschaft für Unfallchirurgie und versteht sich als Vertreter der Traumatologie in Europa mit 30 nationalen Gesellschaften. Ziel ist die integrierte Versorgung der Unfallverletzten sowie auch notfallchirurgischer Patienten. Das ESTES-Board besteht aus

- President: Ari Leppäniemi, Finland
- President-Elect: H. C. Pape, Germany
- Past-President: Luke Leenen, Netherlands
- General Secretary: Pol Rommens, Germany
- Treasurer: Hayato Kurihara, Italy
- Vice-President: Eric Voiglio, France
- Editor-in-Chief Eur J Trauma Emerg Surg: Ingo Marzi, Germany
- National Delegate Germany: Christoph Josten, Leipzig

Die individuelle Mitgliedschaft kann unter der Adresse [office@estesonline.org](mailto:office@estesonline.org) (Ms. Lenzinger) beantragt werden und erlaubt die Übernahme aktiver Funktionen.

[www.estesonline.org](http://www.estesonline.org)  
[www.ectes2015.org](http://www.ectes2015.org)



Fotos: BM-OT

OTWORLD 2014

# Erfolgreiche Kooperation von Medizin und Handwerk



Die OTWorld 2014 zeigte auch in diesem Jahr die beeindruckende Breite und Leistungsfähigkeit der Technischen Orthopädie. Von der Einlage über die Rückenorthese bis zur hochtechnisierten, wasserfesten Exoprothese: Der technologische Fortschritt und seine Anforderung an die differenzierte Indikationsstellung sowie die gezielte interdisziplinäre Nachwuchsförderung wurden in Leipzig vom 13. bis 17. Mai 2014 unbezweifelbar deutlich.

Die OTWorld in Leipzig hat ihr Wachstum fortgesetzt: 20.400 Besucher strömten zur Internationalen Fachmesse und Weltkongress auf das Leipziger Messegelände, die in diesem Jahr erstmals mit dem neuen Namen „OTWorld“ an den Start ging. Mehr als ein Drittel der Besucher kam aus dem Ausland, ebenso wie fast die Hälfte der 548 Aussteller. Besucher aus über 80 Ländern informierten sich über die Neuheiten der Branche.

Der Weltkongress und die Weltleitmesse ergänzten sich inhaltlich ideal und ermöglichten den Austausch auf allen Ebenen. Das Kongressprogramm führte Orthopädie-Techniker, Orthopädienschuh-

macher, Ingenieure, Physiotherapeuten und Mediziner verschiedener Disziplinen aus aller Welt zum interdisziplinären Austausch zusammen.

Die Messe war neben einer hochkarätigen, informativen Ausstellung auch durch Sonderveranstaltungen wie „Gesundheitshaus der Zukunft“ für Sanitätshäuser, das „Technik-Forum Reha“ sowie „Gläserne Werkstatt“ geprägt, die von den Teilnehmern als sehr gut bewertet wurden.

## Große Bandbreite der Themen

Schon in der Eröffnungsveranstaltung konnte Kongresspräsident Prof. Dr. Wolf-

ram Mittelmeier die sehr ausgeprägte Bandbreite und Leistungsfähigkeit der Technischen Orthopädie in Bildern und Zahlen darstellen, aber auch politisch-rechtliche Hürden und den Bedarf der ständigen kritischen wissenschaftlichen Überprüfung der Versorgungskonzepte.

Im Rahmen des Fachkongresses boten Wissenschaftler verschiedener Berufsgruppen und Nationalitäten hochwertige Vorträge (mit Simultanübersetzung). Mehr als in den Vorjahren wurde Wert gelegt auf berufs- und gesundheitspolitische Diskussionen mit renommierten Vertretern beteiligter Berufsgruppen und politischen Vertretern – zu Themen

wie gesellschaftlicher Wandel und Wirtschaftlichkeit. Höhepunkte waren die Podiumsdiskussionen zu „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit orthopädiotechnischer Versorgung – Priorisierung versus Zukunftskonzepte“ und „Herausforderungen durch eine sich wandelnde Gesellschaft“. Unter anderem Carla Griemberger (GKV-Spitzenverband), Marcus Rehm (BIV-OT), Norbert Aumann (Industrie/Otto Bock Healthcare), Maria Michalk (MdB), Dr. Roy Kühne (MdB), Sascha Graf (DAK), Klaus Mehring gen Friehoff (Barmer GEK), Bettina Irmscher (Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Frankfurt/Main) und Udo Michalik (Generalsekretär der Kultusministerkonferenz) thematisierten Brennpunkte und Lösungsmöglichkeiten unter der Moderation von Klaus Lotz und Wolfram Mittelmeier. Neben harter Versorgungsrealität gab es einige persönliche, ernüchternde und bereichernde Erfahrungen aus dem familiären Kreis der Diskutanten zu hören, die reale Denkanstöße gaben. Die Redner trugen persönliche Erfahrungen bei, die ein klares Verständnis für unsere täglichen Probleme in der gemeinsamen Patientenversorgung offenbarten. Bürokratismus, Reibungsverluste, Überforderung der Patienten im System und teilweise erhebliche Unterschiede in der Bandbreite von Hilfsmittelverordnungen wurden unterschiedlich artikuliert und kommentiert.

## Hochwertige Keynote-Präsentationen

Wertvolle Basis dieser Diskussionen waren hochwertige Keynote-Präsentationen: Neurodegenerative Erkrankungen und demografischer Wandel (S.F. Capa); Qualität und Compliance in der Patientenversorgung (G. Grande); Bionische Beine: extreme Interfaces (H. Herr); Placebo und Wirksamkeit in der Behandlung des Kreuzschmerzes (M. Krismer); Rehabilitation nach Amputation der unteren Extremität (D. Menager); Orthopädiotechnik im Wandel der Zeit (K. Lotz); Orthopädiotechnik aus dem Kaufhaus – wer hat die Kompetenz? (F.U. Niethard). Weitere Schwerpunktthemen waren: XXL-Versorgung; Hygiene und Infektion in der täglichen Versorgung; Differenzierte Versorgung von der Akutversorgung bis zur Rehabilitation.

Zahlreiche Fachbeiträge über die gesamte Breite der Technischen Orthopädie bereicherten das Programm. Trauma-Versorgungen und spezielle Fragen der Stumpfversorgung sowie auch Konzepte

aus der Kinderorthopädie wurden ausführlich diskutiert.

## Programm für den Nachwuchs

Bereits das vorherige Kongressteam mit Prof. Dr. Bernd Greitemann hatte einen Tag der Auszubildenden mit Kongress- und Messführung organisiert. Es war ein persönliches Anliegen des diesjährigen Kongresspräsidenten, ab diesem Jahr auch unsere Medizinstudenten zu integrieren und mit den Auszubildenden des Handwerkes in Leipzig schon im Sinne einer frühen, interdisziplinären Ausbildung und Kooperation zusammenzubringen: Nachwuchs in Medizin und Technik prägt Zukunft. Dank gilt den Betreuern, die über zwei Tage viel persönlichen Einsatz gezeigt haben. Die Nachwuchsarbeit mündete in ein gemeinsames Nachwuchs-Grillfest.

## Ehrungen

Die Heine-Hessing-Medaille in Gold erhielten Prof. Dr. René Baumgartner, Klaus Dittmer und Prof. Dr. Bernd Greitemann (sehen Sie dazu auch Seite 410). Der Nachwuchspreis ging an Annette Kerckhoff aus Münster, den Preis für die beste Präsentation verlieh der Fachbeirat-Vorsitzende Matthias Bauche an Dr. Ralf Dreesen aus Gütersloh.

## Weißbuch Technische Orthopädie

Erfreulicherweise konnte in Leipzig das „Weißbuch Technische Orthopädie“ vorgestellt werden, welches seit der Gründung des Fachbeirates des Bundesinventionsverbands im März 2012 von diesem mit der wertvollen Koordinationsarbeit von Bernd Wünschmann aktuell fertiggestellt wurde.

## Ausblick

Die nächste OTWorld wird vom 3. bis 6. Mai 2016 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Frank Braatz (Private Fachhochschule Göttingen/Universitätsmedizin Göttingen) und der bewährten orthopädiotechnischen Begleitung durch Klaus Lotz als Vorsitzendem des BIV-OT in Leipzig veranstaltet.

## Fazit

Die Technische Orthopädie blickt auf eine lange Tradition zurück und erlebt aktuell eine beeindruckende technische Evolution. Moderne technische Lösungen bie-

## DIE OTWORLD IN ZAHLEN

548 Aussteller auf 44.000 Quadratmetern Fläche, 300 Referenten mit 105 Stunden Kongressprogramm wurden gezählt. Somit war die OTWorld die größte Veranstaltung in ihrer bisherigen Geschichte und konnte im Vergleich zur letzten Veranstaltung 2012 ein Flächenwachstum von fünf Prozent verzeichnen. Auch die Besucherzahl (20.400) wuchs im Vergleich zu 2012 um fünf Prozent. Mehr Infos: [www.otworld.de](http://www.otworld.de)

ten heute beeindruckende individuelle Versorgungsmöglichkeiten einschließlich des hoch funktionellen Extremitäten-Teilersatzes. Die steigenden gesellschaftlich bedingten Anforderungen und Erwartungen an eine selbstständige und sichere Mobilität stellen hohe Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Beteiligten. Die OTWorld leistete auch in diesem Jahr dazu einen wesentlichen Beitrag. Nur spezialisierte Personen auf technischer und medizinischer Seite, die interdisziplinär zusammenarbeiten, können diesen Anforderungen gerecht werden. Teilweise geht es um die Vermeidung von Operationen, meist aber um die Sicherung eines Operationsergebnisses und eine funktionsgerechte bzw. protektive Nachbehandlung und Rehabilitation. Orthopädie und Unfallchirurgie sind die entscheidenden medizinischen Partner in diesem Versorgungsbedarf, sowohl in der Indikationsstellung als auch in der Erfolgskontrolle. Insgesamt aber werden wir künftig vor dem Hintergrund der fortwährenden Kostendiskussion immer mehr unsere Therapiekonzepte in hochwertigen klinischen Studien im Hinblick auf Wirksamkeit und konkrete sinnvolle Indikationsstellung prüfen müssen.

Meine besondere Würdigung gilt der sehr effizienten und fruchtbaren Kooperationsbereitschaft aller Mitglieder des Programm- und des Organisationsteams! Dank gilt auch den Industriepartnern für die beeindruckende Ausstellung.

*Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier*



Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier war der diesjährige Kongresspräsident der OTWorld.



Fotos: Peter Binz



GOTS JAHRESKONGRESS

## Wissenschaft und Profifußball



Der Jahreskongress der Deutsch-Österreichisch-Schweizer Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS), einer Sektion der DGOU, stand in diesem Jahr ganz im Zeichen der Wissenschaft und der Fußball-Weltmeisterschaft in Brasilien.

„Eine unserer Hauptfragen ist, inwieweit Fußball und Wissenschaft überhaupt miteinander konform gehen können und welche Erkenntnisse trotz mancher Skepsis zunehmend Akzeptanz finden“, sagte Kongresspräsident Prof. Dr. Gerhard Bauer von der Sportklinik Stuttgart zum Auftakt der Veranstaltung im Hilton Munich Park.

Neben Themenkomplexen zu Bildung, Knorpeltherapie, konservativen Therapieverfahren, Platelet Rich Plasma (PRP) und operativen Pitfalls stand die zeitgleich laufende Fußball-WM im Fokus. „Es ist statistisch erwiesen, dass die Verletzungszahl bei Weltmeisterschaften immer höher ist“, sagte Dr. Raymond Best von der Sportklinik Stuttgart und Mannschaftsarzt des VfB Stuttgart. Dafür nannte er einige Ursachen: „Die Motivation der Spieler ist größer, die Spielfrequenz kürzer und das Klima für die meis-

ten Sportler anders als gewohnt. Außerdem ging für viele Spieler erst kürzlich eine lange Saison zu Ende.“

Generell unterscheidet sich die Behandlung eines Leistungssportlers von der eines durchschnittlichen Sportlers. Während einem Freizeitkicker nach Verletzung oder Überlastung oft eine monatelange Pause verordnet wird, kann ein Profifußballer bei ähnlicher Diagnose teilweise schon nach wenigen Tagen wieder auf dem Platz antreten. Dies hat

mit dem Spannungsfeld zwischen medizinischen Erwägungen, den Zielen des Vereins, den Wünschen des Trainers und des Spielers selbst zu tun. „Oftmals überschreitet man als behandelnder Arzt im Spitzensport Grenzen, wo man im Normalfall konservativ behandelt hätte“, sagte GOTS-Präsident Prof. Dr. Victor Valderrabano. Der Arzt müsse deshalb „ein gutes Handling für konservatives Management“ mitbringen. Denn: „Der Arzt ist immer der Anwalt des Patienten und der Anwalt des Athleten.“



### Verletzung des Kniegelenks als Ursache fürs Karriereende

Dass trotz einer bislang eher durch Praxis und klinische Erfahrung geprägten Tradition der orthopädisch-traumatologischen Betreuung von Sportlern wissenschaftliche Untersuchungen immer mehr an Bedeutung gewinnen, zeigte eine Session zum Themenkomplex Wissenschaft und Profifußball. Neben Spielverlaufsanalysen und Leistungsdiagnostik kamen auch Evaluationen von Verletzungen und deren Langzeitfolgen in den Blick.

Mit den Langzeitfolgen von Verletzungen im Profifußball beschäftigte sich beispielsweise eine Studie, die das FIFA Medical Centre of Excellence Regensburg auf Grundlage der Befragung von 120 ehemaligen Profifußballern in Deutschland durchgeführt hatte. Einerseits wurden Verletzungen aus ihrer Karriere retrospektiv abgefragt, andererseits der aktuelle Gesundheitsstatus ermittelt. Dabei zeigte sich, dass bei zwei Dritteln der Befragten Verletzungen oder andere medizinische Gründe ihrer Karriere ein Ende setzten. Und dies für fast 40 Prozent der Spieler abrupt und völlig über-

### GRÜNDUNG DER INTERDISZIPLINÄREN YOUNG ACADEMY

Erstmals fand in diesem Jahr ein PreDay statt, an dem praktische Instruktionkurse zu Knieverletzungen und Leistungsdiagnostik auf dem Programm standen. Außerdem fand an diesem Tag das Gründungssymposium der interdisziplinären GOTS Young Academy statt. Nahezu 50 sportorthopädisch interessierte und engagierte Studierende der Medizin, junge Physiotherapeuten, Biomechaniker und Sportwissenschaftler kamen unter dem Motto „Next Generation“ zu einem ersten Treffen zusammen. „Mir ist es ein Anliegen, Sie an Bord zu holen und Sie zu beteiligen, um die Zukunft unserer Gesellschaft mitzuprägen“, sagte GOTS-Präsident Valderrabano zum Start dieser Veranstaltung. Als Vorsitzende wurde die Münchner Medizinstudentin Sarah Sommer gewählt.

raschend. Die am häufigsten genannte Ursache war das Kniegelenk. Nach dem Karriereende bereiteten Muskeln und Sprunggelenke, an denen sich die Spieler zu ihrer aktiven Zeit relativ häufig verletzt hatten, eher wenig Probleme. Jeder zweite klagte jedoch über Probleme mit dem Kniegelenk in Form von Schmerzen, Instabilität oder Bewegungsdefiziten. Rückenverletzungen spielten während der aktiven Zeit eine äußerst geringe Rolle.

Bei fast 70 Prozent wurde Arthrose, am häufigsten im Kniegelenk, diagnostiziert. Bei drei Vierteln aller ehemaligen Spieler wurden Operationen an den unteren Extremitäten durchgeführt oder bereits fest geplant. Rückblickend gaben die Spieler an, dass in ihrer aktiven Zeit Trainingskonzepte und medizinische Aufklärung hätten besser sein müssen. „Wir wissen, dass die medizinische Versorgung im Profifußball verbesserungswürdig und Teil einer strittigen Diskussion ist“, resümierte Dr. Werner Krutsch.

### Frühestmöglich mit Prävention beginnen

Er forderte aber auch, frühestmöglich mit Prävention zu beginnen und vor allem im Jugendfußball die Erste-Hilfe-Versorgung zu verbessern. Gerade für junge Spieler im Profibereich sei zudem eine „adäquate Therapie entscheidend“ und nicht die schnellstmögliche Rückkehr auf den Platz. So sei es beispielsweise bei Meniskus- oder Knorpelverletzungen angeraten, ein Therapieverfahren zu wählen, das es einem 20-jährigen ermögliche, noch weitere zehn Jahre zu spielen, und nicht ein Verfahren, das den Jungprofi in den folgenden drei Jahren an zwei Turnieren teilnehmen lässt, dann aber zum vorzeitigen Karriereende führt. In der anschließenden Diskussion wurde einhellig darauf hingewiesen, dass bei den Spätschäden durch den Profifußball Hüftgelenksprobleme eine vielleicht noch wichtigere Rolle spielen als die Schädigungen des Kniegelenks. Aufgrund der anatomi-

schischen muskulären Voraussetzungen würde die Hüftgelenksproblematik bei Fußballern während ihrer aktiven Phase jedoch häufig „überspielt“ und mache sich nicht so bemerkbar wie Komplikationen im Kniegelenk.

Diese Auffassung wurde durch ein systematisches Review der Heidelbergerin Monika Lohkamp zur „Prävalenz von Arthrose in der Lendenwirbelsäule (LWS) und der unteren Extremität bei ehemaligen Fußballprofis“ bestärkt. Sie stellte eine Untersuchung vor, in der 14 Studien ausgewertet wurden, an denen insgesamt 1.500 Ex-Profis im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren teilgenommen hatten. Durch die extrem große Heterogenität zwischen den Methoden, die in den einzelnen Studien angewendet wurden, erbrachte der Review insgesamt zwar wenig neue Erkenntnisse, denen hohe Evidenz zugesprochen werden könnte. Allerdings gab es eine Ausnahme – es wurde deutlich, dass Probleme im Hüftbereich bei den Ex-Profis eine große Rolle spielen und eine signifikant höhere Prävalenz als bei den in den Studien untersuchten Kontrollgruppen und auch bei der statistisch erfassten „normalen“ Bevölkerung besitzt.

Miriam Buchmann-Alish



Miriam Buchmann-Alish ist Redakteurin bei der DGU.

### MEHR INFOS

Website der Deutsch-Österreichisch-Schweizer Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS):

[www.gots.org](http://www.gots.org)

Website des GOTS-Jahreskongresses 2014:

<http://gots-kongress.org/gots2014/>



# Chefarztbehandlung bei bewusstlosen und Notfallpatienten

Mit der Vereinbarung ärztlicher Wahlleistungen wollen sich Patienten eine gehobene Qualität der ärztlichen Behandlung sichern. Für diese landläufig als Chefarztbehandlung bezeichnete Tätigkeit ist stets eine schriftliche Vereinbarung mit dem jeweiligen Krankenträger erforderlich. Wird ein Patient allerdings bewusstlos oder als Notfall-

patient in die Klinik eingeliefert, ist es meist nicht möglich, mit dem Patienten selbst eine solche Vereinbarung abzuschließen. Die Chefarztbehandlung fällt also aus? Nein – allerdings gilt es, besondere Formvorschriften einzuhalten.

Dennoch wird man davon ausgehen können, dass ein Teil dieser Patienten auch und gerade in solchen meist lebensbedrohlichen Ausnahmesituationen Wert auf eine Behandlung durch den Chefarzt der unfallchirurgischen oder intensivmedizinischen Klinik legt. In diesen Fällen behelfen sich viele Kliniken mit folgender Vertragskonstruktion: Wird ein Patient bewusstlos und ohne persönliche Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen, unterschreibt ein Krankenhausmitarbeiter die Wahlleistungsvereinbarung als Vertreter des Patienten. Sobald es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt, wird er über den vertretungsweise abgeschlossenen Wahlleistungsvertrag informiert. Er kann dann die Wahlleistungsvereinbarung rückwirkend genehmigen oder aber die Genehmigung verweigern. Finanziell ist ein solches Vorgehen für Krankenträger und die an der Liquidation beteiligten Ärzte – insbesondere in den Fachgebieten der Unfallchirurgie und Intensivmedizin – ohne Frage interessant. Unter welchen Voraussetzungen diese Vertragskonstruktion aber überhaupt rechtlich zulässig ist und welche Einschränkungen dabei gelten, wird nachstehend dargestellt.

### Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung durch vollmachtlosen Vertreter

Grundsätzlich ist es rechtlich zweifelsfrei zulässig, Verträge unter Einschaltung eines Vertreters abzuschließen. Dies gilt

auch für Wahlleistungsvereinbarungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz. In diesen Fällen liegt regelmäßig eine Vertretungsmacht oder Vollmacht vor, mit welcher der vertretene Patient den Vertreter ermächtigt, für ihn rechtsverbindlich zu handeln. Hierunter fällt auch die gesetzliche Vertretung der Eltern für ihre Kinder oder die Vertretung des Betreuers für den betreuten Patienten. Was aber gilt, wenn der Patient bewusstlos ist und kein eigener Vertreter, etwa ein Familienangehöriger, zur Stelle ist?

Denkbar und gesetzlich vorgesehen ist auch in solchen Fällen die Vertretung einer Person. Möglich macht dies die gesetzliche Regelung über den Vertreter ohne Vertretungsmacht nach § 179 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Die Wirksamkeit einer solchen, zunächst schwebend unwirksamen Vereinbarung, die jemand als vollmachtloser Vertreter für einen anderen abschließt, hängt von der späteren Genehmigung durch den Vertretenen ab. Erteilt der Patient also nachträglich seine Genehmigung zum Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung, ist rückwirkend (ex tunc) mit dem Patienten eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung zustande gekommen, auf die der Honoraranspruch gestützt werden kann. Die nachträgliche Genehmigung des Vertragsschlusses muss dabei – anders als die Wahlleistungsvereinbarung selbst – nicht zwingend schriftlich erteilt werden; eine schriftliche Doku-

mentation empfiehlt sich allerdings aus Beweisgründen. Auch wenn also die Einschaltung eines Krankenhausmitarbeiters als vollmachtloser Vertreter des bewusstlosen Patienten zunächst als eine Umgehung geltender Formvorschriften anmutet, ist rein rechtlich gesehen diese Handhabung nicht zu beanstanden.

Gerade für selbst liquidationsberechtigte oder an der Liquidation beteiligte Ärzte in den Fachgebieten der Unfallchirurgie und der Intensivmedizin ist es daher bei Vorliegen einer nachträglich erteilten Genehmigung des Patienten grundsätzlich rechtlich zulässig, die bei diesen bewusstlosen Patienten durchgeführten privatärztlichen Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen der GOÄ bzw. GOZ abzurechnen.

### Folgen bei nicht erteilter Genehmigung des Patienten

Verweigert ein Patient allerdings die nachträgliche Genehmigung des Vertragsabschlusses, liegt von vornherein keine wirksame Wahlleistungsvereinbarung vor. Der Patient muss die tatsächlich in Anspruch genommenen Wahlleistungen nicht bezahlen, auch wenn ihm die gehobene Qualität der Chefarztbehandlung zu Gute gekommen ist. Das Risiko der späteren Verweigerung der Genehmigung und des damit einhergehenden Liquidationsausfalles tragen also allein der Krankenträger und der liquida-

tionsberechtigte oder an der Liquidation beteiligte Chefarzt. Streng genommen haftet im Innenverhältnis der Krankenhausmitarbeiter, der die Wahlleistungsvereinbarung als vollmachtloser Vertreter unterschrieben hat. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Krankenhausträger, mit dem die Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen wird, Kenntnis von der fehlenden Vertretungsmacht hat oder haben könnte, was regelmäßig der Fall ist. Die Angestellten des Krankenhauses, die als Vertreter ohne Vertretungsmacht eines bewusstlosen Patienten für diesen eine Wahlleistungsvereinbarung unterzeichnet haben, könnten dem Krankenhausträger bzw. den Wahlärzten daher erfolgreich entgegenhalten, dass sie den Mangel der Vertretungsmacht kannten oder kennen mussten, so dass entsprechende Regressforderungen im Innenverhältnis regelmäßig ausgeschlossen sind.

## Verbindliche Absprachen im Innenverhältnis empfehlenswert

Um in diesem Zusammenhang Rechtssicherheit für alle Beteiligten herzustellen, ist anzuraten, dass der Krankenhausträger den Beschäftigten, die als Vertreter ohne Vertretungsmacht in Betracht kommen (zum Beispiel in der zentralen Notaufnahme bzw. den entsprechenden Abteilungen) schriftlich bescheinigt, dass diese berechtigt sind, als vollmachtlose Vertreter der Wahlleistungspatienten für diese Wahlleistungsvereinbarungen zu unterzeichnen. Zugleich sollte der Krankenhausträger verbindlich erklären, dass er diese Angestellten im Falle einer etwaigen Inanspruchnahme insbesondere als Vertreter ohne Vertretungsmacht von allen in diesem Zusammenhang geltend gemachten Ansprüchen freistellt und selbst keine Regressforderungen erheben wird.

## Grenzen der persönlichen Leistungserbringung bei Privatliquidation

Zwar lässt sich mit Hilfe der Vertreterkonstellation relativ unproblematisch eine Wahlleistungsvereinbarung wirksam auch mit bewusstlosen Patienten abschließen. Allerdings sind bei der Erbringung der auf diese Weise vereinbarten Wahlleistungen strenge Voraussetzungen zu beachten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich der Wahlleistungspatient die persönliche Leistung des Wahlarztes und damit eine gehobene

Qualität der ärztlichen Behandlung hinzukaufte, die den Wahlarzt zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Die Einschaltung eines Vertreters, der anstelle des Wahlarztes die Leistungen erbringt, ist bei Wahlleistungen generell nur unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen zulässig, die der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 20. Dezember 2007 – III ZR 144 / 07 – konkretisiert hat. Für die Erbringung und Abrechnung von Wahlleistungen gegenüber Bewusstlosen gelten diese Maßstäbe gleichermaßen.

## Wahlärztliche Leistung bei Abwesenheit des Wahlarztes

Auch im Zusammenhang mit wahlärztlichen Leistungen bei bewusstlosen Patienten ist der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zu beachten. Dies bedeutet, dass in erster Linie der liquidationsberechtigten oder an der Liquidation beteiligten Chefarzt der unfallchirurgischen Klinik oder der intensivmedizinischen Einrichtung die wahlärztlichen Leistungen selbst durchführen muss. Dies wird auch bei bewusstlosen Patienten zu den üblichen Dienstzeiten regelmäßig möglich sein. In allen anderen Fällen gilt der bekannte Grundsatz, dass bei *unvorhersehbarer* Abwesenheit des Wahlarztes (kurzfristige Erkrankung) der ständige ärztliche Vertreter nach § 4 Absatz 2 GOÄ die Wahlleistungen erbringen darf. Bei *vorhersehbarer* Verhinderung des Wahlarztes (Urlaub, Fortbildungsveranstaltung) ist jedoch die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen bei bewusstlosen Patienten nur schwer zu realisieren. Im „Normalfall“ nämlich unterzeichnet der Patient selbst die Wahlleistungsvereinbarung; außerdem vereinbart er selbst bei vorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes im Wege einer gesonderten Individualvereinbarung nach umfassender Information und unter Abwägung aller maßgeblichen Umstände eine Vertretung des Wahlarztes. Der Abschluss einer solchen Individualvereinbarung ist bei Bewusstlosigkeit des Patienten rein rechtlich gesehen zwar auch über die oben genannte Konstruktion eines vollmachtlosen Vertreters mit nachträglicher Genehmigung denkbar; allerdings liegen zu dieser Fallkonstellation höchstrichterliche Entscheidungen bisher nicht vor, so dass die Privatliquidation in diesen Fällen rechtlich nicht abgesichert ist.



Foto: william87/Fotolia

Auch bei bewusstlos eingelieferten Patienten können wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden – vorausgesetzt, der Patient erteilt dazu im Nachhinein seine Genehmigung.

## Anforderungen an Individualvereinbarung restriktiv

Wird ein Patient nämlich bewusstlos eingeliefert und steht zu diesem Zeitpunkt bereits fest, dass der Wahlarzt die Behandlung nicht persönlich übernehmen können, ist dessen Abwesenheit also vorhersehbar, käme eine Behandlung durch einen Vertreter des Chefarztes nur dann in Betracht, wenn darüber eine schriftliche Individualvereinbarung mit dem Patienten abgeschlossen werden würde. Zwar wäre es grundsätzlich auch hier denkbar, einen Angestellten des Krankenhauses als Vertreter ohne Vertretungsmacht einzusetzen und die Individualvereinbarung nachträglich durch den Patienten genehmigen zu lassen. Allerdings ist fraglich, ob eine unter diesen Umständen abgeschlossene Individualvereinbarung den immer strenger werdenden Anforderungen der Rechtsprechung noch genügt. Sowohl bei bewusstlosen als auch bei notfallmäßig eingelieferten Patienten ist die erforderliche Behandlung in der Regel nicht aufschiebbar. Damit ist die Wahlfreiheit des Patienten, wahlärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen oder darauf zu verzichten, bereits faktisch eingeschränkt. Zudem ist nicht anzunehmen, dass eine echte Abwägung zwischen den nach der Rechtsprechung darzustellenden Optionen und eine individuelle Entscheidung durch das Krankenhauspersonal als Vertreter des Patienten erfolgt. Vielmehr wird regelmäßig eine Entscheidung zu Gunsten der Durchführung der wahlärztlichen Leistungen durch den Vertreter des Wahlarztes erfolgen.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Auch bei bewusstlos oder notfallmäßig eingelieferten Patienten ist der Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen entweder durch Familienangehörige oder nahestehende Begleitpersonen oder über das Rechtsinstitut des vollmachtlosen Vertreters (Krankenhausmitarbeiter) mit nachträglicher Genehmigung des Patienten rechtlich zulässig.
- Führt der liquidationsberechtigte oder der an der Liquidation beteiligte Chefarzt als Wahlarzt die privatärztlichen Leistungen beim bewusstlos oder notfallmäßig eingelieferten Privatpatienten selbst durch, dürfen diese Leistungen gegenüber dem Patienten abgerechnet werden, wenn der Patient dies nachträglich genehmigt.
- Ist der notfallmäßig eingelieferte Patient bei Bewusstsein, kann auch er selbst wirksam im Vorhinein eine Wahlleistungsvereinbarung abschließen. Führt der Wahlarzt die privatärztlichen Leistungen selbst durch, dürfen diese privatärztlichen Leistungen gegenüber dem Patienten nach den Maßgaben der GOÄ bzw. GOZ abgerechnet werden. Einer nachträglichen Genehmigung des Patienten bedarf es in diesen Fällen nicht.
- Ist der liquidationsberechtigte oder der an der Liquidation beteiligte Chefarzt als Wahlarzt verhindert, die privatärztlichen Leistungen selbst durchzuführen, kann er sich vertreten lassen:
  - Im Fall der *unvorhersehbaren* Verhinderung (zum Beispiel plötzliche eigene Erkrankung des Wahlarztes, Beteiligung an einer anderen Notfallmaßnahme, kurzfristig einberufene Gremiensitzung) kann der ständige ärztliche Vertreter des Wahlarztes die privatärztlichen Leistungen erbringen. Die Wahlleistungsvereinbarung wird im Normalfall, also bei nicht bewusstlosen Patienten, vom Patienten selbst im Vorhinein abgeschlossen. In dieser Wahlleistungsvereinbarung erklärt sich der Patient für den Fall der unvorhersehbaren Abwesenheit des Wahlarztes mit der Durchführung des Eingriffs durch den ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes einverstanden. Bei bewusstlosen Patienten kann die Wahlleistungsvereinbarung von einem Krankenhausmitarbeiter oder anderen Begleitpersonen für den Patienten abgeschlossen werden. Dies beinhaltet auch die Regelung, dass der Wahlarzt bei unvorhersehbarer Abwesenheit von dem ständigen ärztlichen Vertreter vertreten wird. Der Patient hat nachträglich die Möglichkeit, die Wahlleistungsvereinbarung zu genehmigen oder seine Genehmigung zu verweigern. Die erbrachten privatärztlichen Leistungen dürfen bei Genehmigung des Patienten nach den Maßgaben der GOÄ bzw. GOZ abgerechnet werden. Verweigert der Patient die Genehmigung, muss eine Abrechnung der erbrachten privatärztlichen Leistungen unterbleiben.
  - Im Fall der *vorhersehbaren* Verhinderung des liquidationsberechtigten oder der an der Liquidation beteiligten Chefarztes (zum Beispiel Urlaub, Kongressabwesenheit, Krankheit), insbesondere auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten und am Wochenende, kann der Wahlarzt durch einen individuell dem Patienten benannten Vertreter aufgrund einer schriftlichen Individualvereinbarung mit dem Patienten vertreten werden. Die von diesem Individualvertreter erbrachten privatärztlichen Leistungen dürfen nach den Maßgaben der GOÄ / GOZ gegenüber dem Patienten abgerechnet werden. Ist in solchen Fällen, also zum Beispiel am Wochenende oder nachts, der Patient bewusstlos, können sowohl die Wahlleistungsvereinbarung als auch die Individualvereinbarung über die Vertretung des Wahlarztes durch Familienangehörige oder nahestehende Begleitpersonen oder auch über das Rechtsinstitut des vollmachtlosen Vertreters (Krankenhausmitarbeiter) mit nachträglicher Genehmigung des Patienten abgeschlossen werden. Genehmigt der Patient später sowohl die Wahlleistungsvereinbarung als auch die Individualvereinbarung, dürfen die durchgeführten privatärztlichen Leistungen gegenüber dem Patienten nach den Maßgaben der GOÄ bzw. GOZ abgerechnet werden. Bei Verweigerung der Genehmigung muss die Abrechnung unterbleiben. Allerdings ist gerade bei bewusstlos am Wochenende oder außerhalb der üblichen Dienstzeiten eingelieferten Patienten zu beachten, dass die Vertretung des Patienten beim Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung und der Individualvereinbarung durch einen vollmachtlosen Vertreter in der Person eines Krankenhausmitarbeiters von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs noch nicht sanktioniert worden ist; insoweit bestehen also keine gesicherten rechtlichen Erkenntnisse. Im Zweifel sollte also in diesen Fällen auf eine Berechnung der privatärztlichen Leistungen gegenüber den Patienten vorsorglich verzichtet werden.
- Will der Patient von einem ganz bestimmten Arzt wegen seiner besonderen Fachkunde (zum Beispiel auf Kniegelenksoperationen spezialisierter Oberarzt) operiert werden, kann der Patient neben der Wahlleistungsvereinbarung eine individuelle Vereinbarung abschließen, in der der spezialisierte Oberarzt als individueller Vertreter des Wahlarztes / Chefarztes als Operateur benannt wird. Eine Abrechnung der vom Oberarzt erbrachten Leistungen nach Maßgabe der Regelungen der GOÄ bzw. GOZ ist dann zulässig.

Wahlärzte / Chefarzte in unfallchirurgischen Kliniken und anderen intensivmedizinischen Einrichtungen werden außerhalb der üblichen Dienstzeiten und am Wochenende üblicherweise nicht persönlich in der Klinik anwesend sein, um die Behandlung von bewusstlosen oder Notfallpatienten selbst zu übernehmen. Insoweit wird man in der Regel davon ausgehen können, dass in diesen Fällen eine *vorhersehbare* Abwesenheit des Wahlarztes vorliegt. Mit dem Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung muss in diesen Fällen also auch eine individuelle Vereinbarung über die Behandlung durch einen Vertreter des Wahlarztes verbunden werden. Dabei muss dem Patienten insbesondere auch die Option eingeräumt werden, sich ohne Inanspruchnahme von Wahlleistungen, also zu den Konditionen der allgemeinen Krankenhausleistungen, behandeln zu lassen. Als Vertreter des Wahlarztes muss ein Facharzt, üblicherweise ein Oberarzt, tätig werden; aber auch dieser ist nicht in allen Fällen in der Klinik anwesend. Damit bleibt dem Patienten tatsächlich gar keine Behandlungsalternative. Eine gegenüber den allgemeinen Krankenhausleistungen gehobene Behandlungsqualität kann dann dem Patienten gar nicht angeboten werden. Dann aber liegt keine wirksame Vereinbarung über eine individuell ausgehandelte Vertretervereinbarung vor. Wahlleistungen können dann trotz Vorliegens einer Wahlleistungsvereinbarung nicht wirksam abgerechnet werden.

In diesen Situationen wird es auch dem Patienten nicht zuzumuten sein, eine nachträgliche Entscheidung darüber zu treffen, ob er die zunächst schwebend unwirksam für ihn abgeschlossene Wahlleistungsvereinbarung und Vertretervereinbarung genehmigen soll oder nicht. Einerseits könnte er damit die wahlärztliche Behandlung von Beginn an genehmigen und dadurch zugleich eine wirksame Grundlage für die daraus erwachsenen Honoraransprüche schaffen; andererseits steht er in dieser Situation unter einem gewissen Handlungsdruck zu Gunsten des Krankenträgers, der ja die Wahlleistungen bereits in der Hoffnung erbracht hat, dass der bewusstlos eingelieferte Patient diese Leistungen später genehmigen wird. Verweigert der Patient indes eine solche Genehmigung, entstehen dem Krankenträger vergeblich aufgewendete Kosten. Daher wird der

psychische Druck auf den Patienten, eine für ihn abgeschlossene Wahlleistungsvereinbarung im Nachhinein genehmigen zu müssen, regelmäßig nicht unbeachtlich sein.

## Fazit

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei bewusstlosen oder Notfallpatienten durch Krankenhauspersonal als Vertreter des Patienten zwar grundsätzlich rechtlich nicht zu beanstanden ist. Gerade bei privat vollversicherten oder stationär privat zusatzversicherten Patienten bietet sich diese Vorgehensweise an, da davon auszugehen ist, dass zumindest ein Teil dieser Patienten sich auch für die Behandlung durch den Wahlarzt entschieden hätte. Bei der Ausführung der wahlärztlichen Leistungen ist dann aber strikt darauf zu achten, dass die Leistungen auch durch den Wahlarzt/Chefarzt persönlich erbracht werden. Eine Vertretung des Wahlarztes ist nur bei dessen *unvorhersehbarer* Abwesenheit ohne Weiteres zulässig. Steht zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung aber bereits fest, dass der Wahlarzt/Chefarzt die Leistungen nicht wird persönlich erbringen können, wovon in aller Regel außerhalb der Dienstzeiten und am Wochenende bei Notfallpatienten auszugehen sein dürfte, ist eine Vertretung des Wahlarztes in Form einer über den Krankenhausmitarbeiter abzuschließenden Individualvereinbarung rein rechtlich gesehen zwar zulässig, aber wegen ungeklärter Rechtsfragen und dem Ausfallrisiko nicht empfehlenswert. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11 – ausdrücklich festgehalten hat, dass die normwidrige Abrechnung privatärztlicher Leistungen strafbar sein kann, wenn die Voraussetzungen der Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes nicht gegeben sind, ist in diesen Fällen besondere Vorsicht geboten.

Bei bewusstlos oder notfallmäßig in die Klinik eingelieferten Patienten ist die Vereinbarung, Durchführung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen daher immer dann rechtswirksam möglich und durchsetzbar, wenn der Wahlarzt/Chefarzt selbst anwesend ist und die entsprechenden Kernleistungen der Behandlung, also insbesondere die notwendigen

operativen oder intensivmedizinischen Maßnahmen oder die Ein- und Ausleitung der Narkose persönlich durchführt. In allen anderen Fällen, insbesondere an Wochenenden und außerhalb der üblichen Dienstzeiten, ist die sonst übliche und rechtlich zulässige Vereinbarung einer wahlärztlichen Behandlung durch einen Vertreter des Wahlarztes/Chefarztes (individuelle Vertretervereinbarung) bei bewusstlosen oder bei notfallmäßig eingelieferten Patienten unter Berücksichtigung der strengen Maßgaben der Rechtsprechung zwar denkbar, aber letztlich bisher nicht rechtlich abgesichert.

*Dr. Albrecht Wienke  
Rosemarie Sailer*



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



Rechtsanwältin  
Rosemarie Sailer, LL.M.  
Medizinrecht

## KOMMENTAR

### Schriftliche Individualvereinbarungen zu empfehlen

Der Artikel von Sailer und Wienke gibt Handlungsempfehlungen für die Liquidation von Chef- und Wahlarztbehandlungen, die über eine reine Notfallsituation hinausgehen. Neben Erläuterung von Begrifflichkeiten wie der vorhersehbaren und unvorhersehbaren Abwesenheit des Wahlarztes werden auch die Möglichkeiten der Individualvereinbarungen für Spezialisten (primär nicht liquidationsberechtigte Oberärzte) dargestellt.

Die Umsetzung dieser klaren Handlungsempfehlungen sollte in die Algorithmen der jeweiligen Krankenhäuser eingearbeitet werden. Beteiligungsvergütungen für Wahlarztvertreter/Spezialisten sind im Binnenverhältnis festzulegen, sofern diese nicht ohnehin durch Poolregelungen oder im Rahmen von AT-Verträgen abgedeckt sind.

Beim bewusstlosen Notfallpatienten (Unfallchirurgie: zum Beispiel Polytrauma) bestehen ganz offenbar noch Rechtsunsicherheiten. Insbesondere dann, wenn die Einwilligung zur Wahlarztbehandlung nach Notfalleinlieferung von einem vollmachtlosen Vertreter (Krankenhausmitarbeiter) unterzeichnet wurde und der Wahlarzt vorhersehbar die Leistungen nicht selber erbringen kann (zum Beispiel keine Teilnahme am Nacht-/Wochenenddienst). Hier liegt eine nicht unproblematische „doppelte Rechtsunsicherheit“ vor, zu der noch keine höchstrichterliche Rechtsentscheidung vorliegt. Wie in derartigen Fällen grundsätzlich zu verfahren ist, sollten die betroffenen Wahlarzte mit ihren Krankenhausträgern verbindlich klären, um sich nicht dem Verdacht eines Abrechnungsbetrugs (bei Liquidation) oder einer Unterlassungsschuld (bei bewusstem Verzicht auf Liquidation) auszusetzen. Jedenfalls sollte dies mit dem Patienten frühestmöglich in der Rekonvaleszenzphase offen angesprochen und das Ergebnis (Bereitschaft oder Verweigerung einer Abrechnung) dokumentiert werden. Die Autoren empfehlen in solchen unklaren Fällen (bewusstloser Patient, Chefarzt vorhersehbar abwesend) den Verzicht auf die Liquidation der privatärztlichen Leistungen. Das Risiko der späteren Genehmigungsverweigerung und damit des Liquidationsausfalles tragen der Krankenhausträger und der liquidierende Arzt.

In diesem Zusammenhang wird die Problematik der vorhersehbaren Abwesenheit noch einmal deutlich gemacht. Eine Situation, welche man in Alltag mithilfe einer gesonderten schriftlichen Individualvereinbarung juristisch korrekt umgehen kann.



Prof. Dr. Reinhard  
Hoffmann,  
Generalsekretär DGU/  
stellv. Generalsekretär  
DGOU



Karl-Dieter Heller,  
1. Vorsitzender VLOU



# Wenn der Staatsanwalt klingelt ...

Insbesondere in Ermittlungsverfahren, die wegen des Verdachts des Abrechnungsbetrugs geführt werden, gehört die Durchsuchung von Praxis- und sogar Wohnräumen zu den Routinemaßnahmen der Ermittlungsbehörden. Routine ist die Durchsuchung allerdings nur für die beteiligten Beamten. Der betroffene Arzt befindet sich dagegen in einer Ausnahmesituation. Eine adäquate Reaktion kann dazu beitragen, den mit einer Durchsuchungsmaßnahme verbundenen Schaden zu begrenzen.

Bitte Sie die Ermittlungsbeamten nach Betreten der Praxis, sich durch ihre Dienstaussweise zu legitimieren und den Grund der Durchsuchungsmaßnahme mitzuteilen. Lassen Sie sich einen gegebenenfalls vorhandenen Durchsuchungsbeschluss aushändigen. Um die Beeinträchtigung des laufenden Praxisbetriebs und die Öffentlichkeitswirkung möglichst gering zu halten, empfiehlt es sich, den Beamten einen Arbeitsplatz in einem gesonderten Zimmer anzubieten. Der Arzt sollte dann unverzüglich einen Rechtsanwalt informieren und die Beamten bitten, bis zu dessen Eintreffen mit der Durchsuchung zu warten. Es besteht allerdings keine Verpflichtung, dass auf das Erscheinen des Anwalts gewartet wird.

Typischerweise geht es bei der Durchsuchung darum, Beweismittel zu beschlagnahmen. In Abrechnungsbetrugsverfahren ist das Interesse der Fahnder zumeist auf die (elektronische) Behandlungsdokumentation, Terminkalender, Dienstpläne, Abrechnungsunterlagen etc. gerichtet. Nicht selten versuchen die Ermittlungsbeamten aber auch, bereits anlässlich der Durchsuchung Angaben des Arztes zum Tatvorwurf zu erhalten. In der psychischen Ausnahmesituation der Durchsuchung sollten indes keinerlei Äußerungen zur Sache gemacht werden. Eine unbedachte Aussage in diesem frühen Verfahrensstadium kann das gesamte weitere Strafverfahren entscheidend prägen und die Verteidigung ungemein erschweren. Hinzu kommt, dass der Arzt ad hoc kaum wird abschätzen können, ob er durch Äußerungen gegen seine ärztliche Schweigepflicht verstößt. Denn da ihn die Pati-

enten nicht von seiner Schweigepflicht entbunden haben, würde die freiwillige Herausgabe von Behandlungsunterlagen eine Straftat nach §203 StGB wegen der Verletzung von Privatgeheimnissen darstellen.

Gelegentlich wird versucht, schon die Durchsuchungssituation und den damit verbundenen Überraschungseffekt zu nutzen, um Aussagen des Praxispersonals zu erhalten. Als Inhaber des Hausrechts kann der Arzt verlangen, dass zumindest in der Praxis keine Zeugenvernehmungen stattfinden. Da es gerade bei Praxismitarbeitern denkbar ist, dass diesen unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Selbstbelastung ein Auskunftsverweigerungsrecht zusteht, sollte eine Beratung durch einen Rechtsanwalt erfolgen, bevor einer Vorladung Folge geleistet wird. Auch der Zeuge hat nämlich das Recht, sich eines Rechtsbeistandes zu bedienen, der ihn gegebenenfalls zu einer Vernehmung begleitet.

Grundsätzlich empfiehlt es sich, während der Durchsuchung zu kooperieren. Suchen die Beamten etwa eine bestimmte Patientendokumentation, so sollte ihnen gezeigt werden, wo sie sich befindet. Anderenfalls wird riskiert, dass auch nicht verfahrensrelevante Unterlagen durchsucht und sogar mitgenommen werden. Dies kann erhebliche Beeinträchtigungen des laufenden, aber auch zukünftigen Praxisbetriebs mit sich bringen. Gleiches gilt für die elektronische Praxissoftware: Wird den Beamten zum Beispiel das Passwort mitgeteilt und ihnen so ermöglicht, elektronische Daten-

bestände durchzusehen und zu kopieren, erübrigt sich die Mitnahme der gesamten Hardware. Im Übrigen sollten von in nächster Zeit benötigten Unterlagen nach Möglichkeit vor der Beschlagnahme Kopien angefertigt werden. In jedem Fall verbietet es sich, Widerstand gegen die Durchsuchung zu leisten oder mögliches Beweismaterial zu vernichten. Ebenso dürfen Daten nicht gelöscht werden. Im schlimmsten Fall kann durch derartiges Verhalten der Haftgrund der Verdunkelungsgefahr erfüllt werden, so dass Festnahme und Untersuchungshaft drohen.

Wichtig ist, dass keine im *rechtlichen* Sinne freiwillige Herausgabe von Unterlagen erfolgt, was unter dem Gesichtspunkt der ärztlichen Schweigepflicht problematisch sein kann. Konkret bedeutet dies, dass der Sicherstellung schriftlich widersprochen werden muss. Achten Sie deshalb darauf, dass in das anzufertigende Durchsuchungsprotokoll der ausdrückliche Widerspruch aufgenommen wird, ehe Sie es unterschreiben. Ebenso müssen alle beschlagnahmten Unterlagen und Gegenstände in einem Sicherstellungsverzeichnis konkret aufgeführt sein.

*Dr. Maximilian Warntjen*



Dr. Maximilian Warntjen ist Fachanwalt für Medizinrecht und als Strafverteidiger in der Sozietät DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte in Berlin tätig. **Kontakt:** warntjen@db-law.de



Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit geht auf eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes im Jahr 1887 zurück. Inwieweit dies noch den Gegebenheiten des modernen Arbeitsmarktes und den technologischen Fortschritten entspricht, wird derzeit diskutiert.

## MINDERUNG DER ERWERBSTÄTIGKEIT

# Reform der MdE-Tabellen der GUV

### AUS DER AG „SOZIALMEDIZIN UND BEGUTACHTUNGSFRAGEN“ DER DGOU

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) haben zum 1. Januar 2009 die bisherigen Anhaltspunkte ersetzt. Seither werden die Einschätzungstabellen für den GdS (Soziales Entschädigungsrecht) bzw. den GdB (Schwerbehinderrecht) entsprechend der International Classification of Functioning der WHO nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten überarbeitet und aktualisiert. Der Prozess wird durch einen pluralistisch zusammengesetzten Sachverständigenkreis ermöglicht, zu dem auch Betroffenen- und Selbsthilfegruppen Vertreter vorschlagen können. Alle Aktualisierungen werden fortlaufend publiziert:

[www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/versmedv/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/versmedv/gesamt.pdf) .

Gleichzeitig bestehen seit Jahren Bestrebungen, die (bisher durch ärztliche Sachverständige ohne pluralistischen Entwicklungsprozess vorgeschlagenen) Bewertungstabellen für Unfallfolgen im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung (Minderung der Erwerbsfähigkeit) an den medizinischen-technischen Fortschritt und den veränderten Arbeitsmarkt anzupassen. Es stellt sich also die Frage, ob GdS, GdB und Unfallfolgen die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach demselben sozialmedizinischen Schema bewertet werden könnten, damit für alle Betroffenen im Sozialrecht nachvollziehbare und transparente Tabellen gelten könnten. Hierzu im Folgenden sozialrechtliche und sozialmedizinische Einschätzungen.



Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Leiter der AG 2 „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ der DGOU

## Bemessung von Funktionseinschränkungen im Sozialrecht

Dierk F. Hollo, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht, a. D. Niedersachsen-Bremen

Funktionseinschränkungen werden im Sozialrecht sowohl im Schwerbehindertenrecht (SchwerbR) als auch im Sozialen Entschädigungsrecht (SozEntschR) und auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) festgestellt und bemessen. Gegenstand der Bewertung sind im SchwerbR die Behinderung und deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 69 SGB IX), im SozEntschR die gesundheitlichen Schädigungen infolge einer militärischen oder militärähnlichen Dienstverrichtung, durch einen Unfall während der Ausübung eines solchen Dienstes, infolge einer Wehrdienstbeschädigung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (§ 80 SVG), infolge einer Zivildienstbeschädigung (§ 47 Abs. 1 Zivildienstgesetz), infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs oder durch dessen rechtmäßige Abwehr (§ 1 Abs. 1 Opferentschädigungsgesetz) und infolge einer Schutzimpfung oder durch eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Infektionsschutzgesetz – IfSG) und in der GUV die länger andauernde, das heißt die nach Abschluss der Heilbehandlung verbliebene gesundheitliche Schädigung (Unfallfolge/BK-Folge) nach einem Arbeitsunfall oder infolge einer Berufskrankheit (§§ 8 und 9 SGB VII).

Heutiger Maßstab für die Bemessung der Funktionseinschränkungen sind die MdE in der GUV, der GdS im SozEntschR und der GdB im SchwerbR. Bis zum Jahre 1986 wurden Funktionseinschränkungen dagegen in allen vorgenannten Rechtsbereichen einheitlich nach der MdE bemessen.

Im SchwerbR wurde das Vorliegen einer Behinderung und der Grad einer auf ihr beruhenden MdE unter entsprechender Anwendung des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) a.F. – in Kraft bis zum 20. Dezember 2007 – festgestellt (§ 3 Abs. 1 SchwerbG). Nach § 30 Abs. 1 BVG a.F. war die MdE nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung unter Berücksichtigung seelischer Begleiterscheinungen und Schmerzen im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Für die Beurteilung der MdE war hiernach maßgebend, um wieviel die Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folge einer Schädigung

anerkannten Gesundheitsstörung beeinträchtigt war, obwohl das SchwerbG durch Art. 1 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des SchwerbG vom 24. April 1974 die Bezeichnung „Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz)“ erhielt. Bereits unter der Geltung dieses SchwerbG wurden die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht – Ausgabe 1983 (AHP 83) angewandt, nach denen sich der Begriff MdE auf die Auswirkungen einer Behinderung in allen Lebensbereichen und nicht nur auf die Einschränkung im allgemeinen Erwerbsleben bezog. Im Gesetz zur Änderung des SchwerbG vom 24. Juli 1986 wurde der Begriff „Behinderung“ gesetzlich definiert, und die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen waren nunmehr nicht mehr als MdE, sondern als „Grad der Behinderung“ (GdB) festzustellen und bezogen sich nicht nur auf das Erwerbsleben, sondern auch und gleichrangig auf den gesellschaftlichen Bereich. Nach der Eingliederung des SchwerbR in das Sozialgesetzbuch IX als §§ 68 ff SGB IX waren das Vorliegen einer Behinderung – die wahrscheinlich länger als sechs Monate andauernde Abweichung der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand und die dadurch bedingte Beeinträchtigung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft – und deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Grad der Behinderung festzustellen.

Auch im SozEntschR richtete sich bis zum 20. Dezember 2007 die Ermittlung der MdE nach § 30 Abs. 1 BVG a.F. und bewertete die körperliche und geistige Beeinträchtigung unter Berücksichtigung seelischer Begleiterscheinungen und Schmerzen im allgemeinen Erwerbsleben. Gleichwohl wurde ebenfalls im SozEntschR die MdE nach den AHP 83 bemessen, wonach die Auswirkungen der Schädigungsfolge nicht nur im allgemeinen Erwerbsleben, sondern in allen Lebensbereichen bewertet wurden.

Das SozEntschR ist durch Art. 1 Nr. 32 des Gesetzes zur Änderung des BVG und an-

derer Vorschriften des SozEntschR vom 13. Dezember 2007 neu gefasst worden, und in § 30 Abs. 1 BVG ist der Begriff MdE durch den nunmehr geltenden Begriff „Grad der Schädigungsfolge“ (GdS) ersetzt worden. Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG ist der GdS nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen.

Die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (SchwerbR) und die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (SozEntschR) unterscheiden sich inhaltlich nicht und werden nach gleichen Gesichtspunkten unter Anlehnung an die ICF auf der Grundlage der versorgungsmethodischen Grundsätze der Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes-Versorgungsmedizin-Verordnung (VersmedV) bemessen.

In der GUV wurden und werden Funktionsbeeinträchtigungen weiterhin als MdE bemessen. Seit der Ablösung der Reichsversicherungsordnung (RVO) durch die Eingliederung der GUV in das Sozialgesetzbuch als 7. Buch – SGB VII – mit Wirkung vom 1. Januar 1997 richtet sich die MdE definitionsgemäß nach dem Umfang, der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, das heißt bezogen auf alle Arbeitsplätze in der BRD. Die verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind abstrakt und nicht individuell auf die bisherige Tätigkeit oder den bisherigen Beruf des Verletzten festzustellen (sogenanntes Prinzip der abstrakten Schadensbemessung).

Die Bewertung der MdE setzt danach grundsätzlich folgende Ermittlungen voraus:

- Es ist medizinisch zu ermitteln, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherungsfall verursacht hat.

- Es ist ebenfalls medizinisch festzustellen, welche körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen, die für die Erwerbsfähigkeit Bedeutung haben, hierdurch beeinträchtigt sind und in welchem Ausmaße.
- Es ist durch sozialwissenschaftliche, arbeits- und sozialmedizinische und berufskundliche Ermittlungen festzustellen,
  - ob und in welchem Umfang der Versicherte infolge der festgestellten Funktionseinschränkungen nicht mehr den Leistungsanforderungen im gesamten Erwerbsleben entspricht und
  - wie hoch der Anteil der dem Versicherten infolge des festgestellten Funktionsverlustes verschlossenen Erwerbstätigkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (allgemeiner Arbeitsmarkt) ist.

Ein solches Verfahren wäre äußerst aufwändig und würde Verwaltung, Gerichte und Gutachter überfordern und die Entscheidungen in den Verwaltungs- und Gerichtsverfahren durch aufwändige Ermittlungen erheblich verzögern. Aus diesem Grunde erfolgt die Bewertung der durch einen Arbeitsunfall bedingten MdE in der Praxis nicht in dem mehrstufigen Verfahren. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts lässt eine in mehrfacher Hinsicht vereinfachende Verfahrensweise zur Bewertung der MdE im Wege eines zweistufigen Wertungsvorgangs zu:

- Medizinische Feststellung des Umfangs der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen

- Feststellung der Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen des Versicherten infolge der Unfallfolgen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gebiet des Erwerbslebens durch Anwendung medizinischer oder sonstiger Erfahrungssätze, die ihren Niederschlag in entsprechenden MdE-Tabellen gefunden haben

Die gängigen, zum Teil unterschiedlichen MdE-Tabellen bewerten nicht die MdE auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Vielmehr geben die Tabellen einen Grad der Versehrtheit wieder; bewertet wird eine MdE ohne Bezug auf die Erwerbsfähigkeit auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Selbst Kindern und Rentnern wird eine Rente nach einer MdE in rentenberechtigender Höhe gewährt. Die Rente wird über das 65. Lebensjahr hinaus und sogar erstmals nach einem Versicherungsfall nach Eintritt ins Rentenalter („medizinische MdE“) gewährt. Mit einer MdE werden auch bestimmte Krankheiten bewertet, die sich nicht auf die Erwerbsfähigkeit auswirken (Verlust der Zeugungsfähigkeit, Gesichtsentstellungen, Krankheiten mit starken Geruchsbelästigungen usw.). Trotz des Grundsatzes der abstrakten Schadensberechnung bei der Bemessung der MdE werden ferner systemwidrig ausnahmsweise besondere berufliche Nachteile berücksichtigt.

*Rechtfertigende Gründe dafür, dass sich die MdE nur auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bezieht und nicht – wie im SozEntschR – auf alle Lebensbereiche, sind nicht ersichtlich; denn die Betroffenen*

*sind nicht nur in ihrer Erwerbstätigkeit, sondern als Persönlichkeit in sämtlichen Lebensbereichen betroffen.*

Die MdE-Tabellen beruhen nicht auf einer Analyse der dem Verletzten noch offenen Arbeitsplätzen und des verschlossenen Anteils am Erwerbsleben. Sie beruhen auf medizinischem Erfahrungswissen über Art und Schwere der Folgen von Versicherungsfällen und sind abstrakte Primärannahmen zu bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen als Eckwerte, aus denen mittels vergleichender Betrachtung Werte für andere Schäden abgeleitet werden. Die in der versicherungsmedizinischen und versicherungsrechtlichen Literatur vielfältigen Tabellen sind zudem nicht identisch, weder hinsichtlich der Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung noch hinsichtlich der Höhe der Bewertung.

## Reformvorschläge für alle Bereiche des Sozialrechts

- Zumindest Schaffung einer einheitlichen MdE-Tabelle für die GUV
- Ersetzung des Begriffs MdE durch den Begriff „Grad der Schädigungsfolgen“ oder „Grad der Unfallfolge“, um nicht nur die Einschränkungen auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, sondern in sämtlichen Lebensbereichen zu beurteilen
- Schaffung einer einheitlichen Bewertungstabelle für das gesamte Sozialrecht durch entsprechende Anpassung der versorgungsmedizinischen Grundsätze der VersMedV als sozialrechtliche Grundsätze für die Bemessung von Funktionsstörungen im gesamten Sozialrecht

## Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen MdE und GdS / GdB: Lassen sich unterschiedliche Bewertungen von Funktionsstörungen des Sozialrechts medizinisch begründen?

*Klaus-Dieter Thomann, Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main*

Vom Arzt, der mit einer Begutachtung für die gesetzliche Unfallversicherung beauftragt wird, erwartet der Auftraggeber, die Funktionsbeeinträchtigung als Folge eines körperlichen oder seelischen Schadens sachgerecht zu beurteilen. Als Sachverständiger verlässt der Mediziner die Rolle des behandelnden

Arztes und tritt dem Probanden neutral gegenüber. Er ist nun nicht mehr länger der „Anwalt seines Patienten“, wird durch den Rollenwechsel aber auch nicht zum Sachwalter der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer Behörde (zum Beispiel des Versorgungsamtes). Der Arzt erhebt die Anamnese, wertet

die schriftlichen Befunde aus, untersucht den Probanden sorgfältig, befundet technische Untersuchungen und gelangt abschließend zu einer Diagnose. Aus der Diagnose leitet er die sich daraus ergebenden Funktionsstörungen ab. Damit ist die rein ärztliche Aufgabe des Arztes bereits beendet.

## Die Festsetzung von MdE und GdS/GdB: Ergebnis eines legitimierten Verfahrens

MdE oder GdS/GdB sind das Ergebnis einer gesellschaftlich legitimierten Festsetzung. Das „Raster“ wird (sozial-) politisch vorgegeben, es entzieht sich der medizinischen Beurteilung. Die Entscheidung über eine MdE oder einen GdS/GdB müssen einer Überprüfung in allgemein anerkannten Verfahren (Bescheid, Widerspruch, Widerspruchsbescheid, Sozialgericht 1. Instanz, Sozialgericht 2. Instanz, Bundessozialgericht) standhalten. Die allgemeine Akzeptanz ist ein wichtiges Element des sozialen Friedens.

Der Auftraggeber, sei es der Unfallversicherungsträger, die Behörde oder das Sozialgericht, wäre mit einem derartigen Gutachten, in dem sich der Arzt auf die sorgfältige Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigung beschränkt, unzufrieden. Der Sachverständige würde mit Nachdruck gedrängt, das Gutachten zu überarbeiten und zu ergänzen, da „das Wichtigste“, die Feststellung der MdE, fehlte. Weigerte sich der Sachverständige, da die Feststellung der MdE nicht in seine Kompetenz fiel, so wäre das Unverständnis groß.

Tatsächlich verlangte das Bundessozialgericht ein dreistufiges Vorgehen:

- **Aufgabe eines medizinischen Sachverständigen:** Es ist medizinisch zu ermitteln, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherungsfall verursacht hat. Es ist ebenfalls medizinisch festzustellen, welche körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen, die für die Erwerbsfähigkeit Bedeutung haben, hierdurch beeinträchtigt sind und in welchem Ausmaße.
- **Aufgabe eines Sachverständigen für Berufskunde:** Es ist durch sozialwissenschaftliche, arbeits- und sozialmedizinische und berufskundliche Ermittlungen festzustellen, ob und in welchem Umfang der Versicherte infolge der festgestellten Funktionseinschränkungen nicht mehr den Leistungsanforderungen im gesamten Erwerbsleben entspricht.
- **Aufgabe eines Sachverständigen für den Arbeitsmarkt:** Es ist Aufgabe eines Sachverständigen zu prüfen, wie hoch der Anteil der dem Versicherten infolge des festgestellten Funktionsverlustes verschlossenen Erwerbstätigkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (allgemeiner Arbeitsmarkt) ist.

Das vom Bundessozialgericht skizzierte dreistufige Vorgehen wird regelhaft von den Verwaltungen und den Sozialgerichten missachtet, da es praktisch nicht durchführbar und – weltfremd – ist. Die Einbeziehung des Arbeitsmarktes würde zu ständig wechselnden MdE-Werten führen. Die Gleichbehandlung der Verletzten und die Stabilität des ganzen Systems wären in Frage gestellt. Es ist an dieser Stelle nicht zu diskutieren, wie das Urteil des Bundessozialgerichts zustande gekommen ist. Sachliche Gründe dürften nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Das Bundessozialgericht nahm einen aus der „linken“ sozialpolitischen Ecke gespielten Ball an („die Ärzte setzten die MdE zu niedrig“ an), der in der „rechten Ecke“ des Tors landete (die Einbeziehung des Arbeitsmarktes führt zu einer Halbierung vieler MdE-Werte).

Wegen der (sozialpolitischen und praktischen) Undurchführbarkeit des dreistufigen Verfahrens lässt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein vereinfachtes Verfahren zu. Der Gutachter schätzt die Auswirkungen körperlicher und seelischer Beeinträchtigung unter Berücksichtigung der MdE-Tabellen. Diese gelten zum Teil (Einschätzung der MdE bei Lärmschwerhörigkeit, Beeinträchtigung der Sehfähigkeit, Tabellen der DOG) als „antizipierte Sachverständigengutachten“.

### Wie entstanden die MdE-Tabellen?

Mit der Einführung der Gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 1884 wurden die Versicherungsträger vor eine schwierige Aufgabe gestellt: Wie sollte ein körperlicher Schaden als Folge eines Unfalles bewertet werden?

Eine erste Orientierung boten die Versicherungsbedingungen der privaten Versicherungen. So verwies der Sachverständige L. Becker 1889 auf die Kölnische-Versicherungs-Gesellschaft, die feste Entschädigungen für den Verlust einzelner Gliedmaßen zahlte. Verschiedene Berufsgenossenschaften entwickelten vergleichbare Schemata, in dem feste Werte für den Verlust der Hand, des Armes, des Fußes und des Beines aufgeführt wurden. Diese Werte dienten eher der internen Verständigung, ihnen kam keine bindende Wirkung zu.

Bald nach Einführung der GUV einigte man sich auf die Rollenverteilung zwischen Berufsgenossenschaften, Ärzten und den Versicherungsämtern, deren Aufgabe unter anderem denen der heutigen Sozialgerichte entsprach. Aufgabe des Arztes war die konkrete Feststellung der Funktionsbeeinträchtigung als Folge einer Verletzung. Vom Mediziner wurde erwartet, einen Vorschlag zur MdE zu machen. Die Festsetzung der MdE gehörte nach einheitlicher Ansicht der Behörden nicht in seinen Kompetenzbereich: „Die Beurteilung, welche Wirkung die ärztlicherseits ermittelten Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit einer Person haben, ist an sich keine medizinische... Deshalb wird die Autorität eines medizinischen Sachverständigen nicht im geringsten erschüttert, wenn die U.-V.-Instanzen von seiner Schätzung der Erwerbsunfähigkeit abweichen“ (Lass 1901: 24).

Tabellen, die für typische Verletzungsfolgen MdE-Werte auswiesen, wurden scharf kritisiert. Der Arzt dürfe sich allenfalls an Urteilen der obersten Spruchbehörde, des Reichsversicherungsamts, orientieren. Entsprechend zahlreich waren die Publikationen, in denen die höchstgerichtlichen Entscheidungen publiziert wurden. Nachdem sich im Laufe der Jahrzehnte die Rechtsprechung gefestigt hatte und vergleichbare Beeinträchtigungen mit einer anlagen MdE eingestuft wurden, schwanden die Vorbehalte gegen die Anwendung von MdE-Tabellen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Ende der 20er, Anfang der 30er Jahre des 20. Jahrhunderts verbreiteten sich die MdE-Tabellen zusehends, die Kritik an den „Knochentaxen“ wurde stiller, allerdings ohne ganz zu verstummen.

### Ein Ergebnis des 1. Weltkriegs: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit

Die Entwicklung der MdE-Tabellen wurde durch die Kriegsbeschädigtenfürsorge gefördert. Angesichts von 1.537.000 anerkannten Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs hätte eine regelhafte individuelle Feststellung der verbliebenen Schädigungsfolgen Behörden und Gerichte überfordert. Um das Verfahren der Feststellung des Ausmaßes der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erleichtern und die Gleichbehandlung „bei glatten Schäden“ sicherzustellen, veröffentlichte das Reichsarbeitsministerium bereits im Jahre 1920 „Anhaltspunkte

für die ärztliche Gutachtertätigkeit“. Diese Publikation wurde nach und nach erweitert und immer wieder aufgelegt. Ihre Grundstruktur blieb durch alle Ausgaben bis Ende 2008 erhalten und lässt sich noch heute in den seit 2009 gültigen „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ erkennen. Das Maß der körperlichen Beeinträchtigung wurde in Anlehnung an die gesetzliche Unfallversicherung als MdE angegeben. Erst im Jahre 2008 wurde der Begriffe der MdE durch den Grad der Schädigungsfolgen ersetzt.

Die offizielle Veröffentlichung der „Anhaltspunkte“ mit festen Werten für Extremitätenverluste und gravierende Funktionsstörungen förderte die Akzeptanz der „Knochensteuern“ in der gesetzlichen Unfallversicherung. Was den Kriegsbeschädigten Recht war, konnte den „Opfern der Arbeit“ billig sein.

## Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“

Die Antwort scheint auf den ersten Blick einfach: Reichsversicherungsamt und Bundessozialgericht haben einhellig festgestellt, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit zum Ausdruck bringt, in welchem Maße der allgemeine Arbeitsmarkt dem Unfallverletzten verschlossen ist. Diese Definition wurde erstmals 1887 in einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes formuliert.

Obwohl sich der Arbeitsmarkt seit 1887 zweifellos erheblich verändert hat, sind die MdE-Werte im Wesentlichen gleich geblieben. Die Amputation des Beins über der Mitte des Oberschenkels ergibt eine MdE von 80. Dabei haben sich die Kontextfaktoren grundlegend geändert. Eine komfortable Oberschenkelprothese am Ende des 19. Jahrhunderts verfügte über ein arretierbares Knie. Aus Sicherheitsgründen wurde das bewegliche Knie beim Gehen versteift, im Sitzen konnte es abgeklappt werden, ein großer Vorteil im Vergleich zur Stelze. Mit der Entwicklung des Bremsknies durch Habermann und Scheide erreichten die Amputierten in der Zwischenkriegszeit ein weitgehend physiologisches Gangbild, eine Entwicklung, die sich mit den Modularprothesen und der elektronischen Steuerung des Kniepassage bis heute fortsetzt. Auf die Höhe der MdE wirkte sich weder die Veränderung des allgemeinen Arbeitsmarktes noch die verbesserte Prothesentechnik aus.

1884 mögen einem Oberschenkelamputierten 80 Prozent des Arbeitsmarktes verschlossen gewesen sein, nach dem Ersten Weltkrieg waren es vielleicht noch 60 Prozent. Heute dürften einem prothetisch versorgten Oberschenkelamputierten wohl kaum mehr als 30 Prozent oder 40 Prozent verschlossen sein. Ein Unterschenkelamputierter kann allenfalls 20 Prozent bis allenfalls 30 Prozent aller Arbeitsmöglichkeiten nicht wahrnehmen.

Würde man die Aufforderung des Gesetzgebers (SGB VII, §56, Abs. 2) und des Bundessozialgerichts ernst nehmen, so müssten die meisten MdE-Werte im Durchschnitt halbiert werden. Entsprechende Vorschläge wurden durch eine Arbeitsgruppe der DGU unter Leitung von J. Schürmann erarbeitet (Ludolph et al. 2013). Die Überlegungen dieser Arbeitsgruppe stehen mit dem Sozialgesetzbuch VII in Übereinstimmung. Ihre Umsetzung dürfte aus vielen Gründen auf erhebliche Widerstände stoßen. Die konkrete Rechtsprechung tendiert sogar dazu, die in den bisherigen Tabellen angegebenen Werte (zum Beispiel Schönberger et al. 2010) deutlich zu überschreiten.

Die Frage, was sich hinter dem Begriff der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ verbirgt, ist nicht einfach zu beantworten. Sicher ist nur eins: *Hinter der MdE verbirgt sich trotz aller gebetsmühlenartig vorgetragenen Beteuerungen (Urteile, Verordnungen, Gesetze etc.) nicht der prozentuale Anteil der Arbeitsgelegenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, die einem Verletzten verschlossen ist.* Am deutlichsten wird dies bei der Bewertung von Gesundheitsschäden im urologischen und gynäkologischen Bereich: Der Verlust der Hoden wird in jüngerem Alter mit einer MdE von 50 Prozent bewertet. Dem Geschädigten dürfte wohlwenn, überhaupt-nur ein sehr kleiner Anteil des Arbeitsmarktes verschlossen sein. Der Hinweis auf die seelischen Begleiterscheinungen deutete bereits an, dass auch die Vertreter der tradierten Interpretation der MdE nicht von einem Zusammenhang von Arbeitsmarkt und Höhe der MdE überzeugt sind.

## MdE: Metapher für den Verlust an körperlicher Integrität

Wenn die These stimmt, dass die MdE nicht im Zusammenhang mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt steht, so bleibt die

Frage zu beantworten, woher die über mehr als 100 Jahre stabilen MdE-Werte herrühren. Der HNO-Arzt und medizinische Sachverständige Feldmann hat in seinem Buch „Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes“ eine plausible Erklärung gegeben. Feldmann wies nach, dass die ideelle Bewertung der körperlichen Beeinträchtigung seit mehr als 1.000 Jahren im Wesentlichen unverändert geblieben ist. In der Antike und dem Haftpflichtrecht des Mittelalters wurden gesundheitliche Schäden nach Prinzipien reguliert, die weitgehend unserer heutigen Einstufung entsprechen. Der Verlust einer ganzen Gliedmaße wurde bereits in frühen Quellen mit einem „MdE-Äquivalent“ von 80 Prozent bewertet. Dabei spielte der prothetische Ersatz keine Rolle.

Offensichtlich wird der Verlust eines Körperteils trotz der Möglichkeit eines künstlichen Ersatzes heute wie vor hundert Jahren prinzipiell gleich bewertet. Es handelt sich um tradierte Werte, in denen der Gedanke der Wiedergutmachung und des Ausgleichs Rechnung trägt. Dass 1884 für die Einschätzung der körperlichen Beeinträchtigung ein Begriff gewählt wurde, in dem die herabgesetzte „Erwerbsfähigkeit“ die entscheidende Rolle spielt, hängt mit der Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, der Ablösung der Haftpflicht des Arbeitgebers zusammen. Im Haftpflichtrecht steht der Ausgleich des wirtschaftlichen Schadens an erster Stelle, auch wenn der Anspruch der Geschädigten in der GUV modifiziert wurde.

Es ist verständlich, dass die Arbeitgeber, die die Beiträge der für GUV aufbringen, einer Änderung des Begriffs „MdE“ zurückhaltend gegenüberstehen. Sie befürchten höhere Ausgaben, wenn anstelle der MdE eine Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen zur Grundlage der Einschätzung des Schädigungsgrades werden würde. Die Sorge der Arbeitgeber erscheint unter dem Blickwinkel der letzten 130 Jahre weitgehend unbegründet: Die MdE war seit ihrer Einführung eine Metapher für die ideelle Bewertung eines gesundheitlichen Schadens, den ein Mensch im Dienst der Gesellschaft erlitten hat. *Die MdE hat seit der Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung die Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben und den damit verbunden Verzicht an Lebensfreude und Lebensqualität abgebildet.* Für die Gemeinschaft besteht die ethische

# Recht und Wirtschaft

Verpflichtung, die gesundheitliche Beeinträchtigung durch finanzielle Zuwendungen und Sachleistungen (Prothesen, Arzneimittel, Behandlungen, berufliche Förderung) zu kompensieren, andere Formen der Wiedergutmachung stehen nicht zur Verfügung. Wegen dieser ideellen und materiellen Ausgleichsfunktion wurde die Höhe der MdE für unterschiedliche Verletzungsfolgen in mehr als 100 Jahren nicht wesentlich geändert.

Angesichts der ausgeprägten Diskrepanzen zwischen einer nicht mehr zutreffenden Definition der MdE und der tatsächlichen Entschädigungspraxis ist eine grundsätzliche Diskussion – unter Beteiligung der Gesetzlichen Unfallversicherung, der Sozialpartner, Sozialgerichte, den zuständigen staatlichen Instanzen und der unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen wünschenswert und – längst überfällig.

*Prof. Dr. M. Schiltenswolf, Heidelberg*

*Literatur beim Verfasser*

AHP 83	Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht – Ausgabe 1983
Art.	Artikel
BK	Berufskrankheit
BSG	Bundessozialgericht
BVG	Bundesversorgungsgesetz
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolge
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
OEG	Opferentschädigungsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
SchwerbG	Schwerbehindertengesetz
SchwerbR	Schwerbehindertenrecht
SGB VII	Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII
SozEntschR	Soziales Entschädigungsrecht
SVG	Soldatenversorgungsgesetz
VersMedV	Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes-Versorgungsmedizin-Verordnung
ZdG	Zivildienstgesetz

## Namen

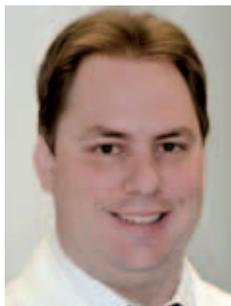
### Personalia



**PD Dr. Philipp Bergschmidt** hat seine Habilitation zum Thema „Präklinische und klinische Testung einer bikondylären Knieendoprothese mit einer neuartigen keramischen Femurkomponente“ an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock erfolgreich abgeschlossen und die Venia legendi für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten.



**Prof. Dr. Martin Handel**, Chefarzt der Calwer Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, wurde aufgrund seiner außergewöhnlichen Verdienste in Forschung und Lehre an der Universität Regensburg zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Bereits seit 2007 nimmt er dort einen Lehrauftrag als Privatdozent war.



**PD Dr. Roland Biber**, Oberarzt der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie am Klinikum Nürnberg, hat das Habilitationsverfahren zum Thema Alterstraumatologie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität abgeschlossen und die Venia docendi für das Fach Unfallchirurgie erhalten.



**Prof. Dr. Lars Johannes Lehmann** ist neuer Chefarzt in den St. Vincentius-Kliniken gAG in Karlsruhe. Er hat im April dieses Jahres die Klinikleitung der Unfall- und Handchirurgie übernommen. Zuletzt war er tätig im Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrum der Universitätsmedizin Mannheim in der Position des Leitenden Oberarztes, welche er sechs Jahre inne hatte.



**PD Dr. Thomas Dienstknecht**, Oberarzt und Leiter der Sektion Becken- und Hüftchirurgie der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Uniklinik RWTH Aachen, hat sich habilitiert mit dem Thema: „Klinische und experimentelle Untersuchungen zum Einsatz minimal-invasiver Techniken am Beckenring und Acetabulum“.



**Dr. Nicolas Nickisch** hat seit 15. März 2014 die Stelle des Chefarztes der Chirurgie an der HELIOS Klinik Idstein inne. Nickisch ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie mit der Zusatzbezeichnung für spezielle Traumatologie und Sportmedizin. Des Weiteren verfügt er über die Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie. Zuvor war er als Oberarzt am St. Josefs-Hospital in Wiesbaden tätig.



**Prof. Dr. Stefan Esenwein** ist seit 1. Juli 2014 neuer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Elisabeth Hospital in Iserlohn. Seit 2012 war er in gleicher Position an der HELIOS-Klinik in Rottweil tätig.



**Tanja Obermeier** wurde auf der diesjährigen Mitgliederversammlung des BVOU in Baden-Baden als Vertreterin der Weiterbildungsassistenten in den Gesamtvorstand gewählt. Sie ist Assistenzärztin im Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig.



**PD Dr. Carl Haasper**, Oberarzt der Abteilung Gelenkchirurgie an der HELIOS ENDO Klinik Hamburg, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ der Medizinischen Hochschule Hannover ernannt. Haasper leitet die AG Prävention der DGU.



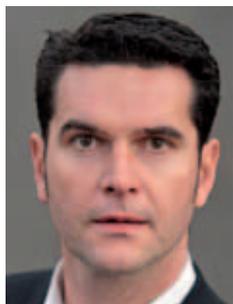
**PD Dr. Michael R. Sarkar** besetzt seit 1. Juni 2014 die Position des Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhaus Leonberg. Zuletzt war er im Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart tätig.



**Dr. Klaus John Schnake** ist seit 1. Januar 2014 neuer Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulentherapie der Schön Klinik Nürnberg Fürth. Zuletzt war er als Leitender Oberarzt an der BG Unfallklinik Frankfurt/Main tätig.



**PD Dr. Ernst Sendtner** ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Klinik Mallerisdorf. Zuvor war er zwölf Jahre an der Orthopädischen Uniklinik Regensburg im Asklepiosklinikum Bad Abbach tätig, zehn Jahre als Oberarzt, davon zwei Jahre als leitender Oberarzt.



**Dr. Jens Tylkoski** besetzt seit 1. Juli 2014 die Position des Chefarztes der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie an der HELIOS Klinik in Burg, in der er bereits seit 2006 tätig ist, zuletzt als Leitender Oberarzt. Sein langjähriger Vorgänger, Dr. Karlheinz Müller, ist planmäßig in den Ruhestand getreten.



**Prof. Dr. Peter M. Vogt** ist der neue Präsident der DGCH. Der Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover löst Prof. Dr. Joachim Jähne ab. Mit Antritt der Präsidentschaft wird Prof. Vogt auch Tagungspräsident des 132. Kongresses der DGCH, der vom 28. April bis 1. Mai 2015 in München stattfindet.



**PD Dr. Christine Voigt**, im Jahr 2006 als 3000. Mitglied in die DGU aufgenommen, wurde am 13. Mai 2014 vom Präsidenten der Universität zu Lübeck die Bezeichnung „außerplanmäßige Professorin“ im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie verliehen.



**Dr. Dirk Wähnert**, Arzt in Weiterbildung in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie sowie Leiter des Funktionsbereichs Biomechanik am Institut für Experimentelle Muskuloskeletale Medizin der Universität Münster, hat den Wissenschaftspreis 2014 der AO Trauma Deutschland sowie die Nachwuchsförderpreise der VSOU und des VLOU Thüringen erhalten.

## ALLES GUTE ZUM 80. GEBURTSTAG!

Nachträglich besondere Glückwünsche zu seinem 80. Geburtstag gelten Herrn Prof. Dr. Rahim Rahmzadeh, der im Jahr 1992 die Präsidentschaft der DGU inne hatte. Er gilt international als einer der erfahrensten Operateure der Gelenk- und im Besonderen der Hüft- und Kniegelenkchirurgie. Er ist Pionier der Chirurgie des künstlichen Gelenkersatzes und der modernen Frakturbehandlung in Deutschland. Mit einem Chirurgenteam der Universitätsklinik Mainz führte Rahim Rahmzadeh 1966 die erste Implantation eines totalen künstlichen Hüftgelenkes in Deutschland durch. 1977 operierte er weltweit erstmals einen kompletten Beckenersatz mit Kunstknochen. Für seine Verdienste bei der Entwicklung der modernen Osteotomie und Endoprothetik wurde ihm 1988 vom Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

## Wir gratulieren ...

### Zum 80. Geburtstag

- ... Prof. Dr. Albrecht Berger, Hannover
- ... Dr. Horst Bongert, Ulm
- ... MR Dr. Johann-Friedrich Fischer, Wismar
- ... Prof. Dr. Burkhard Friedrich, Achim
- ... PD Dr. Klaus Henkert, Berlin
- ... Dr. Helmut Neurath, Bamberg
- ... Prof. Dr. Joseph Schatzker, Toronto / Canada
- ... Dr. France Vrevc, Ljubljana / Slowenien
- ... Dr. Klaus Zimmermann, Aschendorf

### Zum 85. Geburtstag

- ... Dr. Horst Buck-Gramcko, Hamburg
- ... Dr. Georg Holfelder, Frankfurt
- ... Dr. Alfons Homeyer, Bremerhaven
- ... Dr. Wolfgang Seeger, Dreieich
- ... Dr. Wolfgang Siegl, Nördlingen

### Zum 90. Geburtstag

- ... Dr. Bernhard Badde, Datteln
- ... Dr. Hadwiga Schulze, Düsseldorf

### Zum 95. Geburtstag

- ... Dr. Gerhard König, Oberursel



Foto: BIV-OT

**„Grammy-Verleihung“ in Leipzig:** BIV-OT-Präsident Klaus-Jürgen Lotz (l.) überreichte die höchste Auszeichnung seines Verbandes an Prof. Dr. Bernhard Greitemann (2.v.l.), Prof. Dr. René Baumgartner (Mitte) und Klaus Dittmer (2.v.r.). OTWorld-Präsident Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (r.) gratulierte herzlich.

#### HEINE-HESSING-MEDAILLEN

## „Fast wie bei der Grammy-Verleihung“

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung der OTWorld in Leipzig zeichnete der Bundesinnungsverband Orthopädie-Technik (BIV-OT) Prof. Dr. René Baumgartner, Prof. Dr. Dipl. oec. Bernhard Greitemann und Klaus Dittmer für ihre herausragenden Leistungen für die Orthopädie-Technik mit der Heine-Hessing-Medaille in Gold aus. BIV-OT-Präsident Klaus-Jürgen Lotz überreichte die höchste Auszeichnung des Verbands.

„Es gibt keinen anderen, der sich über Jahrzehnte um das gute Verhältnis zwischen Medizin und Orthopädie-Technik so bemüht hat“, zollte Lotz Baumgartner seine Anerkennung. Der Grandseigneur der technischen Orthopädie wurde 1930 in der Schweiz geboren, promovierte 1956 in Medizin an der Universität Basel und habilitierte sich 1972 an der Universität Zürich. Für seine Habilitation zum Thema „Beinamputation und Prothesenversorgung bei arteriellen Durchblutungsstörungen“ wurde er mit dem Konrad-Biesalski-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie ausgezeichnet. Seit 1974 ist er Fellow der ISPO. Von 1985 bis 1996 war Baumgartner Direktor der Klinik für Technische Orthopädie und Rehabilitation an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. 15 Bücher und über 360 wissenschaftliche Arbeiten – das Gros davon im Bereich der Amputationschirurgie und der technischen Orthopädie – kann er vorweisen.

Als Baumgartners „jugendliches Pendant“ bezeichnete Lotz den zweiten Preisträger, Prof. Dr. Bernhard Greitemann. Er habe sich im besonderen Maße für das

Zusammenwachsen von Medizin und Orthopädie-Technik eingesetzt. Nach dem Studium der Medizin und verschiedenen beruflichen Stationen war er von 1991 bis 1994 – unter der Ägide Baumgartners – als leitender Oberarzt an der Klinik für Technische Orthopädie und Rehabilitation der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster tätig. 1995 erfolgte die Habilitation für das Fach „Operative und konservative technische Orthopädie und Rehabilitation“. Seit 1995 ist Greitemann Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde. Darüber hinaus ist er Mitglied in zahlreichen Organisationen der Technischen Orthopädie, darunter stellvertretender Vorsitzender des Fachbeirats TO sowie Vorsitzender der VTO.

Die dritte Medaille ging an den Berliner Orthopädie-Techniker-Meister Klaus Dittmer. Mit seiner historischen Sammlung orthopädietechnischer Hilfsmittel und der Präsentation im Rahmen der OTWorld böte er alle zwei Jahre ein besonderes Highlight, lobte der Verbandspräsident. Dittmer war von 1996 bis 2002 Mitglied des Vorstands sowie Mitglied des Programm-Ausschusses des BIV-OT,

und nicht zu vergessen seine kritisch-konstruktive Begleitung der Zeitschrift „Orthopädie-Technik“ als langjähriges Mitglied des Redaktionsausschusses.

Mit deutlicher Rührung nahm Dittmer die Auszeichnung entgegen. „Das ist ja fast wie bei der Grammy-Verleihung“, freute er sich. Viele Menschen hätten ihn auf seinem beruflichen Weg gefördert und immer wieder für die Orthopädie-Technik begeistert – angefangen vom Vater über den Lehrmeister bis hin zum Berufsschullehrer, sagte er.

Als ganz besondere Auszeichnung bezeichnete Baumgartner die Medaillenverleihung. Noch vor 30 Jahren hätten deutliche Ressentiments zwischen Orthopädie-Technik und Ärzteschaft bestanden, erinnerte er. „Es ist eine besondere Ehre“, betonte Greitemann und dankte auch seinem Lehrer, Prof. Baumgartner. Darüber hinaus lobte er das gute Zusammenspiel auf der fachlichen und persönlichen Ebene. „Ich bin bei Freunden“, sagte er.

Kirsten Abel  
BIV-OT



**Mediziner und ehemaliger Spitzensportler:** Dr. Helmut Schreiber (l.) machte einst Furore als Speerwerfer. Seit 40 Jahren engagiert er sich in der Sportmedizin.

SPORTARZT DES JAHRES 2014

## Im Einsatz für die Leichtathleten

Beim GOTS-Jahreskongress wurde in diesem Jahr Dr. Helmut Schreiber aus Freiburg als „Sportarzt des Jahres“ ausgezeichnet.

Dr. Helmut Schreiber ist studierter Psychologe und Mediziner und als Facharzt für Orthopädie mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie in der Praxisklinik „Die Sportorthopäden“ in Freiburg tätig. Als Verbandsarzt und als leitender Verbandsarzt des Deutschen Leichtathletik-Verbandes hat er zahlreiche Athleten bei drei Olympischen Spielen, vier Weltmeisterschaften, drei Europameisterschaften, zahlreichen Hallen-, Welt- und Europameisterschaften sowie auf neun Universiaden betreut.

„Das Gremium hat eine sehr gute Wahl getroffen“, sagte Dr. Karlheinz Graff in seiner Laudatio. Mit seiner unbestritten großen Erfahrung als ehemaliger Spit-

zenathlet und als Arzt sowie „mit einem Engagement, das beispielhaft ist“, habe er sich für Athleten und deren Belange mit viel Enthusiasmus und Verantwortungsbewusstsein eingesetzt.

Schreiber ist nicht nur seit gut 40 Jahren in der Sportmedizin tätig, sondern war auch selbst ein erfolgreicher Athlet. Als Speerwerfer (Bestleistung: 92,72 Meter) wurde er unter anderem 1979 Studentenweltmeister, 1980 Zweiter der Weltbestenliste und 1981 Deutscher Meister. Kurz vor den Olympischen Spielen 1984 in Los Angeles hat er seine Leichtathletik-Karriere beendet, nachdem er sich verletzungsbedingt nicht mehr qualifizieren konnte.

Die Auszeichnung zum „Sportarzt des Jahres“ wird seit 2002 jährlich von der GOTS verliehen. Zu den Voraussetzungen gehört unter anderem die kontinuierliche Betreuung einer Nationalmannschaft einer olympischen Sportart als Verbandsarzt bei Europameisterschaften, Weltmeisterschaften und/oder Olympischen Spielen, absolute Zuverlässigkeit in Sachen Antidoping, aktiver Einsatz im betreuenden Verband zur Vermeidung von Sportverletzungen und Sportschäden, strikte Einhaltung einer ethisch sauberen Medizin sowie überdurchschnittliche Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der praktischen Sportmedizin.

*Miriam Buchmann-Alisch*



# Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband  
der Fachärzte für  
Orthopädie und  
Unfallchirurgie e. V.



Deutsche  
Gesellschaft  
für Orthopädie  
und Unfallchirurgie



Deutsche Gesellschaft  
für Orthopädie  
und Orthopädische  
Chirurgie e. V.



Deutsche  
Gesellschaft  
für Unfallchirurgie

## Liebe Mitglieder!

---

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

## Sie fragen – Ihr Vorstand antwortet.

---

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

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

# Notwendigkeit einer Unfall-Versicherung für Ärzte

Olga Zöllner, Funk Gruppe

Der 55-jährige Oberarzt der Orthopädie stürzte beim Mountain-Biking im Allgäu schwer. Er fuhr bergab in eine mit Kieselsteinen bedeckte Rechtskurve. Schließlich rutschte er weg und fiel eine Böschung hinunter. Er zog sich Trümmerbrüche der rechten Schulter und der Hand mit ausgeprägten Versteifungen im Handgelenk und den Fingern zu.

In einem anderen Fall engagierte sich eine junge Assistenzärztin bei „Ärzte ohne Grenzen“. Bei einem Einsatz in Afrika verletzte sie sich bei der Behandlung eines Patienten an der Hand. Anschließend erfolgte eine von der Unfall-Versicherung organisierte Rückführung nach Deutschland. Das Engagement der jungen Assistenzärztin blieb leider nicht folgenlos: Nach mehreren Eingriffen musste, durch die Verletzung und daraus resultierender Infektion, der Zeigefinger im Grundgelenk amputiert werden.

## SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER



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

### Kontakt:

Funk-Hospital Versicherungsmakler GmbH  
 Funk Ärzte Service  
 Valentinskamp 20  
 20354 Hamburg  
 Fon: +49 40 35914-494  
 Fax: +49 40 3591473-494  
 E-Mail: o.zoellner@funk-gruppe.de

Wer in der Orthopädie tätig ist und durch einen Unfall zu Schaden kommt, kann für seinen weiteren Berufsweg einen katastrophalen Ausfall erleiden. Der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit von Fingern, einer Hand oder eines Armes können den Orthopäden dazu zwingen, seine bisherige Tätigkeit aufzugeben. Das kann das Ende der beruflichen Existenz bedeuten.

Viele ziehen sich dabei auf die Leistungen aus der gesetzlichen Unfall-Versicherung zurück. Dabei wird leider oftmals verkannt, dass im Rahmen der gesetzlichen Unfall-Versicherung nur dann Versicherungsschutz besteht, wenn der Unfall bei der Arbeit oder auf dem Hin- und Rückweg zur Arbeit geschieht. Der übrige Zeitraum gilt als nicht abgesichert. Für Freiberufler besteht in der gesetzlichen Unfall-Versicherung kein Versicherungsschutz.

### Spezielle Gliedertaxe bei Fingerschäden

Zusammen mit dem BVOU hat der Funk Ärzte Service das Konzept einer speziellen Unfall-Versicherung für Ärzte (UVÄ) entwickelt. Die UVÄ sieht eine spezielle Gliedertaxe insbesondere bei „Fingerschäden“ vor. So kommt bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit eines Daumens oder Zeigefingers ab 50 Prozent gleich die versicherte Invaliditätsleistung in voller 100-prozentiger Höhe zur Auszahlung (während eine herkömmliche Unfall-Versicherung hierfür nur 20 Prozent und eine mit der „Ärzte-Gliedertaxe“ maximal 60 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme erstattet). Damit wird den BVOU-Mitgliedern die Absicherung des beruflichen Katastrophenrisikos ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent zu einer günstigen Prämie ermöglicht. Versicherungsschutz besteht 24 Stunden am Tag, also nicht nur während der Arbeit, sondern insbesondere auch in der Freizeit, und gilt weltweit.

Im Rahmen der UVÄ stehen verschiedene Versicherungssummenkombinationen für den Invaliditäts- und Todesfall zur Verfügung. Mitversichert gelten zahlreiche Serviceleistungen im Rahmen des sogenannten Alltags-Managers, wie zum Beispiel Fahrdienst, Essensservice, ambulante Pflege, Haushaltshilfe, Gartenpflege sowie im Reha-Manager vielfältige Unterstützungen bei notwendigen Reha-Maßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Suche nach geeigneten Therapieeinrichtungen oder bei der Organisation einer notwendigen Pflege. Welches Konzept am besten passt, welche Leistungsbausteine im Einzelfall vereinbart und welche Versicherungssummen gewählt werden sollten, ist von der jeweiligen persönlichen Situation des Arztes abhängig.

Zu den geschilderten Unfällen kamen auf Grund der Schwere der Verletzungen der Reha-Manager (Organisation der Hilfeleistungen sowie das technische Reha-Management für Umbaumaßnahmen für das Kfz) sowie der Alltags-Manager zum Einsatz. Diese Leistung erfolgte zusätzlich zur Auszahlung der versicherten Invaliditätssumme, welche die finanziellen Einbußen des Arztes während der langwierigen Rekonvaleszenz abfederte.



Olga Zöllner,  
Funk Gruppe

### FORMULAR

Ein Formular zur Angebotsanforderung für eine Unfall-Versicherung finden Sie im BVOUNET.



Fotos: Heist/Hedler/Bohr

# Zeigt her Eure Füße

## Ein Vormittag in Kindertagesstätten in Berlin und Rheinland Pfalz

BVOU Geschäftsstelle

„Zeigt her eure Füße“ – und das ausnahmsweise im Sommer! Im Nachgang zur Aktionswoche 2013 veranstaltete der BVOU ein Gewinnspiel, bei dem Kitas einen Vormittag mit KIKA-Moderator Christian Bahrman und einem Orthopäden gewinnen konnten. Gewinner waren die Kita Schwalbennest in Berlin-Marzahn und der Sonnenkindergarten in Landstuhl. Zu den Berliner Kindern kam Christian Bahrman mit Dr. René Badstübner, in Landstuhl übernahm Dr. Michael Sicker den medizinischen Part

des Vormittags, an dem in spielerischer und kindgerechter Art und Weise die Kinder über die große Bedeutung gesunder Füße aufgeklärt wurden.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei Dr. René Badstübner, der sich für mehr als 70 Kinderfüße und Gespräche mit Erzieherinnen viel Zeit nahm. Ein Anschlusstermin wurde schon vereinbart. Dr. Michael Sicker nahm erstmalig an der Aktion in Rheinland-Pfalz teil und zeigte sich begeistert über einen spannenden Vormit-

tag im Sonnenkindergarten. Herzlichen Dank für das Engagement an einem sehr sommerlich warmen Mittwochvormittag im Juni!

### MEHR INFOS

Die Informationen zu den vorherigen Veranstaltungen finden Sie unter: [www.aktion-orthofit.de](http://www.aktion-orthofit.de)

Anmeldungen unter: [info@aktion-orthofit.de](mailto:info@aktion-orthofit.de)

## Aktionswoche 2014

Die Aktionswoche „Zeigt her eure Füße“ findet bundesweit in diesem Jahr wieder im November statt: **vom 17. bis 21. November 2014**. Wir haben den ersten Aufruf an unsere Mitglieder Mitte Juni gestartet und benötigen Ihre Rückmeldung bis zum **31. August 2014**.

Sie erhalten das Infomaterial nach Drucklegung in Klassensätzen abgepackt an Ihre Wunschadresse. Bitte suchen Sie sich selbst eine Schule und nehmen mit der Schuldirektion Kontakt auf. Die Schulministerien der Länder begrüßen diese Präventionskampagne.

Liegen der Geschäftsstelle Anfragen von Schulen vor, stellen wir diese Informationen zeitnah in die Landesfenster des BVOU.NET.



**JOCHEN SCHWEIZER**  
Genug geträumt, jetzt wird erlebt.

**14%  
Rabatt**

Genug geträumt, jetzt wird erlebt! Gönnen Sie sich bei unzähligen unvergesslichen Wellness- und Kurzurlaubsangeboten pure Romantik oder erfüllen Sie sich Ihre Kindheitsträume. Entdecken Sie über 1.100 Geschenkideen und kommen Sie in den Genuss außergewöhnlicher Erlebnisse.



**F A L K E**

**15%  
Rabatt**

Für die trendbewusste Frau und den modischen Mann sind die Produkte von FALKE ein absolutes „Must Have“. Süße Muster und Motive auf Söckchen und Strumpfhosen lassen Kinderherzen höher schlagen.



**11TEAMSPTS**

bis zu  
**15%  
Rabatt**

Bei uns finden Sie eine reichhaltige Artikel Auswahl rund um das Thema Fußball und somit alles was die Herzen der 11 Freunde höher schlagen lässt. Egal ob Fußballschuhe, Teamsport Artikel oder Fußball Equipment, 11teamsports bietet Ihnen in jedem Bereich eine gute Auswahl.



**60%  
Rabatt**

Entdecken Sie hoch über Palma, in dem exklusiven Viertel Son Vida, das majestätische und elegante Castillo Hotel Son Vida, ein Luxury Collection Hotel und genießen Sie einen unvergesslichen Aufenthalt auf dem Balkon von Mallorca.

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

### Neue Mitglieder

Dr. med. Katrin **Arndt** · Berlin  
Svenja **Becker** · Göttingen  
Christian M. **Benker** · Bayreuth  
Dr. med. Leila **Berghof** · Reichenau  
Dr. med. Christof **Chan** · Karlsbad-Langensteinbach  
Dr. med. Maik **Delker** · Ratingen  
Thomas **Engelhardt** · Hannover  
Katharina **Esswein** · Ulm  
Dr. medic. Daniel **Georg** · Bad Orb  
Dr. Michael **Hein** · Singen  
Markus **Hentschel** · Erlangen  
Simon **Huber** · Würzburg

Dr. med. Henrik **Krieger** · Rostock  
Dr. med. Ahmed **Mansour** · Sonneberg  
Dr. med. Martin **Mosen** · Essen  
Frank **Müller** · Berlin  
Tanja **Obermeier** · Braunschweig  
Ulf **Prange** · Berlin  
Dr. med. Hans-Joachim **Rikart** · Fürth  
Dr. Raymond **Schaffarczyk** · Berlin  
Justine **Schoch** · Saarbrücken  
Dr. med. Paul **Stachel** · Mainz  
Arian **Tarbiat** · Berlin  
Dr. med. Tobias **Theben** · Köln

# Einladung zur Mitgliederversammlung 2014 der DGOU



**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, liebe Mitglieder!**

Wir laden Sie hiermit satzungsgemäß – § 10 der Satzung DGOU – im Auftrag des Präsidenten Prof. Dr. Henning Windhagen herzlich ein zur

**Mitgliederversammlung der DGOU am  
Dienstag, den 28. Oktober 2014,**  
von 12.45 bis 14.15 Uhr  
im Großen Saal, DKOU-Gelände Messe  
Süd, Berlin

*Zutritt nur für DGOU-Mitglieder! Alle DGOOC- bzw. DGU-Mitglieder sind satzungsgemäß zugleich auch DGOU-Mitglieder! Gemäß § 10 Ziffer 4 der Satzung weisen wir darauf hin, dass die Mitgliederversammlung unabhängig von der Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig ist.*

## Tagesordnung

1. Begrüßung und Eröffnung der Mitgliederversammlung, Feststellung der satzungsgemäßen Einladung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Bericht der Präsidenten Prof. Dr. H. Windhagen / Prof. Dr. B. Bouillon
3. Bericht der Generalsekretäre Prof. Dr. F. U. Niethard / Prof. Dr. R. Hoffmann  
**3.1 Satzungsänderung der DGOU und Abstimmung**

Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Dr.  
Fritz Uwe Niethard  
Generalsekretär



Prof. Dr.  
Reinhard Hoffmann  
Stellv. Generalsekretär

Mit Wirkung ab 01.01.2015 wird durch das Ehrenamt-Stärkungsgesetz das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geändert. § 27 Abs. 3 BGB sieht dann vor, dass die Mitglieder des Vorstandes eines Vereins grundsätzlich ehrenamtlich tätig sind. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Zahlung einer Vorstandsvergütung – weil abweichend vom Gesetz – in der Satzung ausdrücklich bestimmt werden muss.

Die Steuerberatungsgesellschaft der DGOU schlägt daher folgende Ergänzung für die Satzung vor:

## § 8 Der Geschäftsführende Vorstand

15) Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstands können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten. *Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Gesamtvorstand.*

4. Bericht des Schatzmeisters Prof. Dr. J. Windolf
5. Bericht der Kassenprüfer Prof. Dr. Heino Kienapfel und PD Dr. Reinhold-Alexander Laun (beide Berlin) über die Kassenprüfung für das Rechnungsjahr 2013
6. Entlastung des Vorstands

## 7. Wahlen

- 7.1 **Wahl des Präsidenten 2015**  
Der Vorstand schlägt Prof. Dr. Michael Nerlich (Regensburg) vor.
- 7.2 **Wahl des Stellv. Präsidenten 2015**  
Der Vorstand schlägt Prof. Dr. Rüdiger Krauspe (Düsseldorf) vor.
- 7.3 **Wahl des Generalsekretärs 2015**  
Der Vorstand schlägt Prof. Dr. Bernd Kladny (Herzogenaurach) vor.

## 7.4 Wahl zum Nichtständigen Beirat 2015 bis 2017

Gemäß Satzung muss je ein zum Zeitpunkt der Wahl selbstständiger und ein nicht selbstständig tätiger Arzt gewählt werden; von den Mitgliedern wurden vorgeschlagen:

- a) Selbstständiger Arzt: Dr. Lutz Mahlke (Paderborn);
- b) Nicht selbstständiger Arzt: PD Dr. Carl Haasper (Hamburg) oder PD Dr. Hansjörg Heep (Essen)

## 7.5 Wahl der Kassenprüfer für das Rechnungsjahr 2014

Der Vorstand schlägt Herrn Prof. Dr. Heino Kienapfel (Berlin) und Herrn PD Dr. Reinhold-Alexander Laun (Berlin) vor.

## 8. Verschiedenes

P.S.:

Sollten Sie eine Ergänzung der Tagesordnung wünschen, müssten Sie uns bis zum 14. Oktober einen entsprechenden Antrag per Post, Fax oder E-Mail zusenden. Der Mitgliederversammlung wird dann der Antrag auf Ergänzung der Tagesordnung zur Abstimmung gestellt werden (§ 10 Ziffer 3 der Satzung).

# Zukunft von Orthopädie und Unfallchirurgie: Geschäftsführer verstärkt Fachgesellschaft

Seit 1. Juli ist Ulrich Biermann Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) in Berlin. „Wir ergänzen unser ehrenamtliches Führungsteam um einen hauptamtlichen Geschäftsführer und tragen damit den immer schneller werdenden Entwicklungen im Gesundheitswesen und der wachsenden Bedeutung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie Rechnung. Mit Ulrich Biermann bekommen wir die professionelle Unterstützung, die nötig ist, um die vielfältigen und komplexen Aufgaben der Gremien und Arbeitsgruppen unserer Gesellschaft optimal zu verfolgen“, sagt Prof. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOU.

Ulrich Biermann ist Diplom-Wirtschaftsingenieur und arbeitete zuletzt als General Manager bei der Firma DePuy Syn-

thes. Er bringt langjährige Managererfahrungen mit und kennt die Strukturen im Gesundheitswesen. Er wird zukünftig an Prof. Fritz Uwe Niethard und Prof. Reinhard Hoffmann, stellvertretender Generalsekretär der DGOU, berichten. Beide teilen sich das Generalsekretariat der DGOU paritätisch und sind zudem jeweils als Generalsekretär bei ihren Muttergesellschaften – der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) – tätig.

„Nach Gründung der DGOU 2008 führen wir mit der Verstärkung durch Ulrich Biermann unseren konsequenten Kurs fort, um die Zukunftsfähigkeit unseres gemeinsamen Faches zu sichern“, sagt Hoffmann.



Foto: Biermann

Führt zukünftig die Geschäfte der DGOU: Ulrich Biermann



# Bericht 2014 der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion e. V.

PD Dr. Peter Keppler

Wichtigstes Ereignis in diesem Jahr war die am 17. März 2014 in Kraft getretene neue Satzung der jüngsten DGOU-Sektion „Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion“ (vormals ASAMI Deutschland). Die alte Satzung aus dem Jahr 1991 entsprach nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten und war somit in vielen Punkten überholt. Die grundlegenden Vereinsziele, die Förderung, Zusammenfassung und Koordinierung der Arbeiten aller Wissenschaftler, die sich für die Methode gemäß den Grundsätzen von Prof. Gavriil Abramovich Ilizarov interessieren, wurden beibehalten und durch die Besonderheiten ergänzt, die sich aus der modernen korrigierenden und rekonstruktiven Extremitätenchirurgie ergeben. Da sich die Operationstechniken der Korrekturosteotomien und der Kallusdistractionen kontinuierlich weiterentwickelt haben und viele Indikationen für einen Ilizarov-Ringfixateur heute mit monolateralen Systemen oder

internen Marknagelsystemen behandelt werden, war es notwendig, den Verein dieser Entwicklung anzupassen und für die Zukunft attraktiv zu machen. Wesentliche Absicht des Vereins ist es somit, den Fortschritt der Wissenschaft zu fördern und den Austausch von Ideen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion mit externen und internen Systemen zu erleichtern.

## Ziele des Vereins neu formuliert

Da viele Vereinsmitglieder seit Jahren nicht mehr aktiv waren, galt es zunächst, die administrative Hürde der Verabschiedung einer neuen Satzung mit der erforderlichen Mehrheit zu nehmen. Nach mehreren Anläufen konnte auf der Mitgliederversammlung am 23. Oktober 2013 die neue Satzung beschlossen werden. Die Ziele des Vereins sind nun wie folgt formuliert:

Die Ziele des Vereins werden verwirklicht durch

- den wissenschaftlichen Austausch und die Zusammenarbeit mit in- und ausländischen Gesellschaften oder Vereinen gleicher oder anderer medizinischer Disziplinen,
- die Förderung wissenschaftlicher Arbeiten durch Vergabe von Preisen,
- den wissenschaftlichen Austausch und den Dialog zwischen Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion,
- die Durchführung von Kongressen und die Beteiligung an Veranstaltungen sowie die Herausgabe wissenschaftlicher Publikationen,
- die Bildung von Kommissionen zum Zwecke der wissenschaftlichen Zusammenarbeit in verschiedenen wissenschaftlichen und praktischen Teilbereichen der Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion und deren Vertiefung.

Zweck des Vereins ist die Förderung, Zusammenfassung und Koordination aller Wissenschaftler, natürlichen und juristischen Personen (auch Firmen), die sich mit den Problemen der Extremitätenkorrekturen und -rekonstruktionen, insbesondere mit dem Erhalt und dem Wiederaufbau von körpereigenem Knochen- und Knorpelgewebe befassen. Dies gilt sowohl für die medizinischen als auch für die technischen Aspekte.

Die Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion erhält damit eine moderne Grundstruktur, die es allen an der rekonstruktiven Chirurgie und Orthopädie Interessierten ermöglicht, auf einer gemeinsamen Plattform zu agieren, was auch durch den neuen Namen zum Ausdruck kommen soll. Die Vereinsziele



Foto: Baumgart

Schloss Reisensburg bei Günzburg, erster Austragungsort des Kurses zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten



Foto: Baumgart

Praktische Übungen auf Schloss Reisenburg, Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten

wurden analog den Zielen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie angepasst, deren Mitgliedschaft jetzt auch für Neuaufnahmen Voraussetzung ist.

Um den Zusammenhalt der Gesellschaft zu stärken, die Attraktivität zu erhöhen und alle Mitglieder auf dem gleichen Informationsstand zu halten, ist es geplant, regelmäßig Newsletter herauszugeben. Der erste Newsletter, in dem die Veranstaltungen des vergangenen Jahres, die Beschlüsse der Vorstandssitzung und die geplanten Veranstaltungen zusammengefasst wurden, konnte am 18. März 2014 verschickt werden. Zukünftig wird ein Newsletter in Frühjahr und im Herbst an alle Mitglieder per E-Mail verschickt.

### Kurse zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten

Vom 24. bis 26. September 2014 wird der 16. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten in Bamberg stattfinden. Dieser Kurs fand erstmals 1997 auf Schloss Reisenburg statt. Als Grundlage hierfür diente der seit 1992 in Baltimore

jährlich durchgeführte renommierte „Limb Deformity Course“. In den ersten zehn Jahren fand der Kurs alternierend auf Schloss Reisenburg und im Rheingau statt. Seit 2008 wird der Kurs jährlich an verschiedenen Orten in Deutschland durchgeführt. Das Grundgerüst des Kurses – 50 Prozent praktische Übungen und 50 Prozent Lehrvorträge – hat sich über die Jahre etabliert und bewährt. Die Teilnehmer haben Gelegenheit, verschiedene Deformitäten zunächst zeichnerisch zu korrigieren und dann die Planung auch in Workshops an Plastikknöcheln durch Osteotomien und Osteosynthesen umzusetzen. Dabei wird neben dem Verständnis für die verschiedenen Deformitäten auch das dreidimensionale Vorstellungsvermögen geschult. Ferner besteht auch die Möglichkeit, verschiedene PC-Planungsprogramme mit deren Vor- und Nachteilen zur Analyse von Deformitäten und Planung von Korrekturen auf der Grundlage von Röntgenaufnahmen oder CT-Datensätzen, kennenzulernen. Ergänzt wird der Kurs durch Vorträge von erfahrenen Experten und viele nützliche Tipps zur Osteotomie, Wachstumslenkung sowie zu Planungs- und Korrekturtechniken. Der dreitägige

Intensivkurs vermittelt somit in kleinen Gruppen Grundlagen der Beingeometrie und der Deformitätenkorrektur, welche für alle Orthopäden und Unfallchirurgen in der täglichen Arbeit von großem Nutzen sind. Er ist deshalb vor allem auch für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen sehr zu empfehlen.

Im kommenden Jahr wird der 17. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten auf Schloss Hechingen stattfinden. In abgeschlossener Atmosphäre, die bewusst bei allen Deformitätenkursen gewählt wird, werden die Teilnehmer sich ungestört der Diagnostik, der Planung und der Korrektur von Beindeformitäten widmen können. Neben den fachlichen werden auch die gesellschaftlichen Aktivitäten den Teilnehmern lange in Erinnerung bleiben.

### 11. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion

Vom 25. bis 26. September 2015 wird in Bochum der 11. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion stattfinden. Im Gegensatz zu den Deformitätenkursen dienen die Kongresse unserer Gesellschaft dem Erfahrungsaustausch und der Vorstellung neuer Entwicklungen. Jeder hat die Möglichkeit, zu den vorgegebenen Themen Abstracts für Vorträge und die Posterausstellung einzureichen. Alle angenommenen Abstracts werden im Journal of Pediatric Orthopaedics publiziert. Schwerpunkte des letzten Kongresses in München waren unter anderem Knochendefekte, Hexapodentechnologie und Distraktionsmarknägeln.

Wie freuen uns auf das zukünftige, ereignisreiche Jahr und interessante Diskussionen in und mit unserer jungen Gesellschaft, denn „... es gibt keine Fehlstellung, welche nicht durch einen fehlgeschlagenen Korrekturingriff verschlimmert werden könnte.“ (M. E. Müller).



PD Dr. Peter Keppler,  
Sekretär der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion

# Bericht 2014 der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

Prof. Dr. Jörg van Schoonhoven

Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) repräsentiert handchirurgisch tätige Ärzte verschiedener Gebiete und ist die mitgliederstärkste handchirurgische Organisation in Deutschland. Durch eine inhaltliche Neuausrichtung konnte die DGH ihre Attraktivität weiter verbessern und einen kontinuierlichen Mitgliederzuwachs erreichen. Im laufenden Jahr liegt die Anzahl der Mitglieder bei 822. Die DGH vertritt damit auch im europäischen Maßstab die größte Anzahl von Handchirurgen.

Präsident der DGH ist seit 2013 Prof. Dr. Jörg van Schoonhoven. Zum Vorstand gehört auch der jährlich neu gewählte Kongresspräsident (2013 Prof. Dr. Joachim Windolf, 2014 PD Dr. Nicola Borisch).

Die Aktivitäten der DGH sind vielfältig und betreffen die Felder Weiterbildung, Wissenschaft, Berufspolitik, internationaler Austausch und Nachwuchsförderung. Grundlage für die konkreten Vorhaben und Entwicklungen sind die jährlich im Februar auf Schloss Mickeln in Düsseldorf stattfindenden Klausurtagungen.

Über ein erfolgreiches Bewerbungsverfahren ist es der DGH gelungen, den Kongress der IFSSH (International Federation of Societies for Surgery of the Hand) für das Jahr 2019 nach Deutschland zu holen. Bei der Wahl anlässlich des IFSSH-Kongresses im März 2013 in New Delhi setzte sich Deutschland gegen den Mitbewerber England durch. Unter dem Motto „Building Bridges – Together Hand in Hand“ findet nun der übernächste Welthandkongress vom 20. bis 25. Mai 2019 in Berlin statt.

## Kriterienkatalog zur Sonderzulassung handchirurgischer Kliniken

Durch die Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens zum 1. Januar 2013 war es erforderlich, eine Möglichkeit der Behandlung von Handverletzungen in spezialisierten handchi-

urgischen Zentren außerhalb SAV-zugelassener Häuser zu finden. In konstruktiven Verhandlungen konnte gemeinsam mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ein Kriterienkatalog zur Sonderzulassung handchirurgischer Kliniken zum SAV-Verfahren erarbeitet werden. Damit kann einerseits die bereits existierende flächendeckende Versorgung schwerer Handverletzungen aufrecht erhalten werden. Andererseits können die Unfallverletzten weiterhin von der besonderen handchirurgischen Expertise solcher Häuser profitieren, die nicht die Kriterien für eine allgemeine Zulassung zum SAV-Verfahren erfüllen.

## Mitarbeit an der Weiterbildungsnovelle

Dem Vorhaben einer neuen Musterweiterbildungsordnung wurde im Jahr 2013 durch die DGH intensive inhaltliche Zusammenarbeit geleistet. Erarbeitet wurde ein Vorschlag zur Weiterbildung im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“. Aktuell ist die Novelle der Musterweiterbildungsordnung allerdings bis mindestens 2016 zurückgestellt, sodass die Umsetzung der handchirurgischen Inhalte ebenfalls ausgesetzt ist.

Mit der erfolgten Gründung eines „Jungen Forums“ sollen der handchirurgische Nachwuchs noch stärker in die DGH einbezogen und die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft gestärkt werden. Schwerpunkte der Tätigkeit des Jungen Forums der DGH sind die Bereiche studentische Lehre, Wissenschaft, Kongressaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit. Eine enge Kooperation mit dem Jungen Forum der DGOU ist geplant.

Die seit 2013 zusammen mit Intercongress organisierten DGH-Seminare finden an zwei Terminen pro Jahr in Bonn und Berlin statt. Die zweitägigen Seminare decken mit insgesamt acht Terminen über vier Jahre das gesamte handchirurgische Spektrum ab und erfreuen sich mit zum Teil mehr als 200 Teilnehmern einer außerordentlichen Beliebtheit.

## 54. Kongress der DGH

Der Höhepunkt des Jahres 2013 war der 54. DGH-Kongress, welcher vom 10. bis 12. Oktober 2013 in Düsseldorf unter der Kongress-Präsidentschaft von Prof. Dr. Joachim Windolf stattfand. Die wissenschaftlichen Hauptthemen des erstmals wieder von einem Unfallchirurgen geleiteten Kongresses waren Evidenzbasierte Handchirurgie, Frakturbehandlung, lokale Lappenplastiken und ligamentäre Verletzungen. Der Kongress fand gemeinsam mit der 18. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie statt und hatte mit 543 Ärzten und 190 Physiotherapeuten die größte Teilnehmerzahl aller bisherigen DGH-Kongresse.

## Arbeitsschwerpunkte 2014

Die Arbeitsschwerpunkte der DGH für das Jahr 2014 wurden auf der Klausurtagung im Februar in Düsseldorf festgelegt. Ein wesentliches Vorhaben ist die Einrichtung einer Geschäftsstelle mit einem Sekretariat unter anderem zur Verbesserung der Mitgliederverwaltung, Kommunikation innerhalb und außerhalb der DGH und zur Koordination der Vorbereitungen zum Weltkongress 2019 in Berlin.

Die Etablierung eines Hand-Trauma-Registers soll in Kooperation mit der Sektion Handchirurgie der DGU und der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) fortgesetzt werden. Dieses Projekt ist eng an die schon existierenden deutschen Hand-Trauma-Zentren der Federation of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH) und an die Einrichtung eines Hand-Trauma-Netzwerkes gebunden.

Der 55. Kongress der DGH wird vom 9. bis 11. Oktober 2014 in Baden-Baden unter der Präsidentschaft von Frau PD Dr. Nicola Borisch stattfinden. Schwerpunktthemen sind die Arthroskopie des

Handgelenkes, Osteosynthesen rund um das Handgelenk und die Rheumatoide Arthritis.

Gestärkt werden sollen die Öffentlichkeitsarbeit und Strategien zur besseren Wahrnehmung der Handchirurgie in der Bevölkerung. Hierbei muss auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass ein Drittel aller Verletzungen die Hand

betreffen und eine qualifizierte handchirurgische Versorgung Voraussetzung für deren Funktionserhalt ist.

Zusammenfassend steht die DGH für eine umfassende Koordinierung und Bündelung handchirurgischer Aktivitäten und als Sektion der DGOU für eine übergeordnete Interessenvertretung der deutschen Handchirurgie.



Prof. Dr. Jörg van Schoonhoven  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

# Bericht 2013 der IGOST

Dr. Cordelia Schott

2013 feierte die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädisch/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST) ihr 20jähriges Bestehen. Gerade in den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, wie wichtig die Aktivitäten der IGOST für die Schmerztherapie, aber auch für die konservativen Inhalte in O&U sind.

## Task-Force Kortison der IGOST und des BVOU

Im vergangenen Jahr haben wir insbesondere bezüglich des wirbelsäulennahen Einsatzes von Kortikoiden in Kooperation mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) wichtige Arbeit geleistet und vor allem unsere niedergelassenen Kollegen in dieser Sache medizinisch und juristisch beraten. Die Task-Force der IGOST und des BVOU hat in mühevoller Arbeit eine fortlaufende, zum Teil kontroverse Kommunikation mit den gesetzlichen Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kammern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geführt. Es ist gelungen, für alle Kollegen rückwirkende Regressforderungen seitens der Kostenträger betreffend des Off-Label-Einsatzes von Kortikoiden an der Wirbelsäule bis zum Sommer 2013 abzuwenden. Insgesamt hat die IGOST in Kooperation mit dem BVOU in 2013 das Thema in mehr

als 25 Fortbildungsveranstaltungen bundesweit behandelt.

In diesen Prozess verwebt war zum Teil der Bewertungsausschuss-Beschluss 290, der sachlich, aber klar von der Off-Label-Problematik der Kortikoide zu trennen ist. Bei nahezu sämtlicher oben erwähnter Korrespondenz mussten insbesondere die Niedergelassenen dergestalt unterstützt werden, dass Klarstellung und Aufklärung zu erfolgen hatten. Allzu oft wurden diese beiden Problematiken miteinander vermischt, verwechselt oder schlicht unrichtig beurteilt.

## Zahlreiche Fortbildungskurse

Als Vertreter der konservativen Orthopädie haben wir auf den großen orthopädischen Kongressen im Rahmen unserer Basis-Fortbildungen Workshops für die Injektionstechniken an Wirbelsäule und den großen Gelenken, Kurse zum Thema allgemeine Schmerztherapie in Klinik und Praxis und zur ärztlichen Begutachtung durchgeführt, die allesamt sehr gut besucht waren. Bei der Analyse der Teilnehmerlisten zeigt sich das besonders große Interesse von Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt in O&U. Neben diesen Basis-Kursen haben wir in unseren Schmerztherapiekursen auf den Kongressen neben den wissenschaftlichen Themen zur Schmerzwahrnehmung und zum Schmerzverständnis auch das CRPS (Complex Regional

Pain Syndrome) und das Thema Kortikoide im Rahmen wirbelsäulennaher Injektionen inhaltlich bearbeitet. Wie zu erwarten, war das Interesse der fachärztlichen Kollegen besonders groß.

Tiefgreifende Kenntnisse zu den Injektionstechniken an der Wirbelsäule von der Halswirbelsäule bis zum Sacrum sowie den großen und kleinen Gelenken haben wir in unseren „Hands-On“-Kursen vermittelt. An verschiedenen Kursorten im Rheinland haben wir insgesamt knapp 100 Kollegen die Injektionstechniken an speziell präparierten Human-Präparaten demonstriert und unter Anleitung unserer Instruktoren durchführen lassen. Für die Kollegen, die das IGOST Zertifikat „Ambulante Schmerztherapie“ und „Orthopädische Schmerzambulanz“ besitzen, haben wir auch in 2013 einen Tageskurs zur Re-Zertifizierung angeboten, in dem aktuelle Inhalte der Schmerztherapie inklusive des Einsatzes von Kortikoiden an der Wirbelsäule vorgestellt und diskutiert wurden.

Ein weiterer Schwerpunkt waren unsere Kurse „Botulinumtoxin in Orthopädie, Unfallchirurgie und Neurologie“, die wir in Kooperation mit dem BVOU erfolgreich in Köln, Bochum und Mainz durchgeführt haben. Ziel dieser Kursreihe ist es, Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Botulinumtoxin am muskuloskeletalen System und in der Schmerztherapie in Theorie und Praxis darzustellen,



Photo: IGOST  
Epidural-perineurale Injektion nach Krämer

STRAHLENFREIE PERIRADIKULÄRE THERAPIE

## PRT sichern – orthopädische Schmerztherapie ausbauen

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

Die Arbeitsgruppe Schmerztherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie hat ein Knauel an Problemen zu entwirren – dies ist eine der ersten Aufgaben für Dr. Stefan Heidl, Dr. Christian Baumgart für den BVOU in Kooperation mit Dr. Cordelia Schott, Präsidentin der IGOST (Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V.).

### FAKTENCHECK

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

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

Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten | Oktober 2013

### AG SCHMERZTHERAPIE IN DER ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE



Dr. Stefan Heidl, stellv. BVOU-Landesvorsitzender Westfalen-Lippe, Bezirksvorsitzender Münster, IGOST  
Dr. Christian Baumgart, Verwaltungsstellenvorsitzender Münster des BVOU, Wissenschaftlicher Beirat IGOST  
Dr. Cordelia Schott, Präsidentin der IGOST

In Kooperation mit DGOOC und DGOU  
E-Mail: [bvou@bvou.net](mailto:bvou@bvou.net) und/oder [post@igost.de](mailto:post@igost.de)

### Aus unserem Fach

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

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

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

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

### RECHTSSICHERHEIT FÜR DIE VERGANGENHEIT ERREICHT

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

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

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

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

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

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin

Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten | Oktober 2013

um so vor allem bei therapierefraktären Schmerzen eine weitere Behandlungsoption anbieten zu können. Die Fortbildung besteht aus dem Grund- und einem Spezialkurs, die jeweils eineinhalb Tage dauern. Insgesamt haben in 2013 etwa 35 Kollegen beide Kurse erfolgreich abgeschlossen. Aufgrund der guten Rückkopplung der bisherigen Teilnehmer führen wir die Kursreihe auch in diesem Jahr fort.

In 2013 fanden zudem Kongresse und lokale Veranstaltungen in Kooperation mit der IGOST statt. Zu nennen sind hier unter anderem der Kongress des Dachverbandes Osteologie (DVO) in Weimar, auf dem die IGOST eine Session zum Thema Schmerztherapie durchgeführt hat, der Deutsche Arthrosekongress in Heidelberg und das Update Orthopädie und Unfallchirurgie in Neuss.

Die IGOST ist an der Erstellung folgender Leitlinien aktiv beteiligt: Injektionstechniken, spezifischer Kreuzschmerz, Osteoporose, Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen. Im Rahmen der einzelnen Arbeitsgruppen ist die IGOST als Sektion 12 der DGOOC aktiv. Des Weiteren war die IGOST in 2013 in der Arbeitsgruppe „Qualifikation Schmerzmedizin“ zusammen mit den anderen großen Schmerzgesellschaften tätig. Hier galt und gilt es, die orthopädisch-unfallchirurgisch relevanten Inhalte der Schmerzmedizin zu vertreten.

**Für die konservativen Inhalte in O & U**

Neben der Tätigkeit in der Task-Force Kortison der IGOST und des BVOU wurde in 2013 der Auftrag der IGOST, konservative Inhalte in O & U zu vertreten und an junge Kollegen in Weiterbildung weiterzutragen, zunehmend deutlich. Dementsprechend haben wir unsere Aktivitäten in den oben dargestellten Bereichen, Arbeitsgruppen und Gremien auch im Rahmen unserer Klausurtagung Anfang 2014 ausgerichtet.

men unserer Klausurtagung Anfang 2014 ausgerichtet.



Dr. Cordelia Schott, Präsidentin der IGOST

### PRT SICHERN

Im Umgang mit der periradikulären Therapie (PRT) bestehen bei Krankenkassen und Patienten große Unklarheiten. Die IGOST und der BVOU setzten eine gemeinsame Task Force ein, die sich des Problems annahm und wichtige Aufklärungsarbeit leistete. Nachzulesen in den „OU Mitteilungen und Nachrichten“ 5/2013, Seiten 537 f. (siehe Abbildung)

# Bericht 2013 / 2014 der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie

Dr. Hartmut Bork, Dr. Stefan Simmel, Dr. Thomas Gottfried

## Allgemeines

Die Sektion hielt traditionell beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin 2013 und bei der Frühjahrstagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) in Baden-Baden 2014 ihre Mitgliederversammlung ab und veranstaltete auf den Kongressen jeweils öffentliche Sitzungen zu den Themen:

- Herausforderungen in der Rehabilitation
- Besonderheiten in der Rehabilitation älterer Menschen

Separat davon fanden im Januar und Juli 2014 eine Arbeitskreissitzung des Arbeitskreises Traumarehabilitation in Ludwigshafen und die Jahrestagung in Erfurt auf dem Thüringer VBG-Forum statt. Ferner wurde in Bad Gandersheim ein Workshop zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – MBOR organisiert. Mit ihrem bisherigen Vorsitzenden Prof. Kladny stellte die Sektion auf dem DKOU in Berlin 2013 einen der drei Kongress-Präsidenten.

Aus den einzelnen Arbeitskreisen kann Folgendes berichtet werden:

## Psychosomatik

Der Arbeitskreis Psychosomatik (Dr. Ulrich Peschel), der in die psychosomatische Fachgesellschaft aufgenommen wurde, nimmt regelmäßig an den Sitzungen der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) teil. Unverändertes Anliegen ist es, die psychosomatische Grundversorgung in der Facharztausbildung zu verankern. Der Arbeitskreis war an der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ beteiligt. Ein Leitfaden, der aufzeigt, welchen Stellenwert die Psychosomatik im operativen Fachgebiet hat, soll demnächst auf der Homepage des Arbeitskreises eingestellt werden.

## Assessments und Scores

Der Arbeitskreis (Prof. Kohlmann) beschäftigt sich mit der Validierung von Reha-relevanten generischen und spezifischen Assessmentverfahren und Scores im Hinblick auf mittel- und langfristige Heilungsverläufe bei spezifischen Indikationen in der Rehabilitation. Wissenschaftliche Studien erfolgten bislang in Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sowie der gesetzlichen Unfallversicherung VBG. Einzelne Zwischenergebnisse wurden auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 vorgestellt. Aktuell arbeitet man an einer Validierung des allgemein verwertbaren PROMIS als Alternative zum SF 36.

## Patientenschulung

In Anlehnung an das curriculare Konzept des Gesundheitstrainings der DRV Bund wurden vom Arbeitskreis interdisziplinäre und interaktive Schulungsprogramme zu den Themenbereichen „degenerative Gelenkerkrankungen“/„Endoprothetik“, „Osteoporose“ und „chronischer Rückenschmerz“ (in Anlehnung an das vom Bundesforschungsministerium geförderte Projekt PASTOR) erarbeitet. Die Sektion bietet bei Bedarf in gewissen Abständen weiter Train the Trainer Seminare an, um auch die Schulungsmethodik und -didaktik zu vermitteln. Anfragen zur Schulung können gestellt werden an: [info@reha-sendenhorst.de](mailto:info@reha-sendenhorst.de)

## Leitlinien

Die Sektion beteiligte sich an der Erstellung der S3-Leitlinie zum Thema axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen (Dr. Schneider) und in Zusammenarbeit mit der Sektion Technische Orthopädie und Orthopädieschuhtechnik (Prof. Greitemann) an der Leitlinie zur Rehabilitation nach Major-Amputationen (S2k).

In Überarbeitung befinden sich derzeit noch nachfolgende Leitlinien:

- (S2k) Leitlinie zur Rehabilitation nach traumatischen Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne neurologisches Defizit (Dr. Bork)
- (S2k) Leitlinie zur konservativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik (Prof. Greitemann/PD Stein)

## Traumarehabilitation

Der Arbeitskreis Traumatologie der Sektion Rehabilitation der DGOU (Dr. Stefan Simmel) beschloss bei der Sitzung im Januar 2014 einstimmig eine Namensänderung, um den Schwerpunkt des Arbeitskreises noch besser zu verdeutlichen. Der Arbeitskreis benannte sich um in „AK Traumarehabilitation“. Eine Besonderheit des Arbeitskreises ist, dass neben Ärzten auch Reha-Experten aus dem Therapiebereich und der Verwaltung von Kostenträgern Mitglieder sind. 2013 und 2014 wurden vom Arbeitskreis folgende Themen bearbeitet:

**„Reha“ Anforderungen im SAV-Verfahren der DGUV:** Die Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherungen wurden in 2012 umfangreich neu strukturiert. Seit Anfang 2013 wird das neue Schwerstverletztenartenverfahren (SAV) implementiert. Besonders schwere oder komplexe Fälle sollen bereits im Rahmen der Akutversorgung und auch im weiteren Behandlungsverlauf in besonders qualifizierten und darauf spezialisierten Kliniken versorgt werden. Den Kern dieses Netzwerks bilden die BG-Unfallkliniken. Einige Mitglieder des AK waren maßgeblich bei der Neuordnung beteiligt. Änderungswünsche des AK wurden der DGUV mitgeteilt.

**Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen, die eine postakute Rehabilitation nach schwerer Unfallverletzung durchführen:** Zusammen mit dem TraumaNetzwerk DGU® wurde eine Checkliste für

## Aus den Verbänden

zukünftige Anforderungen an Einrichtungen der postakuten Traumarehabilitation entworfen. Ziel ist es, geeignete Rehakliniken in die bestehenden Traumanetzwerke zu integrieren. Der Entwurf wird aktuell noch in den Gremien der DGU und des TraumaNetzwerk DGU® diskutiert.

**Überarbeitung der „Standards für Heilverfahren und Rehabilitation“ der VBG:** Mehrere Mitglieder des AK (Simmel, Schmidt, Bork, Ernst) arbeiten seit August 2013 im Auftrag der VBG an der Überarbeitung der „Standards für Heilverfahren und Rehabilitation“. Die neue Auflage soll in 2014 fertiggestellt und veröffentlicht werden.

**Nachbehandlungsvorschläge:** Der Arbeitskreis erarbeitet aktuell Nachbehandlungsvorschläge für die Rehabilitation häufiger Verletzungen. Neben den Behandlungszielen werden für die einzelnen Diagnosen die Maßnahmen, die erlaubte Belastung und das Bewegungsausmaß beschrieben. Das vollendete Werk soll 2015 als Sonderheft der OUMN erscheinen.

**ICF in der Traumarehabilitation:** Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist durch ihre biopsychosoziale Sicht auf den Unfallverletzten die Voraussetzung für eine ganzheitliche Traumarehabilitation. Die Implementierung von ICF-Konzepten in der Rehabilitation Unfallverletzter wird von Kostenträgern gefordert, in der Praxis ergeben sich allerdings Umsetzungsprobleme. Der AK begleitet die Thematik und versucht, neue Ansätze zu entwickeln.

**Überarbeitung Kapitel „Reha“ DGU-Weißbuch Schwerverletztenversorgung:** In einer weiteren Neuauflage des Weißbuchs soll die Traumarehabilitation ausführlicher dargestellt und beschrieben werden. Der AK überarbeitet derzeit die Kapitel 3.3 „Kliniken im TraumaNetzwerk DGU®“, 3.7 „Reha Schwerverletzter im TraumaNetzwerk DGU®“, 4 „Vernetzung der Kliniken“, 5 „Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung“ und den Anhang III „Weiterführende Hinweise und Erläuterungen zur Rehabilitation Schwerverletzter“ (Anhang III soll in Kap. 3.7 integriert werden). Für die Zukunft ist die engere Kooperation von Traumazentren mit spezialisierten Rehabilitationskliniken im Anschluss an die Versorgung im TraumaNetzwerk DGU® geplant. Die fach-

liche Begleitung bei der Umsetzung von Konzepten zur arbeitsplatzorientierten und tätigkeitsspezifischen Rehabilitation Unfallverletzter sind weitere Betätigungsfelder.

### Forum ambulante Rehabilitation

Das Forum ambulante Rehabilitation (Dr. Ludwig) beschäftigt sich zur Zeit mit dem Qualitätsmanagement in der ambulanten Rehabilitation.

### Weitere Aktivitäten

**Konservative Inhalte Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie/WB Kompetenzen Orthopädische Rheumatologie:** Die Sektion ist in die IG Konservative Inhalte integriert. Diese beschäftigt sich mit konservativen Inhalten im Rahmen der Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie und deren praktikabler Nachweisbarkeit. Zudem wurde die Sektion in die Strukturierung der Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie einbezogen.

**Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie:** Die Sektion beteiligt sich an der Erstellung des Weißbuchs Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie.

**Internet-Auftritt:** Im Oktober 2013 wurde auf der DGOU-Homepage eine eigene Seite der Sektion eingestellt.

**Wikipedia:** Die Sektion hat im Auftrag der DGOU auf Wikipedia die Bereiche Physikalische Therapie (Dr. Ludwig) und Rehabilitation (Dr. Gottfried) überarbeitet.

**Erstellung von Therapiestandards zur Nachbehandlung von Rotatorenmanschettenrupturen:** Die Sektion beteiligt sich an der Erstellung von Therapiestandards zur Nachbehandlung von Rotatorenmanschettenrupturen bei der Kommission Rehabilitation der DVSE (Dr. Gottfried).

### Veranstaltungen

Die nächste Mitgliederversammlung findet in Berlin auf dem DKOU am Dienstag, 28. Oktober 2014, 9 bis 10.30 Uhr im Salon 2 statt. Zudem veranstaltet die Sektion am selben Tag von 14.30 bis 16 Uhr eine öffentliche Sitzung zu nachfolgenden Themen:

- „Konservative Therapie der Gonarthrose – welche Therapien sind

evidenzbasiert und sollten über welchen Zeitraum durchgeführt werden?“ (Prof. Klady)

- „Implantat/Zugang/Operateur – was beeinflusst die Hüft-TEP-Rehabilitation?“ (Dr. Fulghum)
- „Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Rehabilitation – alles nahtlos?“ (Dr. Keysser)
- „Therapiestandards zwischen Ökonomie und Qualität“ (Dr. Kühn).

Die 3. Leitlinien-tagung zur Leitlinie „Rehabilitation nach traumatischen Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne neurologisches Defizit“ findet auf dem DKOU am Freitag, 31. Oktober, 9 bis 12.30 Uhr und 14.30 bis 18 Uhr im Salon 5 statt.

Für 2015 ist auf dem VSOU-Kongress in Baden-Baden eine Sektions-sitzung zum Thema „Dosis/Wirkungsprinzipien und zur BG-lichen Rehabilitation“ in Planung.

Wir bedanken uns bei allen aktiven Mitgliedern für ihre wertvolle Mitarbeit und den geleisteten Einsatz und laden alle interessierten Kollegen herzlich ein, das Themengebiet Rehabilitation weiter mitzugestalten.



Dr. Hartmut Bork, Vorsitzender der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie



Dr. Stefan Simmel, stellvertretender Vorsitzender



Dr. Thomas Gottfried, stellvertretender Vorsitzender

# Bericht der Sektion für Grundlagenforschung

Prof. Dr. Anita Ignatius, Prof. Dr. Markus Schwarz

Der Zweck der Sektion für Grundlagenforschung der DGOU e.V. besteht in der Förderung der Wissenschaft und Forschung, insbesondere der Grundlagen- und translationalen Forschung auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie. Die derzeit über 160 Mitglieder der Sektion stammen aus zahlreichen Fachgebieten (Medizin, Natur- und Ingenieurwissenschaften) und bilden die Breite der Grundlagenforschung von der Molekularbiologie bis hin zur biomechanischen Forschung ab. Die inhaltliche Arbeit der Sektion findet überwiegend in sogenannten Netzwerken statt, die auf verschiedene Themenbereiche fokussieren. Derzeit gibt es drei Netzwerke:

- Muskuloskelettale Regeneration (MR-Net, Sprecher: Prof. Dr. Thosten Blunk)
- Muskuloskelettale Biomechanik (MSB-Net, Sprecher: Prof. Dr. Rainer Bader)
- Traumaforschung (NTF, Sprecher: Prof. Dr. Markus Huber-Lang)

Die Netzwerke treffen sich im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlungen auf dem DKOU, meist zusätzlich einmal jährlich zum wissenschaftlichen Austausch. Diese Plattformen sind insbesondere für junge Ärzte und Nachwuchswissenschaftler interessant, um Kontakte zu knüpfen und sich methodisch und wissenschaftlich fortzubilden. Am 4. Juli 2014 organisierte das Netzwerk Traumaforschung eine „Summerschool“ zum Thema „Traumaforschung im Groß- und Kleintiermodell“ in Aachen (Veranstalter: Prof. Dr. Hans-Christoph Pape). Es gab interessante Beiträge zum Polytraumamodell im Schwein, zur „Maus-Intensivstation“ und zu Kleintiermodellen des hämorrhagischen Schocks.

Das Netzwerk Biomechanik traf sich am 26. und 27. Juni 2014 in Hannover (Veranstalter: PD Dr. Hurschler). Das Programm umfasste die Tribologie der Hüftendoprothetik bis hin zu Anwendungsbeispielen der numerischen Simulation in der kliniknahen Forschung. Herauszustellen ist, dass es dem Netzwerk Biomechanik gelungen ist, die Fortbildungsveranstaltung für die Vergabe von CME-Punkten zu registrieren.

Die Sektion Grundlagenforschung lobte auf dem DKOU 2013 erneut den Wilhelm-Roux Preis aus, der mit 5.000 Euro dotiert ist. Der Preis wird jährlich für den besten Kongressbeitrag im Bereich der Grundlagenforschung vergeben. Das Preisgeld wird von der Firma Aesculap zur Verfügung gestellt, wofür sich die Sektion sehr herzlich bedankt. In 2013 wurde der Preisträger des Wilhelm-Roux-Preises erstmals durch eine Fachjury in einer DKOU-Sitzung „Die besten Arbeiten aus der Grundlagenforschung“ ermittelt, in der die Autoren der am besten bewerteten Abstracts vortrugen. Durch die eigene Sitzung bekam die Grundlagenforschung mehr Sichtbarkeit auf dem Kongress, und der Preis wurde erheblich aufgewertet. Der letztjährige Preis ging an Frau Julia Kemmler, Ulm, für die Arbeit „Eine intermittierende Therapie mit normobarem Sauerstoff verbessert die durch ein Thoraxtrauma kompromittierte Frakturheilung im Mausmodell“. Auch in diesem Jahr wird der Preisträger wieder in einer „Best-of“-Sitzung (Dienstag, 28. Oktober 2014, 14.30 bis 16 Uhr) ermittelt werden.

Weiterhin vergab die Sektion Grundlagenforschung vier Posterpreise auf dem DKOU. Ein Teil der Preisgelder wurde von der Firma DePuy gestiftet, wofür wir uns ebenfalls herzlich bedanken, ein Teil wurde von der Sektion finanziert. Auch

2014 sollen wieder Posterpreise vergeben werden. Die Sektion war erneut aktiv in die Gestaltung der Grundlagen- und Postersitzungen auf dem DKOU 2014 eingebunden. Dafür möchten wir uns bei den diesjährigen Kongresspräsidenten herzlich bedanken.

Die Sektion unterstützte zudem eine Fragebogenaktion zur Ermittlung der Rahmenbedingungen und Bedürfnisse von im Bereich der Chirurgie tätigen Wissenschaftlern, die vom Lehrstuhlkonvent für Chirurgische Forschung durchgeführt wurde (Karriere in der chirurgischen Forschung – Eine Standortbestimmung durch den Lehrstuhlkonvent für Chirurgische Forschung, J. Bernhard et al., 2014, [www.dgch.de](http://www.dgch.de)).

Zusammenfassend blickt die Sektion auf ein erfolgreiches Jahr zurück, in dem insbesondere durch die Netzwerktreffen der wissenschaftliche Austausch weiter vorangetrieben wurde.



Prof. Dr. Anita Ignatius,  
1. Präsidentin der  
Sektion Grundlagen-  
forschung



Prof. Dr. Markus  
Schwarz,  
2. Präsident der Sektion  
Grundlagenforschung

### Neue Mitglieder

**Albrecht**, Dominique Christine Dr. med. · Bottmingen

**Bussard**, Claude Dr. med. · Brig

**Deitermann**, Lucas · Münster

**Hanusrichter**, Yannik · Münster

**Heitmann**, Maximilian · Berlin

**Hermanns**, Alice · Hamburg

**Heuser**, Hans Dr. med. · Düren

**Hingelbaum**, Swen Dr. med. · Fellbach

**Kazhamiak**, Dzmitry · Zwickau

**Kirschbaum**, Stephanie Maria · Zeitz

**Knüpfer**, Christiane Dr. med. · Lauf

**Nastai**, Manuel Dr. med. · Oberhausen

**Nutz**, Elisa · Leipzig

**Oldigs**, Jana Kristina Dr. med. · München

**Pesch**, Maria · Dresden

**Roos**, Leo Feike · München

**Rossek**, Jens Dr. med. · Crailsheim

**Schicho**, Andreas · Ulm

**Theopold**, Sarah Dr. med. · Leipzig

**Uzun**, Dmitry · Stollberg/Erzgebirge

**Voicu**, Laurentiu Cristian Dr. med. · Düren

**Wagner**, Thomas Christian Maurus · Stegaurach

**Wilscher**, Stephanie Dr. med. · München

# Einladung zur Mitgliederversammlung 2014 der DGOOC



**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.**  
Präsident 2014 – Prof. Dr. Henning Windhagen, Hannover  
am Donnerstag, 30.10.2014,  
12.45 bis 14.15 Uhr  
Messe Süd Berlin, Großer Saal  
(Zutritt nur für Mitglieder der DGOOC)

## Tagesordnung

### 1. Anträge zur Tagesordnung

### 2. Bericht des Präsidenten

### 3. Bericht des Generalsekretärs

#### 3.1 Satzungsänderung der DGOOC und Abstimmung

Mit Wirkung ab 01.01.2015 wird durch das Ehrenamt-Stärkungsgesetz das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geändert. §27 Abs. 3 BGB sieht dann vor, dass die Mitglieder des Vorstandes eines Vereins grundsätzlich ehrenamtlich tätig sind. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Zahlung einer Vorstandsvergütung – weil abweichend vom Gesetz – in der Satzung ausdrücklich bestimmt werden muss.

Die Steuerberatungsgesellschaft der DGOOC/DGOU schlägt daher folgende Ergänzung für die Satzung der DGOOC (gleichlautend für die DGOU) vor:

#### §3 Gemeinnützigkeit

(2) Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten. *Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Gesamtvorstand.*

### 4. Bericht des Schatzmeisters

### 5. Bericht der Kassenprüfer

### 6. Entlastung des Vorstands

### 7. Wahlen

#### 7.1 Wahl des 3. Vizepräsidenten

Der Vorstand schlägt Frau Prof. Dr. med. Andrea **Meurer**, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt am Main, als Kandidatin für die 3. Vizepräsidentin und damit für das Amt der Präsidentin für das Jahr 2017 vor. Frau Prof. Dr. Meurer hat den Vorschlag des Gesamtvorstands der DGOOC als Kandidatin für dieses Amt angenommen.

#### 7.2 Wahl des Generalsekretärs

Der Gesamtvorstand hat Herrn Prof. Dr. Bernd **Kladny**, Herzogenaurach, bestellt. Prof. Dr. Kladny hat den Vorschlag des Gesamtvorstands der DGOOC als Kandidat für dieses Amt angenommen. Die Bestellung erfordert die Bestätigung durch die Mitgliederversammlung.

#### 7.3 Wahl des Beirats

Dieses Jahr laufen die Amtszeiten von folgenden Beiratsmitgliedern ab: Prof. Dr. med. Volkmar **Jansson**, Orthopädische Klinik Großhadern (München), Prof. Dr. med. Stefan **Rehart**, Agaplesion Markus-Krankenhaus (Frankfurt a. M.) und Prof. Dr. med. Dieter Ch. **Wirtz**, Universitätsklinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Bonn). Sie können nicht für eine weitere Amtsperiode wiedergewählt werden. Der Vorstand schlägt Frau Dr. med. Tanja **Kostuj**, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim (Frankfurt a. M.), Frau Prof. Dr. med. Christina **Stukenborg-Colsman**, Orthopädische Klinik II MHH Annastift (Hannover) und Herrn Prof. Dr. med. Markus

**Rickert**, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und orth. Chirurgie (Gießen) als Kandidaten für den gewählten Beirat vor.

#### 7.5 Wahl der Kassenprüfer 2015

Der Vorstand schlägt Prof. Dr. med. Andreas Kienapfel, Auguste-Victoria-Klinikum, Abt. Orthopädie, Berlin und PD Dr. med. Jens Alexander Richter, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Marienhospital, Gelsenkirchen zur Wiederwahl vor. Prof. Dr. med. Kienapfel und PD Dr. med. Richter haben den Vorschlag, als Kandidat für dieses Amt erneut anzutreten, angenommen.

### 8. Verschiedenes

(Wegen der Wahlen kann nach Zustimmung der Versammlung eine Änderung in der Reihenfolge der Tagesordnung erfolgen)



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard  
Generalsekretär



Prof. Dr. Henning Windhagen,  
Präsident

# DGOOC-Studentenstipendien 2014 sind vergeben

DGOOC

**1 Daniel Bürgener, Gießen:** In unserem Teilprojekt „T1 – Etablierung und Qualitätssicherung osteoporotischer Tiermodelle“ im SFB/TR 79, welches sich mit der Frakturheilung und Defektbehandlung am osteoporotischen Knochen (durch operative, hormonelle, diätetische und medikamentöse Einflüsse) beschäftigt, bin ich als einer von vielen Doktoranden, die auf das ganze Projekt verteilt sind, für die Biomechanik zuständig. Ich habe mich im Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik in Ulm nach den in den letzten zwei Jahren stattgefundenen Hauptversuchen, an denen alle Doktoranden gleichermaßen beteiligt waren, mit den Messungen und Testvorbereitungen beschäftigt. Mit diesem Institut besteht bereits seit mehreren Projekten eine Kooperation mit uns, dem Labor für experimentelle Unfallchirurgie in Gießen. Durch diesen zeit- und arbeitsintensiven Abschnitt hat meine Promotion große Schritte getan. Ein Großteil der geplanten Versuche ist durchgeführt oder zumindest soweit vorbereitet – sei es eingebettet, gesägt, gebohrt, gestanzt –, sodass nur noch die reine biomechanische Messung aussteht. Bis auf eine Versuchsanordnung konnten wir alle – wie gewünscht und mit entsprechendem klinischen Bezug – umsetzen. Der noch ausstehende Versuch sowie die Versuchsanordnung sollen in den kommenden Wochen in Kooperation mit dem Ulmer Institut umgedacht und neu etabliert werden. Mittlerweile scheint es zunehmend absehbar, dass ich meine Promotion im Verlauf dieses Jahres beenden und einreichen werde. Darauf freue ich mich nach all den positiven, interessanten Erfahrungen und den netten Leuten, die ich dabei kennenlernen durfte, und nach all der schon geschehenen und mir noch bevorstehenden Arbeit natürlich sehr!

**2 Johannes Kirsch, Heidelberg:** In Deutschland werden jährlich über 250.000 künstliche Knie- und Hüftgelenke implantiert, und viele dieser künstlichen Gelenke besitzen metallische

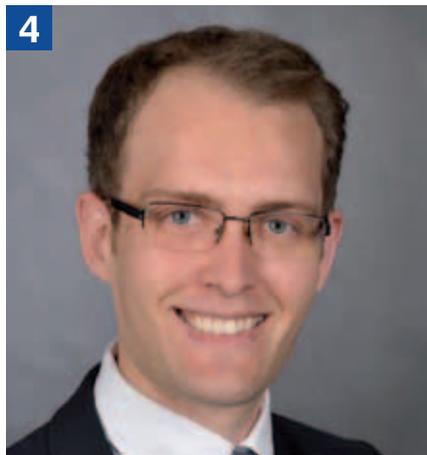
Komponenten (Legierungen) aus Kobalt, Chrom, Molybdän und Nickel. Im Gewebe sind diese Implantate Korrosionsprozessen ausgesetzt, die zur Entstehung von Metallionen führen. Dies kann nach aktueller Studienlage vermutlich klinisch im Hinblick auf Hypersensitivitätsreaktionen, Pseudotumoren und Protheseninfekte relevant sein. Daher habe ich im Rahmen meiner experimentellen Grundlagenstudie den Einfluss der Metallionen von Kobalt, Chrom, Molybdän und Nickel auf humane CD4+ T-Lymphozyten in vitro untersucht, um ein besseres Verständnis über die Auswirkungen der Metallionen zu erhalten. Der Fokus wurde hierbei auf die Analyse von Oberflächenmarkern, die den Aktivitätszustand von Zellen beschreiben, auf die Proliferation der Zellen und die Apoptose (Zelltod) gelegt. Dabei zeigte sich, dass insbesondere hohe Konzentrationen von Kobaltionen (Kobalt: > 60 Prozent Anteil an den Legierungen) die CD4+ T-Lymphozyten in ihrer Aktivität und Proliferation supprimieren und zu erhöhter Zellsterblichkeit führen. Diese Grundlagenforschungsarbeit kann nach erfolgreicher Etablierung und Durchführung im weiteren Verlauf auf andere Zellen wie Makrophagen, mesenchymale Stammzellen, Fibroblasten, Osteoblasten etc. ausgedehnt werden. Aktuell schreibe ich an meiner Dissertation. Des Weiteren ist eine englischsprachige Publikation in Vorbereitung. Ich freue mich sehr über dieses Forschungsstipendium der DGOOC und bedanke mich herzlichst. An dieser Stelle auch herzlichen Dank an meinen Doktorvater Prof. Dr. Felix Zeifang, meinen Doktorbetreuer Dr. Babak Moradi, PD Dr. sc. hum. Dipl.-Ing. Philippe Kretzer und das gesamte Team des Forschungslabors.

**3 Stephanie Kirschbaum, Berlin:** In meiner Dissertation beschäftige ich mich mit dem Thema „Die mini-open Modulation als Therapieoption des femoroacetabulären Impingements im mittelfristigen Follow-up“. Das Konzept des femoroacetabulären Impingements (FAI)



stellt ein relativ neues Krankheitsbild der Orthopädie dar. Aufgrund dieses kurzen Zeitraums und der bisher verhältnismäßig seltenen Anwendung der mini-open Methode in der chirurgischen Therapie des FAI besteht derzeit ein Mangel an mittel- und langfristigen Ergebnissen. Seit Oktober 2012 analysiere ich als Doktorandin des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie – Klinik für Orthopädie der Charité Universitätsmedizin Berlin das mittelfristigen Outcome der mini-open Modulation in der Therapie des FAI. An dieser Stelle danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Carsten Perka und meinem Betreuer Dr. M. Müller, die mir mit Rat und konstruktiver Kritik immer zur Seite standen und ohne die meine Arbeit in der jetzigen Form nicht möglich gewesen wäre. Zur Evaluation des Outcomes der mini-open Modulation wurden 99 Patienten (105 Hüften), die sich aufgrund eines FAI an unserer Klinik einer mini-open Schenkelhalsmodulation und/oder einem Pfannenrandtrimming unterzogen, nachuntersucht. Es erfolgte erstens die Untersuchung des subjektiven Patienten-bezogenen Outcomes (Zufriedenheit, Aktivitätslevel (Beruf, Sport, Sportart), der Schmerzsymptomatik (NRS), der Funktionsscores (zum Beispiel HOS), zweitens des klinischen Outcomes (ROM, Funktionstests, etc.), sowie drittens eine röntgenologische Auswertung der prä-, postoperativen und aktuellen Röntgenbilder (Arthrosegrad,  $\alpha$ -Winkel, Head-Neck-Offset, Ossifikationen, etc.). Außerdem wurde die Komplikations- und Rezidivrate erfasst. Aktuell sind die Datenerhebung und Nachuntersuchungen sowie die statistische Analyse der erhobenen Daten abgeschlossen, und ich befinde mich in der Schlussphase des Schreibens meiner Dissertation. Einen Teil der Ergebnisse werde ich auf dem diesjährigen Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Form eines Vortrags präsentieren. Ein Teil der Ergebnisse soll auf dem diesjährigen European Hip Society Kongress in Stockholm präsentiert werden.

**4 Sebastian Klein, Münster:** Gleich zu Beginn möchte ich mich bei der DGOOC für die Gewährung eines Reiestipendiums bedanken, mit dem es mir möglich war, unser Projekt in München auf dem diesjährigen Osteologie-Kongress vorzustellen. Unsere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem nicht selektiven Kationenkanal TRPC6,

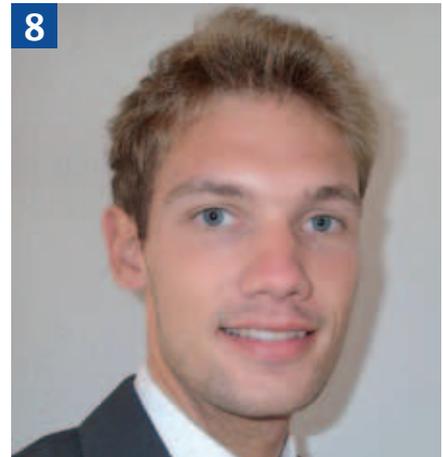


der eine hohe Leitfähigkeit für Kalzium besitzt. Signalwege, die durch einen Kalziumstrom von TRPC6 reguliert werden, spielen sowohl für die anabolen als auch für die katabolen Zellen des Knochenstoffwechsels eine Rolle. Eine genaue funktionelle Bedeutung dieses Kanals im Knochenmetabolismus bleibt bislang jedoch ungewiss. Daher erfolgte eine histomorphometrische Analyse der fünften Wirbelkörper von TRPC6-defizienten und Wildtype-Geschwistertieren sowie molekular- und zellbiologische Untersuchungen isolierter Knochenzellen in der Zellkultur und weitergehende histochemische Analysen. Im Rahmen dieser Arbeit konnten wir zahlreiche neue Erkenntnisse gewinnen, die eine Rolle von TRPC6 als einen Mediator im Knochenstoffwechsel darlegen, wie beispielsweise die rarefizierte Knochenstruktur der Mutante im Vergleich zum Wildtypen zeigt. Ich möchte mich besonders bei dem Arbeitsgruppenleiter Dr. Richard Stange und dem Klinikdirektor für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster, Prof. Dr. Michael J. Raschke, für das Vertrauen in meine Arbeit bedanken und außerdem für die Möglichkeit, diese Ergebnisse auf einem Kongress vorstellen zu dürfen. Die schriftliche Ausarbeitung dieser Ergebnisse in Form einer medizinischen Dissertation ist kurz vor der Fertigstellung.

**5 Vennila Maheswaran, Ulm:** In meiner Promotionsarbeit beschäftige ich mich mit „Nanostrukturierten Oberflächen als Templat- und Gerüststrukturen für mesenchymale Stammzellen und Osteoblasten“. Im Rahmen eines DFG-geförderten Projektes soll darin in Kooperation mit der Abteilung Festkörperphy-



sik der Universität Ulm (Arbeitsgruppe Dr. Plettl) die Interaktion von humanen mesenchymalen Stammzellen (hMSC) sowie humanen Osteoblasten (hOB) mit nanostrukturierten Oberflächen analysiert werden. Dabei handelt es sich um SiO<sub>2</sub>-Materialien, die Nanosäulen unterschiedlicher Dimensionen aufweisen (Höhe: 20 nm bis 100 nm; Durchmesser: 10 nm bis 30 nm; Abstand: 50 nm bis 120 nm). In vorausgehenden Arbeiten konnte ein unterschiedliches Verhalten der Zellen auf entsprechend nanostrukturierten Materialien bezüglich der Adhäsion, der Proliferation sowie der osteogenen Differenzierung gezeigt werden (Fiedler et al., Biomaterials 34: 8851-8859, 2013). Meine Arbeit lässt sich in drei Teilprojekte einteilen. Im ersten soll untersucht werden, ob eine unterschiedliche Nanotopografie zu einer veränderten Genexpression von hMSC führt. Dazu wird ein whole genome micro array durchgeführt. Anhand dieser Ergebnisse können neue zellbiologische Mechanismen identifiziert werden, die durch nanotopografische Adhäsionsbedingungen beeinflusst werden. Als eine Weiterentwicklung der Biomaterialproduktion wurden neuartige Gradientenstrukturen (Gradient in Höhe, Abstand und Durchmesser der Nanosäulen) hergestellt. Diese werden im zweiten Teil meiner Arbeit eingesetzt. Hierbei soll die Zellinteraktion auf homogener Topografie und Gradientenstruktur verglichen werden. Dazu werden Untersuchungen zur Zelladhäsion, Proliferation, Migration sowie Differenzierung durchgeführt. Im letzten Teil meiner Arbeit soll der Einfluss einer biomechanischen Stimulation der Zellen auf den homogenen 3D-Strukturen untersucht werden. Dazu wurde ein neuartiges System zur Vibration dieser Materialien konstruiert.



Diese neu etablierte Apparatur erlaubt eine sterile Kultivierung der Zellen und anschließend eine mechanische Stimulation durch Anlegen von Über- und Unterdruck (Frequenz: 1 Hz). Untersucht wird damit der Einfluss nanotopografischer Adhäsionsbedingungen hinsichtlich der Zellantwort auf mechanische Reize. Hierzu werden die Zellmorphologie über immunhistochemische Färbung, die Zellzahl sowie ausgewählte Genexpression osteoblastärer Marker bzw. des Knochenstoffwechsels ohne und mit Stimulation analysiert.

**6 Benedikt Meßmer, Regensburg:** In meiner Doktorarbeit beschäftige ich mich mit dem klinischen Ergebnis und dem Einwachsverhalten beim computerassistierten „Femur First“ Operationsverfahren für die primäre Hüftendoprothetik. Ich bin Teil der Arbeitsgruppe von PD Dr. Tobias Renkawitz an der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg, die sich, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), mit der Entwicklung von patientenindividuellen und biomechanisch-optimierten Operationstechniken in der Knie- und Hüftendoprothetik beschäftigt. Beim „Femur First“ Operationsverfahren soll durch eine patientenspezifisch-kombinierte Ausrichtung von Hüftschaff und -pfanne eine luxationssichere Implantatposition erreicht werden, die dem Patienten im Alltag gleichzeitig einen größtmöglichen Bewegungsumfang ohne Anschlagsphänomene (Impingement) ermöglicht. Dabei beginnt der Chirurg mit der Präparation des Hüftschaffes („Femur First“), vermisst die dreidimensionale Schaffposition mit Hilfe eines Infrarot-Navigationssystems und implantiert im Anschluss die Pfanne in einer vom Com-

puter patientenindividuell abgestimmten, optimierten Position. In unserer prospektiv randomisierten Studie wurden insgesamt 135 Patienten entweder konventionell (n=69) oder mit Hilfe der navigierten „Femur First“ Technik (n=66) operiert. Das klinische Operationsergebnis haben wir mit Hilfe verblindeter Untersucher sechs Wochen, sechs Monate, ein und zwei Jahre postoperativ verglichen. Sechs Wochen postoperativ zeigt der Harris Hip Score in der navigierten Gruppe signifikant höhere Werte. Derzeit untersuche ich noch ergänzend für alle Patienten das Einwachsverhalten zwischen den zementfreien Prothesenoberflächen und dem umgebenden Knochen mit einem speziellen DEXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometry) Verfahren.

**7 Jonas Schmalzl, Würzburg:** Meine Dissertation im Fachbereich Tissue Engineering hat den Titel „Genetische Modifikation humaner mesenchymaler Stammzellen zur Stimulation der Knochenheilung“. Dabei isolierte ich humane mesenchymale Stammzellen und untersuchte deren osteogenes Differenzierungspotenzial, nachdem ich mittels adenoviraler Transfektion die Überexpression bestimmter Wachstumsfaktoren induziert hatte. Die alleinige Applikation von Wachstumsfaktoren, wie beispielsweise von BMP-2, findet bereits klinischen Einsatz, wobei dieser Ansatz durch den schnellen Abbau der eingesetzten Proteine im Gewebe limitiert wird. Dagegen besteht mit dem Einsatz von Adenoviren die Möglichkeit, eine Langzeitstimulation der Osteogenese zu induzieren. In meiner Arbeit konnte ich dies in vitro nachweisen, wobei die klinische Anwendung von Adenoviren aufgrund ihrer möglichen Tumorigenität weiterhin

umstritten ist und daher weitere in vivo Studien am Tiermodell durchzuführen sind. Mit der Dissertation begann ich bereits kurz nach dem Physikum Ende 2011. Nach Auswertung der Daten konnten wir die Arbeit im September 2013 im „Journal for Stem Cell Research and Therapy“ veröffentlichen. Des Weiteren hatte ich die Möglichkeit, die Arbeit im Rahmen einer Posterpräsentation mit einem Kurzvortrag auf dem DKOU 2013 in Berlin vorzustellen. Mittlerweile ist die Dissertationsschrift verfasst, die Verteidigung wird nach Erhalt der Approbation stattfinden. Abschließend ist geplant, die Arbeit für einen Vortrag auf einem Kongress im Fachbereich Tissue Engineering kommenden Jahres einzureichen. Auf diesem Weg möchte ich mich noch einmal herzlich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Ulrich Nöth, bei meinem Betreuer Dr. Dr. J. Reichert sowie bei dem gesamten Laborteam des Orthopädischen Zentrums für muskuloskeletale Forschung in Würzburg für die Unterstützung und die hingabevolle Betreuung bedanken. Darüber hinaus gilt mein Dank der DGOOC, die meine Promotion mit diesem Stipendium finanziell unterstützt.

**8 Alexander Walter, Bochum:** Das Thema meiner Promotionsarbeit lautet: „Komparative Pilotstudie zur Prävalenz des femoroazetabulären Impingements (FAI) beim männlichen Leistungssportler in klinischer Untersuchung und kernspintomografischer Bildgebung“. Diese Promotionsarbeit, welche an der Abteilung für Sportorthopädie der Orthopädischen Universitätsklinik Bochum unter der Leitung von Dr. Matthias Lahner durchgeführt wurde, analysierte die Prävalenz des femoroazetabulären Impingements (FAI) beim männlichen Hochleis-

9

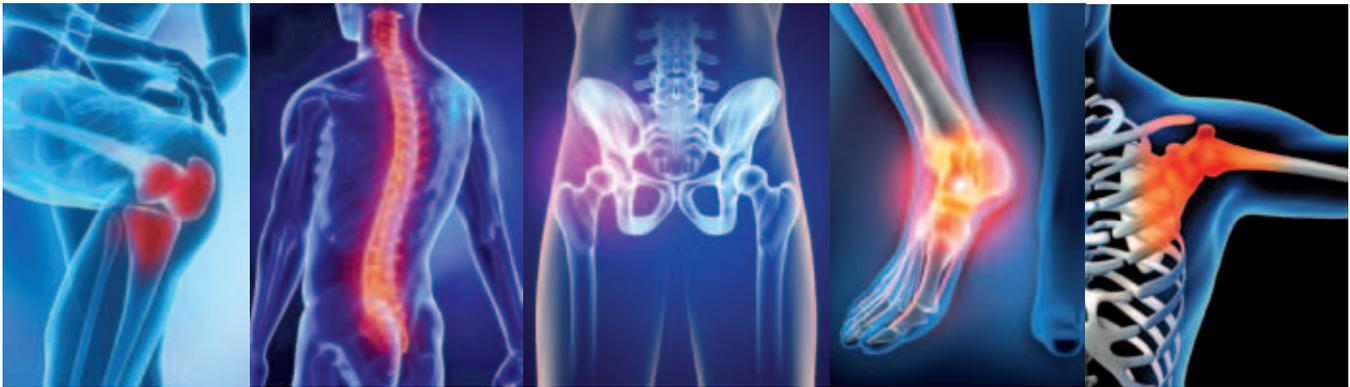


tungsfußballspieler. In einer MRT-Untersuchung mit spezieller axialer Schichtung zur Quantifizierung des Alphawinkels nach Nötzli zeigte sich ein erhöhter Anteil an Alphawinkeln > 55 Grad in der Fußballgruppe im Vergleich zur gleichaltrigen Kontrollgruppe. In einer Subgruppenanalyse war das Schussbein der Leistungsfußballspieler von einem signifikant höheren Alphawinkel (57,3 Grad) betroffen als das Schussbein der Kontrollgruppe (51,7 Grad). In einer weiteren biomechanischen Untersuchung wurden die Rückfußbewegung und die plantare Druckbelastung bestimmt. Es bestätigte sich eine Differenz in der Gangkinematik in der Fußballgruppe. Das Schussbein

stellt somit einen prädisponierenden Faktor für die Entstehung eines FAI dar. Die Promotionsarbeit wurde Ende 2013 dem Promotionsausschuss der medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum vorgelegt und am 27. Februar 2014 zum Promotionsverfahren zugelassen.

**9 Fabian Westhauser, Heidelberg:** Die Behandlung großer Knochendefekte stellt die Orthopädie und Unfallchirurgie vor zunehmende Herausforderungen und verlangt neue, innovative Therapiekonzepte. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass eine Kombination aus biologisch aktivem Zellmaterial, gewonnen aus autologer Knochensubstanz, Scaffolds und biologischen Aktivator wie Wachstums- oder Differenzierungsfaktoren zu optimalen Therapieergebnissen führt. Im Rahmen meiner Doktorarbeit mit dem Titel „Mikro-Computertomografische Evaluation der in-vivo Knochenbildungsfähigkeit humaner mesenchymaler Stammzellen unterschiedlicher Herkunftsgewebe unter dem Einfluss von Bone Morphogenetic Protein-7 (BMP-7)“ habe ich in einem in-vivo-Modell den Einfluss des Differenzierungsfaktors Bone Morphogenetic Protein-7 (BMP-7) auf mesenchymale Stammzellen (MSC) aus Beckenkammspirat (BMSC) und Reaming-Material (RIA-MSC) untersucht. In SCID-Mäuse habe ich dazu subkutan und

ektop Konstrukte aus humanen BMSC bzw. RIA-MSC, beta-Tricalciumphosphat ( $\beta$ -TCP) und unterschiedlichen Konzentrationen von BMP-7 implantiert. Nach acht Wochen im Tier werden die Konstrukte explantiert und auf ihre Knochenneubildung hin quantifiziert. Bislang hat man zur Quantifizierung der Knochenneubildung auf konventionelle Histologie zurückgegriffen. Ehrgeiziges Ziel meiner Studie war es, ein neues Modell zur Messung von Knochenneubildung zu etablieren. Hierzu habe ich die Implantate vor Implantation und nach Explantation mittels eines mikro-Computertomografen ( $\mu$ CT) gescannt. Während die Evaluation normaler Knochenstruktur in  $\mu$ CTs etabliert ist, fehlte es bislang an geeigneter Software, um die spezifischen Veränderungen und Eigenschaften von Scaffolds darzustellen. In einem eigens entwickelten Programm konnte ich anhand verschiedener Parameter die Knochenneubildung in den Scaffolds quantifizieren und die Hypothese der Arbeit, dass die Stimulation von MSC durch BMP-7 eine verstärkte Knochenneubildung zur Folge hat, bestätigen. Darüber hinaus wurden die  $\mu$ CT-Ergebnisse mit histologischen Untersuchungen korreliert – diese zeigen hohe Übereinstimmung. Durch die Ergebnisse dieser Arbeit können künftig Knochenumbauprozesse in Scaffolds mit Hilfe des  $\mu$ CTs objektiviert werden.



# Kurse für Spezielle Orthopädische Chirurgie – Echo der Absolventen

Seit mittlerweile fünf Jahren bietet die DGOOC Kurse für Spezielle Orthopädische Chirurgie an. Diese Kurse Fuß, Hüfte,

Knie, Schulter und Wirbelsäule werden in der Regel von den Teilnehmern sehr gut evaluiert. Wir haben einige Absolventen,

die das Gesamtzertifikat erreicht haben, nach ihren Erfahrungen befragt.

## Das war sehr gut!

*Dr. Uwe Böttcher, Herzberg*

### Warum haben Sie die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie absolviert?

Die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie wurden von mir absolviert, um mein diesbezügliches medizinisches Wissen zu aktualisieren und es auf dem neuesten Stand zu halten.

### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Es war nicht einfach, alle Kurse neben meinem Berufsalltag wahrzunehmen. Ich musste dafür entsprechende Urlaubs- und Wochenendzeit nutzen. Dazu war eine Abstimmung mit dem Arbeitgeber notwendig. Die Anreise muss zeitlich bewältigt werden, und die Familie muss das nötige Verständnis aufbringen für die Zeit und die private Finanzierung.

### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Der Aufbau der Kurse war gut gemacht. Es bestand eine gute Führung vom Allgemeinen zum Speziellen. Weiter wurden hervorragende praktische Übungen durchgeführt. Es stand ausreichend Raum für qualifizierte Diskussion zur Verfügung.

### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Primär hatte ich besonderes Interesse an der Hüft-, Knie-, Schulter-, Wirbelsäulen- und Fußthematik. Zur Vervollständigung habe ich dann auch den Kurs Tumororthopädie besucht. Auch hier haben sich für meine praktische Arbeit nützliche Aspekte ergeben.

### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

In den einzelnen Kursen wurden alle wesentlichen Inhalte gut dargestellt. Detailaspekte konnten in Diskussionen und persönlichen Gesprächen erschöpfend geklärt werden. Somit vermisse ich keine Inhalte.

### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern war angenehm, von Kollegialität geprägt, wertschätzend und zielorientiert.

### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an den Kursen? Inwiefern genau?

In meiner Arbeit profitiere ich durchaus von den Erkenntnissen aus den Kursen. Die Sensibilität für bestimmte Problematiken wurde geschärft. Es konnten persönliche Kontakte hergestellt werden. Daraus resultierten Vereinbarungen zum Hospitieren in den Kliniken der Referenten mit dem Ziel, praktische Detailfähigkeiten zu verbessern. Weiter wurden durch die Teilnahme am Kurs Tumororthopädie durch persönlichen Kontakt Möglichkeiten eröffnet, Schnittbilddiagnostik vorzustellen, um für den betroffenen Patienten eine Optimierung der Versorgung zu bewirken. Durch Verbesserung der Kenntnisse können zusätzlich Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Zudem habe ich auch über weitere Möglichkeiten von Trainings praktischer Fähigkeiten erfahren, von denen ich sonst nichts gewusst hätte.

### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

Das war super! Oder: Sehr gut war's! Wenn ich vier Worte hätte: Das war sehr gut!

### Kommt meinen Patienten sehr zu Gute

Dr. Jens Gruß, Hannover

#### Warum haben Sie die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie absolviert?

Da ich mich in der Ausbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ befunden habe, waren die Kurse für mich eine willkommene praktische und theoretische Ergänzung zur täglichen Arbeit. Auch Themen, die im Alltag nicht häufig, zum Teil auch gar nicht vorkommen, konnten so abgehandelt werden.

#### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Die Kurse waren gut in den Berufsalltag einzubauen, da auch mein Chef, Herr Prof. Dr. Heller, die Teilnahme an den Kursen sehr unterstützt hat.

#### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Insgesamt ist der Aufbau eines jeden Kurses etwa gleich. Es geht vom einfachen

zum Speziellen Teil des Themas. Unterbrochen werden die theoretischen Teile von Workshops und Präparationen.

#### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Das lässt sich auf Grund der Vielfalt nicht wirklich beantworten. Jeder Kurs hat das theoretische und auch das praktische Spektrum erweitert. In jedem Kurs konnten spezielle Fragestellungen mit den Dozenten besprochen und geklärt werden.

#### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

Zwar ist die Kinderorthopädie ebenfalls eine Zusatzweiterbildung, doch sie gehört dennoch in diesem Rahmen vermittelt. Wünschenswert wäre auch ein Themenkreis, der sich mit der konservativen und technischen Orthopädie beschäftigt.

#### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Das ist von dem „persönlichen Profil“ des Referenten abhängig. Im Wesentlichen war aber immer ein kollegialer Dialog auf Augenhöhe möglich.

#### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an den Kursen? Inwiefern genau?

Durch die Kurse hat sich mein Wissensspektrum in jedem Fall erweitert, und mein bestehendes Wissen wurde auf den neuesten Stand gebracht. Dies kommt jetzt meinen Patienten sehr zu Gute. Auch habe ich ausgewiesene Experten kennengelernt, die ich nun bei Fragen kontaktieren kann.

#### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

Lehrreich, praxisorientiert, günstig.

### Eine breite Wissensgrundlage

Dr. Hagen Hommel, Wriezen

#### Warum haben Sie die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie absolviert?

Es gibt zwei Gründe, warum ich die Kurse in meinen Weiterbildungsplan integriert habe:

- Um mich auf die Prüfung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ bei der Landesärztekammer Brandenburg vorzubereiten und
- um meine Weiterbildungen im Fach Orthopädie auf eine angenehme und komprimierte Weise zu vervollständigen und fortzuführen.

Die Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ ist im Rahmen der Zertifizierung zum Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung als Voraussetzung vorgegeben und somit notwendig und essenziell.

#### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Da die Kurse lang im Voraus buchbar und planbar waren, ist es unproblematisch gewesen, sich den Freitag und den Sonnabend für die Absolvierung und die Teilnahme an den Kursen freizuhalten.

#### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Die Kurse waren im Allgemeinen gleich aufgebaut und strukturiert. Über die anatomisch physiologischen Grundlagen wurde über Grundlagen der OP-Techniken immer weiter ins Detail gegangen, und man hat somit einen kompletten Überblick über das jeweilige Thema erhalten. Des Weiteren fand ich die Möglichkeiten der praktischen Anwendungen in kleinen Workshops sehr gut, um auch praktische Erfahrungen im jeweiligen Gebiet sammeln zu können, wobei natürlich unterschiedliche Gegebenheiten bestanden. Es gab Workshops an Leichenteilen, zum Beispiel wie im Schulterkurs, aber auch Workshops an Sawbones in den Endoprothetikkursen, was jeweils von den Möglichkeiten der jeweiligen Referenten abhängig war.

#### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Für mich besonders interessant war der Kurs Knie und Schulter und hierbei vor allem die praktischen Anwendungen.

#### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

Inhalte habe ich nicht vermisst.

#### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Dies möchte ich als sehr angenehm hervorheben. Die Referenten waren zu jedem Zeitpunkt des Kurses ansprechbar. Man konnte mit den Referenten in den Pausen bzw. auch an den gemeinsamen Abendessen Themen besprechen und vertiefen, man konnte aber auch Fragen um den Kurs herum und zur Klinik sowie zu organisatorischen Abläufen jederzeit offen diskutieren und besprechen.

#### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an den Kursen? Inwiefern genau?

Es ist natürlich immer schwer, weil der Alltag als Chefarzt in einer orthopädischen Abteilung mit 57 Betten überwiegend auch aus organisatorischen Aufgaben besteht. Aber eine breite Grundlage in den einzelnen Wissensgebieten, die in den Kursen strukturiert und organisiert dargestellt wurde, ist immer von Nutzen, wenn man mit den Spezialisten im eigenen Hause über deren jeweiliges Spezialgebiet reden will.

#### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

Organisiert, strukturiert, interessant.

## Straffes Programm, lockere Atmosphäre

Dr. Bettina Sauer, Bad Dübén

### Warum haben Sie die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie absolviert?

Weil ich mich aufgrund meiner Tätigkeit in der operativen Orthopädie nach dem Facharzt weiter vertiefen wollte.

### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Im Gegenteil. Mein Arbeitgeber förderte mich diesbezüglich und räumte mir die nötige Zeit ein.

### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Alle großen, wichtigen Gebiete der Orthopädie waren repräsentiert. Inhaltlich wurden sowohl Grundlagen als auch sehr spezielle Probleme behandelt, so dass sowohl noch weniger erfahrene Kol-

legen als auch Fachspezialisten profitieren.

### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Aufgrund meiner Tätigkeit: Fuß, Schulter, Knie.

### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

Es wurden jeweils die wichtigsten Themen auf den einzelnen Gebieten behandelt. Sehr wünschenswert wäre ein Anatomie-Workshop beim Fußkurs.

### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Bei allen Kursen waren namhafte Fachvertreter anwesend, die ehrlich über ihre Ergebnisse berichteten. Trotz des inhalt-

lich straffen Programms war die Atmosphäre locker, so dass sowohl zwischen den Vorträgen, in den Pausen als auch während der Workshops Fragen an die Referenten gestellt oder Probleme gemeinsam diskutiert werden konnten.

### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an den Kursen? Inwiefern genau?

Absolut. Ich greife bei meiner Arbeit regelmäßig auf die in den Kursen vermittelten Inhalte aktuellsten Wissensstands zurück.

### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

Innovativ. Konstruktiv. Niveauvoll.

## Pro-aktive Lernatmosphäre

Dr. Christoph Müller, Leipzig

### Warum haben Sie die DGOOC-Kurse Spezielle Orthopädische Chirurgie absolviert?

Als fachliche Vorbereitung auf die Prüfung zur Subspezialisierung.

### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Nein, die Freistellung vom Arbeitgeber erfolgte problemlos.

### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Strukturiert, praxisrelevant.

### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Gelenkchirurgie und Endoprothetik.

### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

Nein, keine.

### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Ideal, die geringe Teilnehmerzahl ermöglicht eine pro-aktive Lernatmosphäre.

### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an den Kursen? Inwiefern genau?

Ja, bis zur bestandenen Prüfung. In den letzten Jahren erfolgte dann eine weitgehende Festlegung auf Gelenkchirurgie und Endoprothetik, so dass ich die anderen Themenschwerpunkte nicht mehr alltäglich benötige.

### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

A must have.



Kompaktkurs und Zertifikat Kinderorthopädie der VKO sind ideale Begleiter zur Facharztausbildung.

Bild: VKO

# Bericht der Vereinigung für Kinderorthopädie



Prof. Dr. Robert Rödl

Die zweite Hälfte des Jahres 2013 und die erste Hälfte von 2014 waren für die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) von kontinuierlichem Engagement und Impulsen geprägt. Die Mitgliederentwicklung blieb mit 246 Mitgliedern unverändert.

### Neuer Vorstand

Im Rahmen der diesjährigen Mitgliederversammlung am 13. März 2014 wurde ein neuer Vorstand gewählt. In Kontinuität mit dem bisherigen Vorstand erfolgte gewissermaßen eine Rochade zwischen Beiräten, erstem Vorsitzendem und Schriftführer:

- **Erster Vorsitzender:** Prof. Dr. Robert Rödl
- **Zweiter Vorsitzender:** Prof. Dr. Carol Hasler
- **Schriftführerin:** Prof. Dr. Bettina Westhoff
- **Schatzmeister:** Dr. Kell Behrens

- **Beirat:** Prof. Dr. Rudi Ganger, Prof. Dr. Andrea Meurer, Prof. Dr. Thomas Wirth

Ich möchte an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Thomas Wirth und Frau Prof. Dr. Andrea Meurer ganz herzlich für ihr jahrelanges großartiges Engagement danken. Frau Prof. Meurer hatte seit acht Jahren das Amt inne und ist allen VKO-Mitgliedern in Erinnerung durch die Rundbriefe an die Mitglieder, die den Zusammenhalt der Gesellschaft auch außerhalb der Mitgliederversammlungen herstellte. Daneben wurde durch ihr Engagement der Aufbau der Website der VKO maßgeblich vorangetrieben.

Thomas Wirth hat in seiner sechsjährigen Tätigkeit viele neue Impulse für die VKO gegeben. Durch die Einrichtung von Wissenschaftsboard und Ausbildungsboard konnten Leuchtturmprojekte wie die Multicenter-Studie zur Epiphyseo-

lysis capitis femoris wie auch der Kompaktkurs Kinderorthopädie erfolgreich umgesetzt werden. Seine kompetente und fröhliche Persönlichkeit strahlen nach außen, was Kinderorthopädie in der täglichen Praxis ausmacht.

### Kurssystem

Der bewährte Kompaktkurs Kinderorthopädie, der vom 12. bis 15. November 2013 in Hamburg unter der Leitung von Prof. Stücker stattfand, war wieder ausgebucht mit über 80 Teilnehmern.

Im Januar 2014 wurde dann der erste Zertifikatkurs „Hüfte“ in Düsseldorf unter der Leitung von Herrn Prof. Krauspe und Frau Prof. Westhoff aus der Taufe gehoben. Aufbauend auf dem Kompaktkurs bilden acht zweitägige Zertifikatkurse das gesamte Curriculum Kinderorthopädie ab. Die Kurse haben dabei einen Praktikumsanteil von 50 Prozent und sind auf

30 Teilnehmer begrenzt. Neben „Hands on“-Workshops wird die Kinderorthopädie durch zahlreiche Falldemonstrationen, die im Plenum diskutiert werden, greifbar und lebendig. Der erste Kurs war trotz des kurzen Vorlaufes ausgebucht und erfüllte alle Erwartungen des neuen Konzeptes. Mit der Abbildung des Curriculums, an dem Prof. Parsch maßgeblich beteiligt war, konnte so auch ein Konsens über die Inhalte der kinderorthopädischen Weiterbildung klar definiert werden.

Damit sind Kompaktkurs und Zertifikat ideale Begleiter zur Facharzt Ausbildung. Der Kompaktkurs vermittelt das erforderliche Wissen für die kinderorthopädischen Inhalte des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie, das Zertifikat begleitet die Ausbildung zum Kinderorthopäden. Die VKO konnte sich mit dem so definierten Curriculum auch in die Gestaltung der Neuordnung der Weiterbildungsordnung einbringen.

### Veranstaltungen und Kongresse

Die Jahrestagung vom 14. bis 15. März 2014 in Bonn unter der Leitung von PD Dr. Urs von Deimling und Dr. Kiril Mladenov ermöglichte nicht nur fachliche Diskussion auf höchster Ebene, sondern setzte einen Höhepunkt mit der Verleihung des Ehrenpreises an Toni Herring, der seine jahrzehntelange Beschäftigung mit Morbus Perthes eindrucksvoll präsentierte.

Daneben war die VKO auf zahlreichen Veranstaltungen präsent, wie beispielsweise der Jahrestagung der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU), dem Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgen-Kongress (NVOU) in Hamburg und nicht zuletzt im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 (DKOU) in Berlin mit dem Tag der Sektionen und vielen anderen Veranstaltungen. In Berlin wurde auch traditionell im Geist von O&U eine gemeinsame Sitzung mit der Sektion Kindertraumatologie gestaltet. Das unter der Schirmherrschaft der VKO stattfindende 16. Baseler Symposium für Kinderorthopädie mit dem Thema „Neuroorthopädie“ fand ebenfalls breites Interesse.

Der neu gegründete Arbeitskreis „Wachsende Wirbelsäule“ präsentierte sich erstmals mit einem Kurs vor der Jahrestagung am 13. März 2014. Hier wurde auf das gesamte Spektrum der wachsenden Wirbelsäule abgehoben, beginnend bei propädeutischen Themen bis hin zu komplexen Problemen der Early Onset- und juvenilen Skoliosen sowie der Skoliosen bei neuromuskulären und syndromalen Erkrankungen.

### Wissenschaft

Die ECF (Multicenter-Studie) zum Remodelling entwickelt sich hervorragend mit jetzt schon 154 Fällen. Die Finanzierung ist weiterhin für die nächsten Jahre gesichert.

Der Wissenschaftspreis wurde an A.S. Spiro et al. (Hamburg) für seine Arbeit „Surgical correction of severe congenital kyphosis through a single posterior approach“ verliehen. Für die beiden Reisetipendien der VKO wurden Dr. Daniel Herz aus Essen und Dr. Tanja Kraus aus Graz ausgewählt.

### Ausblick

Die 29. Jahrestagung findet in Frankfurt unter der Leitung von Frau Prof. Meurer unter dem Motto „Guiding Growth“ statt. Der diesjährige Kompaktkurs findet vom 18. bis 21. November in Göttingen statt. Zertifikatskurse zum Thema „Untere Extremitäten“ (Achsen, Beinlängendifferenzen), Prophylaxe und Syndrome und Wirbelsäule werden in der zweiten Jahreshälfte 2014 in Münster, Frankfurt und Hamburg angeboten. Diese vielfältigen Aktivitäten sind nur durch Engagement und Einsatz der Mitglieder der Vereinigung für Kinderorthopädie möglich, wofür sich der Vorstand an dieser Stelle auch noch einmal ganz herzlich bedankt.



Prof. Dr. Robert Rödl leitet die Vereinigung für Kinderorthopädie.

# Aus den Verbänden

## Neue Mitglieder

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

**Grundmann**, Dr. med. Bernhard

**Kamping**, Ruth · Hannover

**Koob**, Dr. med. Sebastian · Bonn

**Öhlein**, Dr. med. Bernhard · Willmars

**Sleim**, Osama · Münster

**Walter**, Philipp Alexander · Velbert

**Wetzlich**, Dr. med. Thomas · Leipzig

# Einladung zur Mitgliederversammlung der DGU



**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, liebe Mitglieder!**

Hiermit laden wir Sie herzlich ein zur

**Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.**

**Termin:** 29. Oktober 2014, 12.45 Uhr bis 14.15 Uhr

**Ort:** Berlin, DKOU-Gelände Messe Süd, Großer Saal

## Tagesordnung

1. Eröffnung der Mitgliederversammlung Präsident
2. Genehmigung der Tagesordnung Präsident
3. Wahl des 3. Vizepräsidenten 2015 und damit Präsident des Jahres 2017 Präsident / Wahlleiter  
Prof. Dr. Alexander Beck (Würzburg)

Das Präsidium der DGU schlägt Herrn **Prof. Dr. med. Ingo Marzi**, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt / Main, vor.

4. Wahlen zum Nichtständigen Beirat 2015 bis 2017 Präsident / Wahlleiter

Es sind drei Mitglieder im Nichtständigen Beirat neu zu besetzen. Das Präsidium hat satzungsgemäß aus den Vorschlägen der Mitglieder sechs Kandidaten ausgewählt (siehe Vorschläge für den Nichtständigen Beirat der DGU).

5. Bericht des Präsidenten Präsident
6. Bericht des Generalsekretärs Generalsekretär
7. Bericht des Schatzmeisters Schatzmeister
8. Vorstellung und Beschlussfassung Änderung der Satzung (siehe Anlage) Generalsekretär
9. Bericht der Kassenprüfer 2013 Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch (Hamburg) und Prof. Dr. Michael Wich (Berlin)

## 10. Entlastung des Vorstandes

11. Wahl der Kassenprüfer für 2014 Präsident / Wahlleiter

Das Präsidium schlägt vor: Frank Klufmöller (Berlin) und Prof. Dr. Klaus-Dieter Schaser (Berlin)

12. Bekanntgabe des Wahlergebnisses 3. Vizepräsident 2015 Präsident

## 13. Verschiedenes

Mit besten Grüßen  
Ihre



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann  
Generalsekretär der DGU



Prof. Dr. Bertil Bouillon  
Präsident der DGU

P.S.:  
Wünschen Sie eine Ergänzung der Tagesordnung, bitten wir Sie, diese gemäß § 8 Ziffer 3 der Satzung bis spätestens bis zum 15.10. schriftlich mit Begründung, z. Hd. des Generalsekretärs, vorzulegen.

## Vorschläge für den Nichtständigen Beirat der DGU 2015 bis 2017

Name, Position, Klinik	Position	Klinik	DGU-Engagement
<b>Holstein,</b> Jörg, PD Dr.	Oberarzt	Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg / Saar	Seit 2011 Leiter des Arbeitskreises „Klinische Forschung und Versorgungsforschung“, Mitglied des Wissenschaftsausschusses, Gutachter für den DKOU, Mitglied des Organisationsteams für den DKOU, seit 2012 Mitglied der AG Becken
<b>Huber-Wagner,</b> Stefan, PD Dr.	Geschäftsführender Oberarzt	Klinik für Unfallchirurgie, Klinikum rechts der Isar der TU München	Seit 2001 aktives Mitglied der Sektion NIS der DGU (früher AG Polytrauma), Schriftführer und Mitglied des Grundsatzausschusses der DGU, Mitglied der ComGen der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE), Mitglied der Vereinigung Bayerischer Chirurgen. Seit Jahren als ATLS-Kursinstructor tätig. Organisation von zwei DGU-Veranstaltungen 2013: 1) Teleradiologie aktuell – Das TKmed-Treffen für Anwender und solche, die es werden wollen, 22.11.2013, München; 2) 3. Jahreskongress der Sektion NIS zum 20jährigen Jubiläums des TraumaRegister der DGU, München 09 / 2013
<b>Matthes,</b> Gerrit, Prof. Dr.	Oberarzt	Notfallzentrum / Rettungsstelle, Unfallkrankenhaus Berlin	2004: Gründungsmitglied Junges Forum der DGU; 2006-2009: Alternierender Sprecher, Junges Forum der DGU; 2008: Gründungsmitglied der DGOU; 2008-2011: Gesamtvorstandsmitglied der DGOU (Nichtständiger Beirat); 2011-2013: Präsidiumsmitglied der Deutschen DGU (Nichtständiger Beirat); Stellv. Sprecher Sektion Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU; Mitglied Nationales ATLS-Board Deutschland; Sprecher Traumanetzwerk Berlin; Co-Autor S3-Leitlinie Polytrauma der DGU; Mitglied Arbeitskreis zur Umsetzung Weibuch / Traumanetzwerk – AKUT; Kommissionsmitglied Hans-Liniger-Preis 2013 der DGU
<b>Ochman,</b> Sabine, PD Dr.	Geschäftsführende Oberärztin	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Münster	Kongresspräsidentin der Deutschen Assoziation für Fuß- und Sprunggelenk (DAF) 2014, aktives Mitglied der AG Fuß seit 2008, aktives Mitglied des Arbeitskreises DRG (DGOU) seit 2009, erweitertes Vorstandsmitglied der D.A.F. (Sektion der DGOU) seit 2008, Kursbeirat Traumatologie der D.A.F. ab September 2014, Leitung „Operationskurs Traumatologie“ der D.A.F. seit 2008, Beirat „Weiterbildungskommission“ der D.A.F. seit 2013, Mitglied AO Trauma sowie regelmäßige Referentin / Instruktorin bei AO Trauma-Kursen
<b>Probst,</b> Christian, PD Dr.	Oberarzt	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Klinikum Köln-Merheim	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sektion NIS (derzeit: Umfrage offene Frakturen, Überarbeitung S3-Leitlinie)</li> <li>■ Reviewboard TraumaRegister® DGU</li> <li>■ wissenschaftliche Mitbegleitung P.A.R.T.Y.-Programm</li> <li>■ Leitlinienbeauftragter der DGU für die interdisziplinäre Leitlinie Perioperative Anämie</li> <li>■ ATLS Kursdirektor</li> <li>■ Kongresssekretär DKOU 2014</li> </ul>
<b>Wagner,</b> Frithjof, Dr.	Oberarzt	Notfallmedizin, BG-Unfallklinik Murnau	Mitglied der Sektion NIS und der AG Einsatz-, Katastrophen- und taktische Chirurgie, tätig im nationalen ATLS-Board. Früher Mitglied der AG Septische Chirurgie

## Vorschlag zur Satzungsänderung

Das Präsidium und der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie schlagen eine Ergänzung des § 11 Abs. 1, erster Satz der Satzung (Zusammensetzung des Präsidialrates) vor:

„h) dem Leiter des Ausschusses Traumanetzwerk DGU®“

### Begründung:

Bei der Satzungsänderung 2013 war zwar unter § 15 Abs. 2 der Ausschuss Traumanetzwerk DGU® eingefügt, aber in § 11 vergessen worden. Dadurch ist der Leiter des Ausschusses bisher nicht Mitglied im Präsidialrat und dadurch auch nicht stimmberechtigt im Präsidium. Dies soll geändert werden.



Bild: Vertigo Signs/Fotolia

# DGU fördert 2014 Forschung mit 200.000 Euro

Für 2014 stellt die DGU neben zahlreichen Wissenschaftspreisen eine Forschungsförderung von insgesamt 200.000 Euro zur Verfügung. Die DGU möchte hiermit jeweils eine „Anschubfinanzierung“ für Forschungsprojekte mit einem unfallchirurgischen Schwerpunktthema im Bereich Klinische Studien/Versorgungsforschung oder in der unfallchirurgischen Grundlagenforschung leisten.

Der Projektantrag muss ein innovatives und wissenschaftlich begründetes For-

schungskonzept darstellen, verbunden mit der Aussicht auf Nachhaltigkeit auf dem Gebiet der Unfallchirurgie. Erwartet wird außerdem ein Nachweis über die vorhandenen Ressourcen und die Unterstützung durch die Universität oder jeweilige Institution (Klinik).

Der Antrag auf Forschungsförderung kann als Einzelantrag oder als Verbundantrag gestellt werden. Der Hauptantragsteller muss unfallchirurgisch tätig und Mitglied der DGU sein. Über die jeweilige Höhe der

Förderung entscheidet der DGU-Vorstand nach Begutachtung durch und auf Empfehlung des Wissenschaftsausschusses der DGU. Anträge sind in der Geschäftsstelle der DGU einzureichen.

### MEHR INFOS

Mehr zu Antrag und Kriterien der Forschungsförderung auf:  
[www.dgu-online.de](http://www.dgu-online.de) →  
<http://www.dgu-online.de/wissenschaft/wissenschaft-und-forschung-in-der-unfallchirurgie/dgu-forschungsfoerderung.html>

# Bericht der Sektion Notfall-, Intensiv- und Schwerstverletztenversorgung (NIS)

Prof. Dr. Sascha Flohé

Die Sektion NIS hat aktuell circa 70 bis 80 aktive Mitglieder, die sich in verschiedenen Projekten und Arbeitskreisen der Sektion betätigen. Das Tätigkeitsfeld der Sektion NIS kann in vier wesentliche Bereiche eingeteilt werden:

## 1. Aktivitäten um das TraumaRegister

Für die Aktivitäten um das TraumaRegister DGU® ist der Arbeitskreis TraumaRegister (Leitung Rolf Lefering und Thomas Paffrath) in Kooperation mit der Beauftragten für Qualitätssicherung im TraumaRegister DGU® der AUC, Frau Nienaber, verantwortlich. Als wesentlicher Aspekt dieser Arbeit ist hierbei die Implementierung der 2011 bis 2013 erarbeiteten Bogenrevisionen zu erwähnen, die im Arbeitskreis ausführlich diskutiert wurde und schließlich 2014 umgesetzt wurden. Des Weiteren wurde die Publikationsrichtlinie aktualisiert, konkretisiert und in der aktuellen Form in der Abstimmung mit dem Vorstand der DGU verabschiedet und implementiert. Ziel dieser Publikationsrichtlinie ist es, den Zugriff auf die Daten des TraumaRegisters zu ordnen und durch die Arbeit des Review-Boards des TraumaRegisters DGU® die Qualität der Auswertungen trotz der zunehmenden Anfragen nach Evaluationen hochzuhalten. Darüber hinaus soll vermieden werden, dass zeitgleich mehrere Gruppen an gleichen Themen arbeiten und vor allem, dass im Sinn der Qualitätssicherung die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis bei allen Publikationen rund um das TraumaRegister DGU® eingehalten werden. Einzelheiten über den Umgang mit TraumaRegister-Daten und der neuen Publikationsrichtlinie sind auf der Homepage unter [www.TraumaRegister.de](http://www.TraumaRegister.de) nachzulesen.

Zusätzlich wird die langjährige Expertise des Arbeitskreises TraumaRegister mit anderen Gruppierungen der DGU geteilt. Hervorzuheben ist hierbei die Kooperati-

on mit der AG Alterstrauma, wo ein reger Austausch über die Umsetzbarkeit eines Alterstrauma-Registers für die Alterstraumazentrenbildung diskutiert wird. Der Austausch mit Mitgliedern der AG Alterstraumatologie hat im Rahmen des Treffens in Ludwigshafen und im Rahmen des anstehenden Treffens des TraumaRegisters DGU® in Bensberg stattgefunden. Ähnliche Kooperationen bestehen mit der Bundeswehr in der Entwicklung eines Einsatz-spezifischen TraumaRegisters. Außerdem plant die Sektion Hand der DGU ein Register für komplexe Handverletzungen. Auch diese Initiative wird durch den AK TraumaRegister beratend begleitet. Das nächste Arbeitstreffen des Arbeitskreises TraumaRegister Sektion NIS findet vom 13. bis 14. Juni 2014 in Bensberg statt. Im Rahmen dieser Sitzung sollen neue Qualitätsindikatoren erörtert werden und vor allem der Umgang mit verlegten Patienten sowie die Möglichkeiten der Erfassung zusätzlicher Größen wie Lebensqualität erörtert werden. Die Ergebnisse dieser Arbeitskreissitzung liegen zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes noch nicht vor.

## 2. Kongresse und Treffen

Die gesamte Sektion trifft sich in der Regel zweimal pro Jahr. Am 14. und 15. Februar 2014 hat ein NIS Sektionstreffen mit knapp 50 Teilnehmern an der BG-Klinik in Ludwigshafen stattgefunden. Das nächste Sektionstreffen der gesamten Sektion ist für den 13. September 2014 in Düsseldorf geplant.

Zusätzlich richtet die Sektion NIS einmal pro Jahr zusammen mit der Ausgabe der Jahresberichte des TraumaRegisters ein eintägiges kongressartiges Treffen aus. Dieses findet am 12. September 2014 statt. Aufgrund der großen inhaltlichen Überschneidung mit Themen rund um die Traumanetzwerkinitiative findet der

AKUT-Jahreskongress der Traumanetzwerke erstmalig zusammen mit dem NIS-TraumaRegister-Treffen ebenfalls am 12. September 2014 in Düsseldorf statt.

Zusätzlich zu diesem Treffen der Gesamtsektion treffen sich einzelne Arbeitskreise im ein- oder zweitägigen Arbeitstreffen zu verschiedenen Themen. Herauszuheben sind hierbei neben dem TraumaRegister-Treffen am 13./14. Juni die Aktivitäten des Arbeitskreises Bildgebung (Organisation Toni Ernstberger, Regensburg) mit einem eintägigen Arbeitstreffen im Februar 2014 und Juni 2014.

Die Sektion NIS hat eine Sitzung auf dem DKOU rund um aktuelle Themen der Schwerstverletztenversorgung organisiert. Darüber hinaus hat ein organisatorisches Arbeitstreffen der Leitung der Sektion NIS im Rahmen des Jahreskongresses 2013 auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie stattgefunden. Außerdem wurde eine traumatologische Standard Operating Procedure (SOP) für die Notaufnahme nach Reviewprozess im Rahmen eines Treffens auf dem DKOU konsentiert (Organisation F. Walcher, Frankfurt/Magdeburg).

Außerdem hat die Sektion NIS im Rahmen des Polytrauma-Kurses auf dem ESTES-Kongress 2014 eine Sitzung rund um aktuelle Aspekte der Schwerstverletztenversorgung gestaltet.

## 3. Studien, Umfragen und aktuelle Projekte zur Qualitätssteigerung rund um die Schwerstverletztenversorgung

Viele Mitglieder der Sektion NIS haben an dem interdisziplinären Projekt einer SOP-Sammlung für die zentrale Notaufnahme für den chirurgischen traumatologischen Bereich mitgearbeitet. Die SOPs wurden nicht nur von Mitgliedern der Sektion NIS unter Koordination von

## Aus den Verbänden

Felix Walcher (Magdeburg) erstellt, sondern ebenfalls extern durch eine weitere Gruppierung unabhängig von den Autoren zusätzlich begutachtet, wodurch eine möglichst breite Expertise in diesem Bereich geschaffen werden sollte.

Es wurde eine Umfrage zur Primärversorgung von offenen Frakturen durchgeführt, deren Ergebnisse auf dem Jahreskongress vorgestellt werden (Koordination D. Gümbel, Greifswald). Außerdem wurde eine Umfrage zum primären Umgang mit instabilen Frakturen des Beckens durchgeführt, dessen Ergebnisse ebenfalls auf dem Jahreskongress dargestellt wurden (Koordination U. Schweigkofler, Frankfurt).

Als wichtige neue Projekte, die sich in aktueller Bearbeitung befinden, sind folgende Punkte zu nennen:

- **Erfassung und Versuch der Erstellung von standardisierten Protokollen für die CT-Polytrauma-Spirale.** Hintergrund: Die Durchführung der Polytrauma-Diagnostik mittels Ganzkörper-CT ist inzwischen zum Standard geworden. Was sich jedoch genau unter einer Polytrauma-Spirale verbirgt und was genau erfasst wird, ist nicht nur Geräte-abhängig, sondern auch von Klinik zu Klinik sehr variabel. Diese Heterogenität soll erfasst werden und gegebenenfalls eine einheitliche Empfehlung ausgegeben werden.

- **Projekt Checklisten, „Team-Time-Out Schockraum“ und Trauma-Care-Bundle:**

Unter diesem Bereich sind Initiativen zur Qualitätsverbesserung beim Trauma zusammengefasst. Mit Checklisten vor oder während des Schockraums analog zum Team-Time-Out im OP soll die Qualität in kritischen Punkten der Initialversorgung von Schwerverletzten gesteigert werden. In eine ähnliche Zielrichtung geht die Entwicklung von Trauma-Care Bündeln, wo gewisse Maßnahmen zusammengefasst werden, die zu einem gewissen Zeitraum durchgeführt werden sollen. Für diese Projekte engagieren sich aus der NIS – koordinierend mit vielen Mitarbeitern – Herr Münzberg und Herr Wölfl aus Ludwigshafen und Gerrit Matthes aus Greifswald / Berlin sowie Heiko Trentzsch aus München.

- **Projekt nationale Traumakohorte:** In Zusammenarbeit mit der Deutschen Röntgengesellschaft unter Koordination von Söhnke Langer aus Greifswald soll versucht werden, über Telemedizin (TKmed) archivierte Polytrauma-CT Bilder systematisch klinischen Daten aus dem TraumaRegisters DGU® zuzuordnen und so eine bebilderte Datenbank bzw. ein bebildertes TraumaRegister zu erstellen. Dieses visionäre Projekt wird von Seiten der Deutschen Röntgengesellschaft durch Söhnke Langer federführend geleitet. Von unfallchirurgischer Seite findet die

maßgebliche Unterstützung durch Toni Ernstberger aus Regensburg und Uli Schmucker von der AUC und mit Unterstützung von Thomas Paffrath, Sascha Flohé und weiteren Mitgliedern aus der NIS statt.

#### 4. Beteiligung an übergeordneten Projekten zum Thema der Schwerverletztenversorgung

Die Sektion NIS ist wesentlich beteiligt an der Aktualisierung der S3-Leitlinie Schwerverletztenbehandlung der DGU. Die Mitglieder der Sektion NIS stellen die jeweiligen Kapitelverantwortlichen und unterstützen die Steuergruppe. Viele neue junge Mitglieder der Sektion NIS unterstützen die alten Kapitelautoren bei der Aktualisierung der neuen Kapitel.

Die Sektion NIS stellt Mitglieder für den neuen Ausschuss AKUT der DGU und beantwortet regelmäßig Anfragen des Vorstandes zu Themen der Schwerverletztenversorgung und ist hier ein aktives beratendes Mitglied auf kurzem Dienstweg über die Geschäftsstelle.



Prof. Dr. Sascha Flohé,  
Leiter Sektion NIS der  
DGU, Uniklinik Düsseldorf,  
Klinik für Unfall-  
und Handchirurgie

## Neue Mitglieder

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

**Böhringer**, Dr.med. Alexander · Laichingen  
**Child**, Christopher · Heidelberg  
**Comont**, Daniela · Idar-Oberstein  
**Debus**, Dr.med. Florian · Marburg  
**Dittrich**, Michael · Augsburg  
**Eichhorn**, Dr.med. Sven · Ulm  
**Ganjali**, Farshad · Frechen  
**Grundmann**, Dr.med. Bernhard  
**Kaminski**, Dr.med. Andrzej · Hattingen

**Kellermann**, Florian · München  
**Krieg**, Dr.med. Bernd · Regensburg  
**Matthies**, Andrej · Siegen  
**Niemann**, Katharina · Dortmund  
**Pingen**, Dr.med. Olaf · Hamburg  
**Riess**, Dr.med. Peter · Bad Berleburg  
**Welle**, Kristian · Bonn  
**Werner**, Anne · Münster  
**Wohlrath**, Dr.med. Bernd · Frankfurt

## Die DGU trauert um ihre verstorbenen Mitglieder

Dr.med. Alexander Michael Morgen  
 Teutoburgerstr. 12, 90491 Nürnberg  
 \*09.06.1950 †14.02.2014

Dr. med. Max Christian Podewills  
 Ruiter Str. 43/3, 73734 Esslingen a. N.  
 \*07.03.1961 †14.04.2014

Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle  
 Am Eselsweg 31, 55128 Mainz  
 \*14.02.1917 †06.05.2014

Dr. med. Thomas Aleker  
 Wäldenbronner Str. 6, 73732 Esslingen  
 \*11.11.1956 †04.04.2014

Prof. Dr. med. Hossein Towfigh  
 Kerkheideweg 7b, 48163 Münster  
 \*24.10.1944 †14.05.2014

Dr. med. Karl Sasse  
 Schillerstr. 1, 50968 Köln  
 \*19.01.1951 †

## Für Sie gelesen



Ackermann (Hrsg.)  
**Antibiotika und Antimykotika**  
4., überarb. u. erw. Auflage  
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014  
69,80 Euro

### Sollte immer griffbereit sein

Kompakt und doch umfassend vermitteln die Autoren aus Labormedizin, Mikrobiologie, Pharmazie und Klinik den für die klinisch-praktische Anwendung vielschichtigen Komplex der arzneilichen Therapie der Infektionen. Für den klinischen Anfänger sind die klar beschriebenen Grundlagen, unter anderem Pharmakokinetik, -dynamik, eine hilfreiche Einstiegshilfe; das gilt für alle Nutzer für den folgenden Hauptteil der Beschreibung der Antibiotika (Wirkungsspektren, Indikationen, Dosierungen, Resistenzen, Interaktionen u. a.) sowie das breite Kapitel erregerspezifische Therapie, es reicht

von Aktinomyzeten bis Treponema. Ein eigener Abschnitt ist der Behandlung der Sepsis gewidmet; hier sind neben anderen die Infektionen der Weichteile, Knochen, Gelenke, Endoprothesen, Katheter- und Implantatassoziationen zu finden, besonders beeindruckend die (oft verkannten) Infektionen des Herzens. Das Werk ist aktuell-informativ, textlich kurzweilig, nicht zuletzt griffig – und sollte immer griffbereit sein.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



Hinterhuber  
**Führen mit strategischer Teilhabe**  
Erich Schmidt Verlag,  
2013  
29,95 Euro

### Mehr als Management

Das ursprünglich für wirtschaftliche Unternehmer und Führungskräfte geschriebene Buch sollten leitende Ärzte, erst recht Ärztliche Direktoren nicht unbeachtet lassen: Angesichts der immer stärker in den Vordergrund tretenden wirtschaftlichkeitsbezogenen Managerführung des Unternehmens Krankenhaus, die auch politisch gewünscht ist, geraten die nur medizinisch auszufüllenden Handlungsspielräume, darunter nicht zuletzt deren personelle Inhalte und Fähigkeiten, an den Rand. Der buchstäblich eigentliche Aufgabenkomplex, das strategische Ziel, kann nicht mehr vollständig, bestenfalls lückenhaft erreicht werden. Diese Lückenhaftigkeit durch Führungskonzeption zu überwinden, ist der Ansatz dieser Schrift. Im personalen Bereich stellt der Verfasser auf die strategische Teilhabe „in einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens und im Rah-

men eingeräumter Handlungsfreiheit“, beruhend auf Delegation von Aufgaben, Befugnissen und Verantwortung, auf der Bereitschaft zur Korrektur eigener Fehler und auf dem Einstehen für Fehler der Mitarbeiter ab. Die Erklärung(en) des Sinngelhalts von leadership und deren Lücken bzw. Fehler gelten in vollem Umfange für den Medizinbereich. Insoweit greifen die in bestechender Klarheit formulierten Handlungsvor-(rat-)schläge auch für die chirurgische Fehlerkultur. Nicht ohne besonderen Reiz sind zahlreich eingestreute, mehr philosophische als militärische Zitate des genialen Strategen H. v. Moltke d. Ä. Ein früherer Titel des Autors lautet: Leadership – mehr als Management. Treffender kann man es nicht feststellen.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



Schmidt · Greiner · Nürnberg (Hrsg.)  
**Sonografische Differenzialdiagnose**  
3., korrigierte Auflage  
Georg Thieme Verlag,  
2013  
119,99 Euro

### Lehratlas mit hohem praktischen Nutzen

Der nicht nur gewichtsmäßig gravitatische Band stellt das gesamte Intestinum, nicht aber die Weichteile der Gliedmaßen dar. Gleichwohl kommt den gut und übersichtlich textierten sonografischen Abbildungen (in gewohnter Thieme-Qualität) auch für den Unfallchirurgen-Orthopäden im operativen Bereich ein hoher Informationswert zu: Dies erhellt schon im Eingangskapitel Gefäße unter anderem mit Vorstellung der Gefäßwandveränderungen, doch auch durch die eingehende Präsentation der lokalen und systemischen Thrombosen. Einen Schwerpunkt bildet die Sonografie der Leber, deren Vielzahl der Erscheinungsformen deren Abgrenzung gegen akute Verletzungen oder deren Folgen gestattet; der Hinweis auf die in der Tumor-Sonografie geläufige Kontrastverstärkung (CEUS) dürfte dem Traumatologen gelegen kommen. Ähnlich zu werten ist die Milzdarstellung, bei der auf Ultraschallbefunden aufbauende Gradingssysteme über Exstirpation oder Erhaltung mitentscheiden.

Im Übrigen bietet auch hier der Atlas reichhaltiges Material zum Vergleich Trauma/Traumafolge versus endogener Krankheitszustand. Schließlich sei noch auf die (nicht-intestinale) Thoraxwand hingewiesen: Beispiel Sternum-, Klavikula-, costale Frakturen, die im Frühstadium sonografisch nachgewiesen werden können, wenn das Nativ-Röntgen noch versagt. Der Gesamteindruck des Werkes wird wesentlich mitbestimmt durch die kleinteilig bearbeitete Behandlung der vielen differenzierten Krankheitserscheinungen der jeweiligen Organe; dabei werden die klinischen Grundbedingungen und die begleitenden Symptomatologien in prägnanter, aber doch voll informativer Kürze berücksichtigt. Dem Untertitel „Lehratlas“ wird das Werk, das naturgemäß beträchtliche Anteile Tumorpathologie enthält, ebenso gerecht wie dem praktischen Gebrauchsanspruch.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



Flechtenmacher · Sabo  
**Praktische Röntgendiagnostik Orthopädie und Unfallchirurgie**  
 Georg Thieme Verlag,  
 2014  
 99,99 Euro

## Zwei Bücher in einem

Eigentlich handelt es sich um zwei Bücher in einem: Im zweiten Teil finden sich genaue Anleitungen zur Einstelltechnik der verschiedenen Körperregionen mit ihren speziellen Fragestellungen. Hier werden nicht nur die Röntgenbilder gezeigt, man kann anhand von zahlreichen Fotos die jeweilige Positionierung des Patienten im Röntgenraum genau nachvollziehen. Auch die Rockwood-Aufnahme der Schulter, die bei uns sehr häufig gemacht wird, findet Erwähnung, wenn auch nur als Alternativaufnahme. Der erste Teil des Buches enthält Kapitel zu Strahlenschutz, Gerätetechnik, dann – sozusagen als Repetitorium – den komprimierten Abschnitt „Radiologische Diagnostik von Knochentumoren“, spezielle Aspekte der Unfallchirurgie sowie spezielle Aspekte der Skelettradiologie bei Kindern. Auch

in Zeiten vermehrter Schnittbildgebung behält die konventionelle Röntgendiagnostik ihren wichtigen Stellenwert, der hier klar aufgezeigt wird; gleichzeitig wird auch auf ihre Grenzen hingewiesen (zum Beispiel SC-Gelenk). Allein schon wegen des ersten Teils (der mit seinen immerhin knapp 80 Seiten seltsamerweise als Einleitung deklariert ist) mit den speziellen Aspekten der Tumor-, Unfall- und Kinderradiologie ist das Buch jedem angehenden Facharzt zu empfehlen. Wer eigenverantwortlich Röntgenaufnahmen anfertigt, findet im zweiten Teil Gelegenheit, seine Vorgehensweise zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren.

*Prof. Dr. Jobst-Henner Kühne, München*



Schiltenswolf · Hollo  
 (Hrsg.)  
**Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane**  
 6., vollst. überarb. Aufl.  
 Georg Thieme Verlag,  
 2014  
 199,99 Euro

## Ein Muss für Gutachter

Seit 36 Jahren ein (wenn nicht das) Standardwerk – die erste Auflage erschien 1978 – und nun in der sechsten Auflage mit dem Stabwechsel seitens der Herausgeber: vom mittlerweile verstorbenen und hier noch als Coautor mehrerer Kapitel fungierenden Orthopäden Prof. Dr. Rompe zum Orthopäden Prof. Dr. Schiltenswolf und vom Landessozialgerichtsrichter Arnold Erlenkämper zum Landessozialgerichtsrichter Dierk F. Hollo. Mit über 900 Seiten ein sehr umfangreiches Buch, stellt das Werk weiterhin den Standard unter den Fachbüchern über orthopädische Begutachtung dar. Das bisherige Konzept als Mehr-Autorenbuch mit über 40 Einzelautoren wurde beibehalten. Die drucktechnische Ausführung mit Zwei-Spalten-Druck, farblich unterlegten Kernaussagen und Zusatzausführungen („Vertiefendes Wissen“) sowie Ergänzungen in kleinerer Schrift erfuhren über die Jahre hinweg nur leichte Änderungen. Neu und praktikabel ist die unterschiedliche farbliche Unterlegung der drei Teile: „Rechtliche Grundlagen der Begutachtung“, „Medizinische Grundlagen der Begutachtung“ und „Einschätzungsempfehlungen“. Der juristische Teil A beschäftigt sich vorwiegend mit zentralen Rechtsbegriffen sowie dem Sozial- und Zivilrecht, ferner dem Verfahrensrecht, der Rechtsstellung des Gutachters sowie rechtlichen Aspekten einzelner Rechtsgebiete. Dabei handelt es sich teilweise um eher spezielle Fragestellungen, teilweise aber auch um Aspekte, mit denen man tagtäglich in Klinik und vor allem Praxis zu tun hat, etwa die Frage, was Berufs-, Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit bedeuten

– als langjährigem Gutachter sind dem Rezensenten auf diesem Gebiet schon viele ärztlich attestierte Fragwürdigkeiten untergekommen. Der medizinische Teil B wurde von einer Vielzahl von Autoren verfasst, darunter auch Kapitel mit interdisziplinärer juristisch-medizinischer Autorenschaft. Es geht um allgemeine und spezielle Aspekte, wie zum Beispiel ICF, Berufskrankheiten, Zusammenhangsgutachten in verschiedenen Rechtsgebieten, Begutachtung in verschiedenen Rechtsgebieten sowie in speziellen Bereichen wie entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, bösartigen Tumoren, Infekten, Osteoporose, Erkrankungen der Wirbelsäule, der Schulter, der Hand und des Kniegelenkes, und natürlich auch um Klassiker: die Beurteilung von chronischen Schmerzen vom Schmerz als Ausdruck einer primären psychischen Erkrankung. Abgeschlossen wird dieser Teil von Checklisten, Messblättern und Prüfschemata. Im kurzen Teil C folgen Einschätzungsempfehlungen verschiedener spezieller Fragestellungen sowie eine Synopse mit tabellarischer Darstellung der Bewertungsempfehlungen für Erkrankungen der oberen und unteren Extremitäten. Zusammenfassend ist dieses Werk der Klassiker und ein „Muss“ für diejenigen, die regelmäßig mit gutachterlichen Fragestellungen zu tun haben. Für diejenigen, die nur am Rande und gelegentlich mit solchen Themen befasst sind, reichen hingegen andere Werke (zum Teil der gleichen Autoren) mit geringerem Umfang und Preis.

*Dr. Stephan Grüner, Köln*

## Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder gerne können Sie die Akademie ansprechen unter  
Tel.: (030) 79 74 44-59  
Fax: (030) 79 74 44-57,  
E-Mail: info@institut-ado.de

Veranstalten sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.



Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter [www.institut-ado.de](http://www.institut-ado.de) oder der neuen ADO-App

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	24.11.-29.11.2014	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590€ <sup>1</sup> 790€ <sup>2</sup>	47

Rheuma-Zertifizierungskurse I / II / III in 2014 (im Anschluss Morbus Bechterew)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Rostock	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	30.08.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 100€ <sup>1</sup> 130€ <sup>2</sup>	7
Stuttgart	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	11.10.2014				
Meerbusch	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	12.-13.09.2014			Kurs III: 200€ <sup>1</sup> 250€ <sup>2</sup>	17
Berlin	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	31.10.-1.11.2014				
Berlin	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	30.10.2014				
Leipzig	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	06.12.2014				

ORFA - Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin – Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA						
Hamburg	Modul 4	06.09.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 + 7 50€ <sup>1</sup> (Praxisinhaber) 75€ <sup>2</sup>	
	Modul 5	15.11.2014				
	Modul 6	17.01.2015			Modul 2-6 150€ <sup>1</sup> (Praxisinhaber) 175€ <sup>2</sup>	
	Modul 7	04.02.2015				

4. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin						
Berlin	Kindertraumatologie	12.-13.12.2014	Prof. Wich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ <sup>1</sup> 240€ <sup>2</sup>	9

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder, <sup>3</sup> BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

## Manuelle Medizin

Im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden/Unfallchirurgen in Kooperation mit der MWE, technische und theoretische Grundlagen in Form von Workshops

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Manuelle Medizin	31.10.-01.11.2014	folgt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Grundkurs Manuelle Medizin: 300€ <sup>3</sup> 370€ <sup>2</sup>  Sonderkurs: 220€ <sup>1</sup> 260€ <sup>2</sup>	24
Berlin	Manuelle Medizin-Refresher	30.10.2014	Reinhard Deinfelder	ADO	35€	4

## Röntgenaktualisierungskurs

Berlin	DKOU- Röntgen update	30.10.2014	Dr. Abt	ADO	130€ <sup>1</sup> 150€ <sup>2</sup>	9
--------	----------------------	------------	---------	-----	--	---

## Basiskurs „ Physikalische Therapie“

Bad Füssing	Basiskurs Physikalische Therapie	17.10-18.10.2014	Prof. Kladny, Prof. Beyer, Dr. Conrad	ADO	450€ <sup>1</sup> 500€ <sup>2</sup>	
-------------	----------------------------------	------------------	---	-----	--	--

## Morbus Bechterew „Den Morbus überseh ich nicht“

Anlässlich des 33. Geburtstages der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew wurde eine Initiative zur Früherkennung der axialen Spondyloarthritis und der ankylosierenden Spondylitis ins Leben gerufen.

33 bundesweite Veranstaltungen der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie sollen der aktuellen Diagnosestellung auf die Sprünge helfen – zehn Jahre bis der Morbus Bechterew erkannt wird, sind viel zu viel.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
siehe Rheumakurse	Morbus Bechterew	die Kurse finden im Anschluss an die Rheumazerifizierungskurse statt	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	kostenlos	

## Kinesio Taping Kurse 2014

Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	19.-20.09.2014	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ <sup>1</sup> 230€ <sup>2</sup>	7
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	17.-18.10.2014			Crashkurs 120€	16
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	07.-08.11.2014				16
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	28.-29.11.2014				17
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	05.-06.12.2014				17

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder, <sup>3</sup> BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

# Service / Fort- und Weiterbildung

DKOU 2014 – weitere Kursangebote						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Knochen-Knorpel Update	29.10.2014	Prof. Rehart	Akademie Deutscher Orthopäden	35€	
Berlin	Frühbehandlung rh. Erkrankungen – Einführung in d. Basistherapie	29.10.2014	Dr. Schwokowski	ADO	25€ <sup>1</sup> 35€ <sup>2</sup>	
Berlin	Sonografie der Säuglings-Hüfte	30.10.2014	Dr. Fröhlich	ADO	45€	

3D/4D Wirbelsäulervermessung und 4D motion Kurs Termine 2014						
3D/4D Messverfahren ist ein zusätzlicher diagnostischer Baustein bei der Patientenuntersuchung, komplementiert wird dies durch das neue Seminar der dynamischen Wirbelsäulervermessung 4D-motion						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fulda	4D-motion	27.09.2014	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de in Kooperation mit Intermed-Forum e.V.	<b>3D / 4D:</b> 150€ <sup>1</sup> 200€ <sup>2</sup> <b>4D motion:</b> 150€ <sup>1</sup> 200€ <sup>2</sup> inkl. Handouts und Verpflegung	9
Berlin	3D / 4D Wirbelsäulervermessung	01.11.2014				
Fulda	4D-motion	08.11.2014				

ADO Kooperationen						
Muskelektromyographie und Biofeedback mit Oberflächen EMG						
Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umsetzung in der Praxis						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Muskelektromyographie	30.10.2014	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125€	8

Sonographiekurse Hamburg Termine 2014 / 2015						
Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonographiekurse gemäß §6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsorgane	12.-14.09.2014	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193 / 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	31
	Aufbaukurs Bewegungsorgane	07.-09.11.2014				31
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	23.-24.08.2014				21
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	22.-23.08.2015				21
	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte	16.-18.01.2015				42
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	18.-19.10.2014				16

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder, <sup>3</sup> BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

## MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2014

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Differentialdiagnose in der MRT	10.-11.10.2014	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711 / 5535-111, Fax: 0711 / 5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 320€ alle 5 Kurse: 1450€ CME gesamt 80	16
	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	14.-15.11.2014				16

## Sonographiekurse Dortmund Termine 2014

Sonographiekurse der Säuglingshüfte nach Graf

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Akademie Dortmund	Abschlusskurs	15.11.2014	Dr. H. D. Mathhiessen DEGUM- und DGOOC-Seminarleiter Prof. Dr. B. D. Katthagen	Akademie Dortmund Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Frau Dorothee Grosse Tel.: 0231 953 20239 www.akademiedo.de	250€ zzgl. MwSt	n. n.
					250€ zzgl. MwSt	n. n.

## DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2014

LBB 1

Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	Weiterbildung Manuelle Medizin „LBB1 Lenden-Becken-Bein“	10.-14.09.2014	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard e-mail: kontakt@dgmsm.de Tel. 06742 / 8001-0 www.dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www.dgmsm.de	
Bad Füssing		05.-09.11.2014				
Boppard		03.-07.12.2014				

## GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik Termine 2014

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensorische, propriozeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Taunus	Kompaktkurs	12.-14.09.2014	Dr. Greogor Pfaff, Michael Kaune, Dr. Martina Götz	GHBF e. V., Haimhauserstr. 1, 80802 München, Tel: +49 89-330 370 53 / Fax: +49 89-330 371 31	455€ (GHBF Mitglieder 364€)	
Chiemsee	Kompaktkurs	14.-16.11.2014			In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	

# Service / Fort- und Weiterbildung

## Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e. V. Manuelle Medizin Termine 2014

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie / Manuelle Medizin.  
Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e. V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dresden	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 1)	12.-14.09.2014		Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e. V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562 / 9718-14 Fax: 07562 / 9718-22 email: falkowski@aerztese- minar-mwe.de www.aerztese-minar-mwe. de	auf Anfrage	
Dresden	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 2)	19.-21.09.2014				
Karlsruhe	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 1)	19.-21.09.2014				
Karlsruhe	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 2)	26.-28.09.2014				
Isny	Manuelle Medizin -Grundkurs I	17.-18.10.2014				
Damp	Manuelle Medizin -Grundkurs I	25.10.-01.11.2014				
Hannover	Manuelle Medizin -Grundkurs I	14.-20.11.2014				
Osteopathiekurse						
Bad Iburg	Einführungskurs (Deutsch)	04.-06.09.2014				

## AGR-Fernlehrgang „Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention“

Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen „Referent für rückengerechte Verhältnisprävention“

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fern- lehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e. V.	Aktion Gesunder Rücken e. V., Tel. 04284 / 92 69 990, Fax: 04284 / 92 69 991, info@agr.de, www.agr- ev.de	295€ <sup>1</sup>	39

## Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2014

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	04.09.2014	n. n.	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh. com www.ae-gmbh.com	Anmeldung bis 02.05.14, 220€ AE-Mitglieder 170€ Anmeldungen ab 03.05.14, 275€ AE-Mitglieder 225€ 550€	
Berlin	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik	05.-06.09.2014	n. n.			
Hamburg	AE-Tutorial „Endoprothetik des Hüftgelenks“	06.-08.10.2014	n. n.			
Berlin	AE-Masterkurs Hüfte	10.-11.10.2014	n. n.			
Ofter- schwang	AE-Kurs und AE- Masterkurs Knie	06.-08.11.2014	n. n.			
Chemnitz	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	21.11.2014	n. n.			
Bonn	16. AE-Kongress	05.-06.12.2014	n. n.			

## Initiative '93 Technische Orthopädie 2014

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Magdeburg	Modul 1+3 Orthetik Kinderorthopädie, Neuroorthopädie und Querschnittslähmung, Rollstuhlversorgung	12.-14.09.2014	Prof. Dr. Ch. Lohmann	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300€ 400€ <sup>2</sup>	n. n.
Dortmund	Modul 5 Refresher- und Prüfungskurs	28.-29.11..2014	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei	Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwwe 11 49214 Bad Rothenfelde		
Innsbruck/ Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	26.-27.09.2014	Dr. Landauer	Tel. +43 (512) 504-22697 Fax: +43 (512) 504-22557 Frau Monika Brennsteiner Email: monika.brennsteiner@uki.at		

## D.A.F Zertifikat Fußchirurgie 2014

Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Aachen	OP-Kurs Athrodesen	29. / 30.08.2014	Dr. Frank, M. Abbara-Czardybon, A. Prescher	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de	Mitglieder D.A.F 380€ 480€ <sup>2</sup> Abschlusskurs Mitglieder DAF 330€ Abschlusskurs 430€ <sup>2</sup>	
Düsseldorf	Masterkurs Fußchirurgie	04.-05.09.2014	n. n.			
Bochum	OP-Kurs Rheumafuß	05. / 06.09.2014	n. n.			
Greifswald	OP-Kurs Vorfußchirurgie	19. / 20.09.2014	J. Lange			
Hannover	OP-Kurs Sehnenchirurgie	26. / 27.09.2014	C. Stukenborg-Colsman			
Münster	OP-Kurs Traumatologie	26. / 27.09.2014	S. Ochman			
Stuttgart	OP-Kurs Vorfußchirurgie	07. / 08.11.2014	M. Gabel, U. Gronwald			
München	Workshop Kinderfuß	14. / 15.11.2014	J. Hamel			
Wien	Workshop Kinderfuß	21. / 22.11.2014	R. Ganger			

## MRT Kurse Erlangen 2014 / 2015

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremitäten	26.-27.09.2014	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopaeden.com	Pro Kurs: 320€ alle 5 Kurse: 1450€	85
	Kurs 2 Wirbelsäule	14.-15.11.2014				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	12.-13.12.2014				
	Kurs 4 Weichtel-, Knochen-, Geleukenkrankung	16.-17.01.2015				
	Kurs 5 Abschlußkurs, Fallbeispiele	20.-21.03.2015				

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder, <sup>3</sup> BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

# Service / Fort- und Weiterbildung

Sonographiekurse Berlin Dr. Mellerowicz 2014						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Aufbaukurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	29.-31.08.2014	Dr. Mellerowicz	Herrn PD Dr.med. Holger Mellerowicz Helios Kliniken Behring KKH Gimpelsteig 9 14165 Berlin www.helios-kliniken.de/ berlin-behring claudia.peter@helios-kliniken.de	auf Anfrage	n. n.
	Abschlusskurs Sonographie der Säuglingshüfte	31.10.-01.11.2014				
	Grundkurs Sonographie der Säuglingshüfte	26.-27.09.2014				
DKOU 2014 - DIGEST Fachkunde ESWT						
Berlin	Fachkunde ESWT Modul 2 / Tendopathien der oberen Extremitäten	31.10.2014	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz	ADO	330€ <sup>1</sup> 350€ <sup>2</sup> DIGEST Mitglieder 290€	8
Berlin	Fachkunde ESWT Modul 4 / Knochen und Knorpel	01.11.2014	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz			

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder, <sup>3</sup> BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

## Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter [www.institut-ado.de](http://www.institut-ado.de) oder der neuen ADO-App

Ort	Kongress / Kurs	Termin
<b>August</b>		
Köln	ATLS-Providerkurs	22. / 23.08.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	23. / 24.08.2014
Berlin	ATLS-Providerkurs	23. / 24.08.2014
<b>September</b>		
Dresden	ATLS-Providerkurs	13. / 14.09.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	19. / 20.09.2014
Hamburg	ATLS-In-house-Kurs	20. / 21.09.2014
München	ATLS-Providerkurs	27. / 28.09.2014
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	26. / 27.09.2014
Freiburg	ATLS-In-house-Kurs	26. / 27.09.2014
<b>Oktober</b>		
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	11. / 12.10.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	10. / 11.10.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	11. / 12.10.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	17. / 18.10.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	18. / 19.10.2014
<b>November</b>		
Dresden	ATLS-Providerkurs	08. / 09.11.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	15. / 16.11.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	15.-17.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	15. / 16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	15. / 16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	21. / 22.11.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	21. / 22.11.2014
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	22. / 23.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	29. / 30.11.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	29. / 30.11.2014
<b>Dezember</b>		
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	06. / 07.12.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	06. / 07.12.2014
Ulm	ATLS-Providerkurs	13. / 14.12.2014
München	ATLS-Providerkurs	13. / 14.12.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	12. / 13.12.2014