Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten

Juni 2012

Baden-Badener Impressionen

Besuch im Orthopädie-Museum

Neue stationäre Heilverfahren (DGUV)

Thieme

Fachgesellschaften dürfen endlich mitreden

Die Medizin wird immer komplizierter. Das rein fachbezogene Wissen soll sich alle fünf Jahre verdoppeln. Da sind die ökonomischen Aspekte der Nutzenbewertung noch gar nicht eingerechnet. Wie also können Politiker bei dieser Komplexität über unser Gesundheitssystem auf höchster Ebene entscheiden?

Bisher haben sich politische Entscheidungsgremien überwiegend an die Aussagen von Experten, an evidenzbasierte Literatur, an Leitlinien und an die Ergebnisse von Symposien gehalten. Das scheint nicht mehr zu reichen. Das Sozialgesetzbuch V gibt nun vor, dass medizinische Fachgesellschaften an Entscheidungsverfahren im Gesundheitssystem beteiligt werden. Dies trifft vor allem für Stellungnahmeverfahren zu, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder dem Bundesministerium für Gesundheit an Institutionen wie das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder das Robert-Koch-Institut (RKI) ergehen. So heißt es in den einschlägigen Paragrafen, dass „vor der Entscheidung über die Richtlinien nach §§ 135, 137c und 137e SGB V den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist; … Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOOC und Stellvertretender Generalsekretär der DGOU

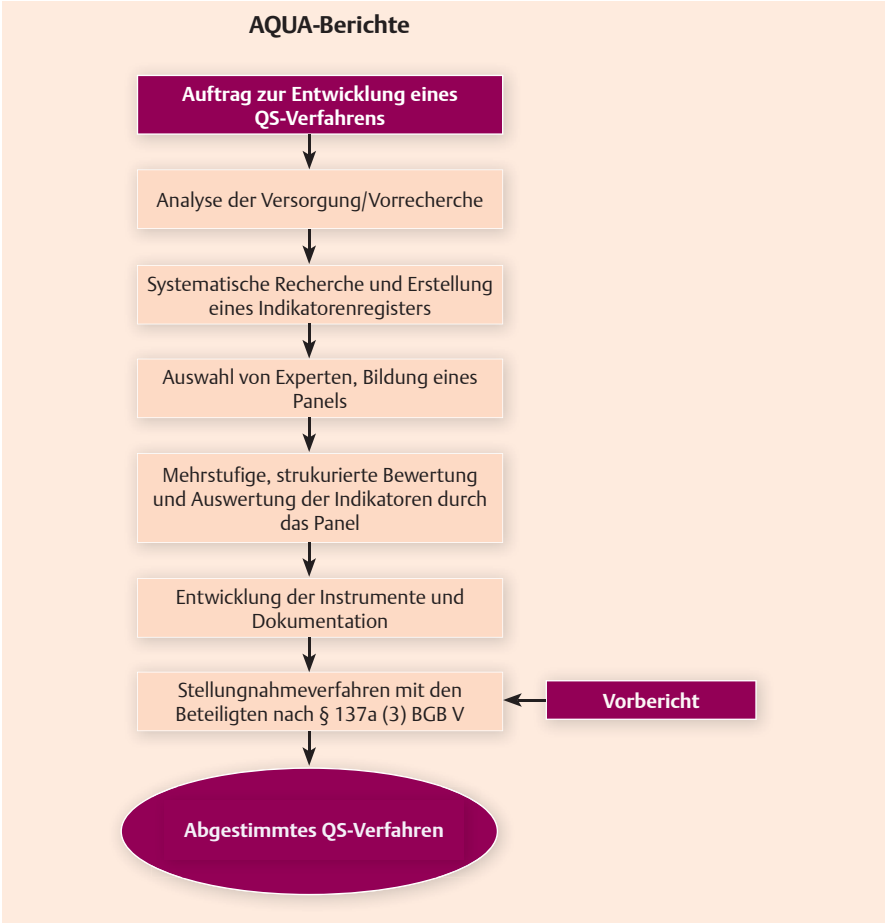


Abb. 1 Wesentliche Schritte bei der Entwicklung von QS-Verfahren

AWMF verteilt Anforderungen an die Fachgesellschaften

Anforderungen für Stellungnahmen werden bisher von der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) entgegengenommen und an die „einschlägigen" Fachgesellschaften verteilt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sind Mitglieder der AWMF, die sich insbesondere durch die Erstellung von Leitlinien hervorgetan hat. Geht es um die Messung und Darstellung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität, wird in der Regel das AQUA-Institut beauftragt. Dahinter verbirgt sich bereits der politische Wille, bestimmte (häufige) Versorgungen unter Neugestaltung der Sektoren kostengünstiger zu gestalten. Unter den derzeit vom AQUA-Institut bearbeiteten neuen Verfahren zur Qualitätssicherung befinden sich immerhin drei aus dem orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich, nämlich die Knieendoprothesenversorgung, die Hüftendoprothesenversorgung und die Arthroskopie am Kniegelenk bei Gonarthrose.

Das IQWiG beschäftigt sich insbesondere mit Dossierbewertungen im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), mit sogenannten Rapid Reports und Gesundheitsinformationen. Auf dem Gebiet von O + U bewerteten die IQWiG-Prüfer bisher die Hyperbare Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen, die Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom und die Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Knietotalendoprothese. Zuletzt erstellten sie ein Merkblatt zum Thema chronische Kreuzschmerzen, das sich mit der immensen Arbeit von immerhin 26 Fachgesellschaften im Rahmen der nationalen Versorgungsleitlinie „Unspezifischer Kreuzschmerz“ überschneidet. Interessanterweise beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das IQWIG auch mit einer Stellungnahme zur Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose.

Stellungnahmeverfahren mit Leitlinienerstellung vergleichbar

Es ist äußerst erfreulich, dass die Kompetenz der Fachgesellschaften nun auch in die Entscheidungsprozesse eingebracht werden soll. Die dafür auf den Weg gebrachten Verfahrensschritte für AQUA (▶ **Abb. 1**) als auch für IQWiG (▶ **Abb. 2**) sind aufwändig und zum Teil auch zu hinterfragen. So wählt das AQUA-Institut seine Experten selbst aus, die Fachgesellschaften haben auf die Bereitstellung von Kompetenz keinen Einfluss. Die Stellungnahmeverfahren selbst sind durchaus mit denjenigen bei der Erstellung von Leitlinien zu vergleichen.

Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings darin, dass die Erstellung von Leitlinien in der Regel Monate, wenn nicht sogar Jahre in Anspruch nimmt. AQUA erwartet jedoch eine Stellungnahme innerhalb von acht, IQWiG sogar innerhalb von vier Wochen. Diese Fristen wurden anlässlich einer Informations-

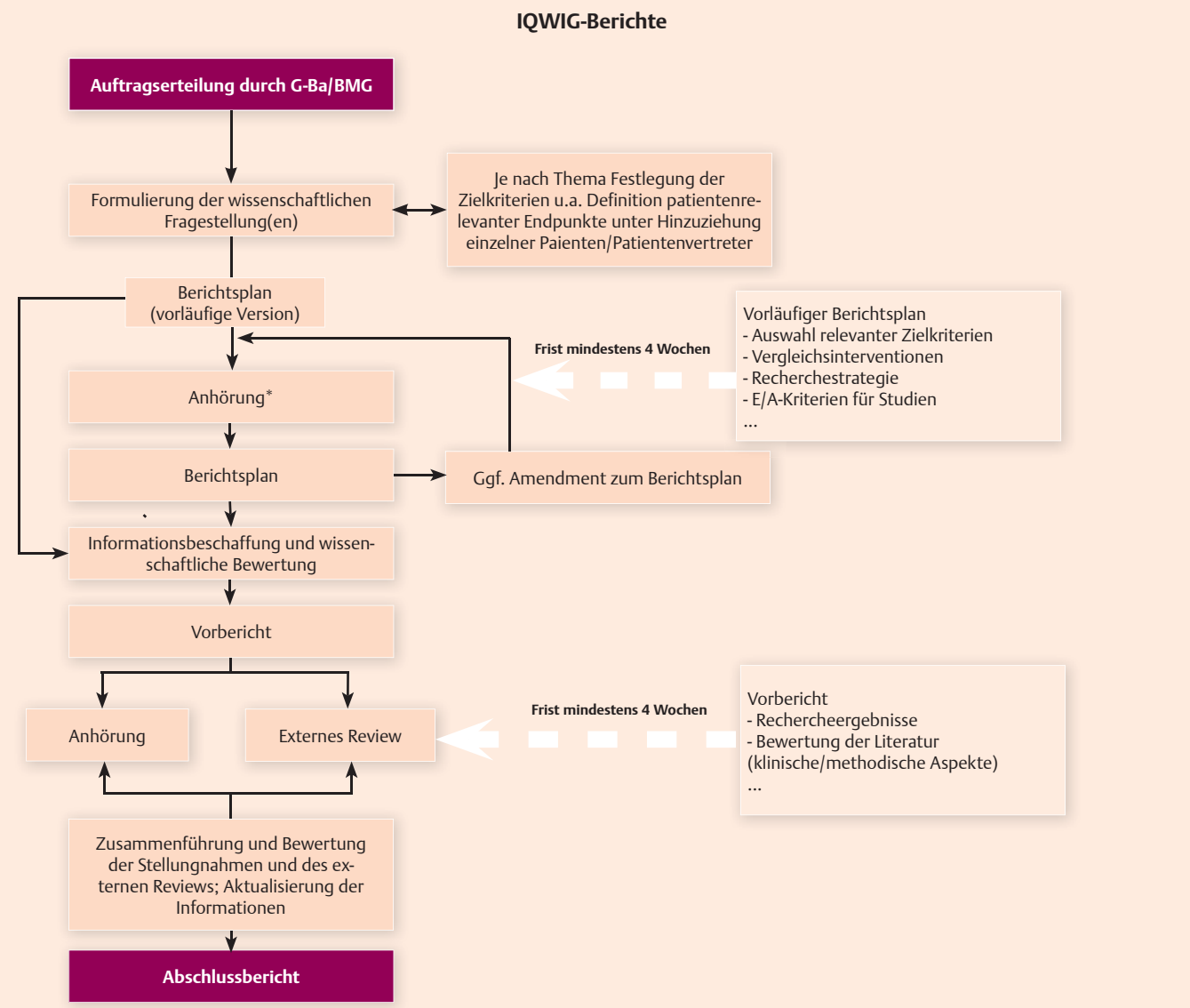


Abb. 2 Ablauf der Berichterstellung

1/1 Anzeige

veranstaltung der AWMF heftig diskutiert, zumal die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) damit unliebsame Erfahrungen sammeln musste. Da nämlich AQUA und IQWiG zugleich mit einem Stellungnahmeverfahren für die Arthroskopie bei Gonarthrose beauftragt waren, fiel es der DGOU leicht, die Stellungnahme ans IQWiG innerhalb von wenigen Wochen zu übermitteln. Diese wurde dann allerdings abgelehnt, weil die sogenannten Interessenskonflikterklärungen der beteiligten Gutachter nicht im Original vorlagen (sie waren elektronisch übermittelt worden).

Substrukturierung der Fachgesellschaft hat sich bewährt

Dies spricht für ein gewisses Unverständnis für die ehrenamtliche Tätigkeit der zahlreichen Mitglieder in einer Fachgesellschaft. Diese erarbeiten nämlich die Stellungnahme neben ihrer normalen Berufstätigkeit mit erheblichem zusätzlichen Aufwand. Die DGOU ist daher froh und zugleich stolz, dass sie über die notwendige Qualifikation von Fachexperten und deren Kompetenz in ihren Strukturen verfügt. Die scheinbare Aufgliederung der DGOU in verschiedene Sektionen und Arbeitsgemeinschaften wird immer wieder kritisch hinterfragt – diese Substrukturierung hat sich jedoch bereits mehr als bewährt. Ohne die Mitarbeit der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) bei den Stellungnahmeverfahren zu Hüft- und Knieendoporthetik, ohne die Mitarbeit der AGA – Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie, des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und des Berufsverbandes für Arthroskopie (BVASK) bei der Stellungnahme zur Arthroskopie des Kniegelenkes hätten qualifizierte Stellungnahmen innerhalb der geforderten Fristen nicht eingehalten werden können. Der Dank gebührt allen Beteiligten, die namentlich nicht genannt werden können, da das AQUA-Institut eine Vertraulichkeitsvereinbarung der Fachexperten verlangt.

Dass es kompetenter Substrukturen in einer Fachgesellschaft bedarf, mag das Beispiel einer radiologischen Fachgesellschaft verdeutlichen, die in den vergangenen zwei Jahren 21 Stellungnahmen zur Positronen-Emissions-Tomografie abgeben musste. Es wird klar, dass dies die Arbeitsfähigkeit einer Fachgesellschaft auf anderen Sektoren völlig lähmen kann. Das Ungleichgewicht ist vorgegeben: Auf der einen Seite arbeiten die Mitglieder der Fachgesellschaften ehrenamtlich. Sie sind gehalten, die Literatur zu sichten und im Original mitzuliefern, eine Stellungnahme zu erarbeiten und diese abzustimmen. Auf der anderen Seite handelt es sich um hauptamtlich Beschäftigte, die die geleisteten Vorarbeiten mit Vertrauen auf die Qualität und einer gewissen Freude entgegennehmen. Wenn dann im abschließenden Anhörungsverfahren die notwendige Transparenz gewahrt bleibt, um die Stellungnahmen zu einem Erfolg zu führen, dann werden sich die Fachgesellschaften auch weiterhin einbringen. Dem Erfolg derartiger Stellungnahmen nämlich fühlen sich die Fachgesellschaften verpflichtet: Das ist Qualität und Sicherheit für den Patienten.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär DGOOC und
Stellvertretender Generalsekretär DGOU

1/1 Anzeige

258 **Frühjahrskongress in Baden-Baden:** Vom 28. April bis 1. Mai 2012 fand in Baden-Baden die 60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt.

312 **Schätze im Verborgenen:** Die Orthopädische Universitätsklinik „Friedrichsheim“ in Frankfurt am Main beherbergt das Deutsche Orthopädische Geschichts- und Forschungsmuseum. Ein Besuch im ersten organspezifischen Medizinmuseum Deutschlands.

275 **Neue stationäre Heilverfahren:** Die Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung werden zu Beginn des nächsten Jahres umfangreich neu strukturiert. Die Rehabilitation wird einen deutlich verbesserten Stellenwert erhalten.

Editorial

Fachgesellschaften dürfen endlich mitreden 233

Impressum 240

Nachrichten

Kurz und bündig 242

Qualitätssicherung Hüftendoprothesen: AQUA veröffentlicht Abschlussbericht 242

Deutsch-chinesisches Biotechnologie-Symposium 242

Stiftungsprofessur in München 243

Gemeinsame Konferenz der O + U-Lehrstulinhaber gegründet 243

Auf den Punkt gebracht: Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. 244

Politik

DGOOC-STELLUNGNAHME
Zu viele künstliche Gelenke? 246

BVOU-INFOVERANSTALTUNG
Deutliche Botschaften 248

ZUKUNFT DER MEDIZIN
„Papa, ich möchte Ärztin werden!“ 249

BVOU-STELLUNGNAHME
Vielseitigkeit statt Einseitigkeit 251

Aus unserem Fach

VSOU-JAHRESTAGUNG
Baden-Badener Impressionen 252

INTERVIEW
Ein Österreicher in Deutschland 254

VSOU-JAHRESTAGUNG
Klarheit ist nicht immer eindeutig 258

INTERVIEW
Orthopädische Rheumatologie geht uns alle an 262

DGOU-WEITERBILDUNGSKLAUSUR
Unser Fach ist beliebt und soll es auch bleiben 264

HTA-BERICHT
Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung 267

DRG-EVALUATIONSPROJEKT
Wie wird die Revisionsendoprothetik im G-DRG-System gebildet? 274

DGUV
Die neuen stationären Heilverfahren 275

BEFRAGUNG
Lebensqualität deutscher Chirurginnen und Chirurgen 280

FERNSEHEN
Die neuen Knochen-Docs 286

BDC-NACHWUCHSKONGRESS
Pimp your studies 288

VLOU-FORUM
Klinikstrukturen im Wandel 290

VKO JAHRESTAGUNG
Kaiserwetter für die Kinderorthopädie 291

LESERBRIEF
Wir brauchen Generalisten 294

Qualität und Sicherheit

METALL-METALL-GLEITPAARUNGEN
Aktuelle Konsensus-Empfehlungen 296

Recht und Wirtschaft

TERMINMANAGEMENT
Schluss mit überfüllten Wartezimmern 300

PATIENTENRECHTEGESETZ
Mehr Transparenz für Patienten 303

KOOPERATIONSVERTRÄGE
„Honorarärzte“ und andere Dauerbrenner 306

CHEFÄRZTE
Für dumm verkauft 308

Unterwegs

ORTHOPÄDIE-MUSEUM
Schätze im Verborgenen 312

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE
Neuer Vorstand im Amt 315

Fortbildungssymposium: Revisionen/ Infektionen 315

TRAVELLING FELLOWSHIP 2012 DER INITIATIVE '93
Zentren der Technischen Orthopädie in Nordamerika 316

Namen

Personalia 320

Für Sie gelesen

349

Für unsere Mitglieder

Service/Preise 352

Kursangebote 354

Kleinanzeigen 368

BVOU

Ganz im Zeichen der Weiterbildungsordnung 324

6. Laufsymposium in Karlsruhe: Sport über 40 326

Neue Mitglieder 328

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken 328

Neue Kompetenznetze 328

ADO-Zertfizierungskurse Orthopädische Rheumatologie 329

DGOU

Protokoll der Klausurtagung der AG 11 Implantatallergie 330

DGOU-Zukunftsworkshop: Fehlkultur und Behandlungs-sicherheit 332

Neue Mitglieder 335

Bericht der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie 336

DGOOC

DGOOC-Kurs „Schulter“ 2012 338

31. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie 340

Neue Mitglieder 341

DGU

Kongressbericht zum 4. Jahreskongress TraumaNetzwerk DGU 342

Bericht vom Kongress Alterstraumatologie 346

Bericht über die 7. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie 347

Neue Mitglieder 348

1/3 Anzeige

Impressum

Herausgeber
Für den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Präsident
Helmut Mälzer
Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard
Für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

Schriftleitung DGOOC
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard (V.i.S.d.P.)
Geschäftsstelle DGOOC
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
Fax: (0 30) 84 71 21 32
E-Mail: funiethard@dgooc.de

Schriftleitung BVOU
Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (V.i.S.d.P.)
Abt. Orthopädie und Unfallchirurgie
Medical Park Berlin Humboldtmühle
An der Mühle 2 – 9
13507 Berlin
Tel.: (0 30) 30 02 40 92 12
Fax: (0 30) 30 02 40 92 19

Schriftleitung DGU
Prof. Dr. med. Hartmut Siebert
Joachim Arndt
Geschäftsstelle der DGU
Luisenstr, 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 20 21 54 90
Fax: (0 30) 20 21 54 91
E-Mail: hsiebert@office-sha.de

Redaktion
Jana Ehrhardt-Joswig
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

Verlag
Georg Thieme Verlag KG
Kathrin Jürgens
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 617
Fax: (07 11) 89 31 623
E-Mail: kathrin.juergens@thieme.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil
Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 603
Fax: (07 11) 89 31 569
E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise
6 x jährlich:
Februar/April/Juni/August/Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 16 vom 1. Oktober 2011
ISSN 2193-5254

Satz und Layout
Georg Thieme Verlag KG

Druck
Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG
Gewerbering West 27
39240 Calbe

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

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

Mitglieder dieser Vereine erhalten die Zeitschrift im Rahmen der Mitgliedschaft.

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Vorstand

Präsident
Helmut Mälzer, Berlin

Vizepräsident
Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vizepräsident
Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Schatzmeister
Dr. med. Peter Heppt, Erlangen

Vorstandsmitglied
Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

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

Vorstandsmitglied
Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

Generalsekretär der DGOU
Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Geschäftsstelle des BVOU
Kantstr. 13
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. Christoph Josten, Leipzig

Erster Vizepräsident
Prof. Dr. Tim Pohlemann, Homburg/Saar

Zweiter Vizepräsident
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Dritter Vizepräsident
Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Generalsekretär
Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Schatzmeister
Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

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

Geschäftsstelle der DGU
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 20 21 54 90
Fax: (0 30) 20 21 54 91
E-Mail: office@dgu-online.de
www.dgu-online.de

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGOOC)
Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Rostock

Stellv. Präsident (und Präsident der DGU)
Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main
Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

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

Schatzmeister
Prof. Dr. Werner E. Siebert, Kassel

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat
Dr. Kai Dragowsky, Berlin

Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

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

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

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

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

DGOU-Geschäftsstelle
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (030) 20 21 54 80
Fax: (0 30) 20 21 54 81
office@dgou.de
www.dgou.de

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier, Rostock

1. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Dieter Kohn, Homburg / Saar

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
Helmut Mälzer, Berlin

Leiter der Ordinarienkonferenz
Prof. Dr. med. Joachim Grifka, Bad Abbach

2. Vorsitzender des VLOU
Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck, Heidelberg

Geschäftsstelle der DGOOC
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
Fax: (0 30) 84 71 21 32
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de

Vorstand

Präsident
Prof. Dr. Stefan Nehrer, Krems/Österreich

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

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

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

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

Schriftführer
Prof. Dr. Catharina Chiari, Wien/Österreich

Fachgruppenobermann
Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

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

1/1 Anzeige

Kurz und bündig

Erratum: Bild vertauscht

Dr. Jens Zimmermann, Salzgitter

In unserer April-Ausgabe haben mehrere Teilnehmer der DGOOC-Kurse „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ Fragen zu den von ihnen absolvierten Kursen beantwortet. Dabei ist das Bild von Herrn Dr. Jens Zimmermann, Salzgitter, versehentlich auf den Fragebogen von Herrn Dr. Christoph Müller, Bad Berka, gerutscht. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen. *(red)*

Chirurgische Lernvideos für Studenten

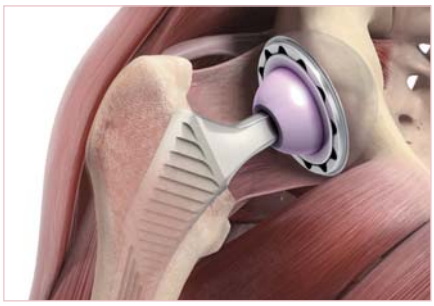
In ihrer Mediathek stellen die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie interessierten Medizinstudenten chirurgische Lernvideos kostenfrei zu Verfügung. Unter **www.mediathek-dgch.de** können sich Studierende 330 Lehrfilme kostenlos herunterladen: von Grundlagen der chirurgischen Diagnostik über Endoskopie, Instrumentenkunde und verschiedene Nahttechniken bis hin zu minimalinvasiven und offenen operativen Verfahren. Der Bestand wächst beständig weiter. *(red)*

Tanzmedizin und Musikerhände

In diesem Sommer verwandelt sich Kassel im Rahmen der documenta 13 in eine Kunstmetropole. Besucher aus aller Welt bringen dann internationales Flair nach Nordhessen. In diesem weltoffenen und künstlerischen Milieu widmet sich ein Symposium in der Vitos Orthopädische Klinik am 18. August 2012 den „Orthopädischen Aspekten der Tanzmedizin“. Dr. Martin Ihle, Tänzer und Bewegungsmediziner, und Dr. Elisabeth Exner-Grave, Leiterin des Kompetenzzentrums Tanzmedizin in Gelsenkirchen, referieren über Hüftendoprothetik bei Tänzern, tanzspezifische Belastungen, entsprechende Therapie- und Rehabilitationskonzepte und die Tanzmedizin als interdisziplinäres Konzept. Ein weiterer Programmpunkt ist „Die Hand des Musikers“; darüber spricht Dr. Horst Haferkamp, Kassel. Ein Besuch der documenta-Ausstellung und ein musikalisches Abendbüffet an der Fulda sind ebenfalls geplant. Informationen zur Anmeldung erteilt Frau Frost unter: (05 61) 30 84 201. *(red)*

Foto: Stefan Wappler

Die Orangerie im Kasseler Auepark



BVMED

Qualitätssicherung Hüftendoprothesen: AQUA veröffentlicht Abschlussbericht

Das AQUA-Institut entwickelte im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ein Qualitätssicherungsverfahren zur Hüftendoprothesenversorgung. Der hierzu verfasste Abschlussbericht wurde am 19. April 2012 vom Plenum des GBA abgenommen.

Das vom AQUA-Institut vorgelegte Verfahren geht über die bereits bestehende Qualitätssicherung zu Hüftendoprothesen im Krankenhausumfeld hinaus und eröffnet beispielsweise die Möglichkeit, den weiteren Behandlungsverlauf zu beobachten. Der endoprothetische Ersatz des Hüftgelenks als Erstimplantation oder Revision zählen zu den häufigsten durchgeführten Gelenkersatzoperationen in Deutschland. Vorrangiger Grund für den erstmaligen Ersatz des Hüftgelenks ist eine fortschreitende Arthrose, damit einhergehende Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 157.712 Erstimplantationen (nicht frakturbedingt), 46.603 frakturbedingte Erstimplantationen und 24.948 Hüft-Endoprothesen-Wechsel durchgeführt. Der jetzt abgenommene Abschlussbericht stellt einen wichtigen Meilenstein dar. Bevor die Qualitätssicherung in den Regelbetrieb gehen kann, stehen als nächste Projektschritte unter anderem eine Machbarkeitsprüfung, der Beschluss einer themenspezifischen Bestimmung seitens des GBA und der Probebetrieb an.

Quelle: AQUA Institut

ZUM WEITERLESEN

Den AQUA Abschlussbericht zur Hüftendoprothesenversorgung können Sie sich unter folgendem Link herunterladen:
www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Endoprothetik/Abschlussbericht_Hueftendoprothesenversorgung.pdf

Deutsch-chinesisches Biotechnologie-Symposium

Am 20. und 21. September 2012 wird in Dresden ein deutsch-chinesisches Biotechnologie-Symposium unter der Leitung von Dr. Maik Stiehler (Zentrum für Translationale Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden) stattfinden. Die Veranstaltung wird vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) und der Technischen Universität Dresden ausgerichtet und dient neben der Vernetzung deutscher und chinesischer Wissenschaftler der Präsentation bereits bestehender deutsch-chinesischer Nachwuchswissenschaftlergruppen, die im DAAD-Programm „Moderne Anwendungen der Biotechnologie“ aus Mitteln des BMBF gefördert werden.

→ *Weitere Infos unter* ***www.daad.de/biotechsymposium2012***

Stiftungsprofessur an TU München

Die Stiftung Würth und die Technische Universität München haben die Einrichtung der Markus Würth-Stiftungsprofessur für Kinderneuroorthopädie und Cerebralparese vereinbart. Besetzt wird sie mit Prof. Renée Lampe, die am Klinikum rechts der Isar der TUM seit Jahren in diesem Themengebiet forscht. Infantile Cerebralparesen sind frühkindliche Hirnschädigungen, oftmals als Folge von Sauerstoffmangel bei der Geburt.

Prof. Renée Lampe erforscht die Grundlagen und Ursachen von Cerebralparesen. Ihre Erkenntnisse fließen am Klinikum rechts der Isar der TUM direkt in neue Behandlungsmethoden und Therapien für Kinder mit entsprechenden Behinderungen ein. Die frühkindlichen Hirnschädigungen haben häufig schwerwiegende Folgen wie motorische Störungen, Spastik der Muskulatur, Sprech- und Sprachstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Lernbeeinträchtigungen und Epilepsie.

Prof. Renée Lampe wird auf die Würth-Stiftungsprofessur für Kinderneuroorthopädie und Cerebralparese berufen.

Die Stiftung Würth fördert unter anderem die Wissenschaft sowie die Bildung und die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen. Mit ihrer finanziellen Unterstützung der Stiftungsprofessur für Kinderneuroorthopädie und Cerebralparese möchte sie einen Beitrag leisten, die erfolgreiche Arbeit von Prof. Lampe in der Grundlagenforschung und den daraus abgeleiteten innovativen Therapieansätzen fortzusetzen. Carmen Würth, Ehefrau des Unternehmers Reinhold Würth, fördert dies durch eine umfangreiche Spende an die Stiftung Würth. Sie ist seit Jahrzehnten in der gesellschaftlichen Integration geistig behinderter Menschen engagiert. *(TUM)*

Prof. Dr. Joachim Grifka, Regensburg, ist 1. Vorsitzender der gemeinsamen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Prof. Dr. Klaus Michael Stürmer, Göttingen, ist stellvertretender Vorsitzender der gemeinsamen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Gemeinsame Konferenz der O + U-Lehrstuhlinhaber gegründet

Nachdem die Lehrstuhlinhaber für Orthopädie und Unfallchirurgie am 26. Oktober 2011 die Geschäftsordnung für eine gemeinsame Konferenz verabschiedet hatten, fand am 9. Mai 2012 in der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt bei Frau Prof. Meurer die Gründungsversammlung statt.

Zunächst stellte Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands, die besonderen Verhältnisse von Orthopädie und Unfallchirurgie an Universitätsklinika dar. Nach einer sehr detaillierten Präsentation folgte eine ausführliche Diskussion, in der Strehl auch die systemimmanente Finanzierungsproblematik des monistischen Systems aufzeigte.

Bei den Wahlen zum Vorsitzenden kandidierten Prof. Joachim Grifka und Prof. Klaus Michael Stürmer. Prof. Grifka wurde zum 1. Vorsitzenden gewählt, Prof. Stürmer übernahm die Stellvertreterrolle.

Die Weiterentwicklung der Weiterbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie nahm ebenfalls breiten Raum ein. Nach einer Präsentation von Prof. Georg Gosheger, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Münster, entspannte sich eine ausführliche Diskussion, in der folgende Elemente zu einem Forderungskatalog zusammengestellt wurden:

- Anstelle der Verpflichtung, die Intensivzeit während des Common Trunks in den ersten zwei Jahren abzuleisten, wird eine Absolvierung innerhalb der ersten drei Jahre befürwortet.
- Der OP-Katalog soll entsprechend Vorschlägen der Kommission für Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und des Jungen Forums abgespeckt werden.
- Forschungszeiten sollen für die Weiterbildung anerkannt werden.
- Der konservative Anteil muss während der Facharztweiterbildung verbleiben.
- Die Skelettradiologie muss wieder bundesweit durch den Fachweiterbilder der Orthopädie und Unfallchirurgie gewährleistet sein.
- Für das nächste Treffen ist eine Klausurtagung vorgesehen. *(red)*

Anzeige

Auf den Punkt gebracht: Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. – SpiFA

Die Namensdoppelung Deutscher Facharztverband / Potsdamer Runde ist Geschichte. Jetzt gibt es für die Fachärzte nur noch einen Namen: Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFA).

„Wir haben in der Facharztpolitik zu einer Einheit gefunden – dieser Erfolg soll sich jetzt in einem gemeinsamen Namen niederschlagen: Spitzenverband Fachärzte Deutschlands", erklärt Dr. Thomas Scharmann als Vorsitzender. Der Name Deutscher Facharztverband (DFV) wird erhalten bleiben – als Mitglieder- und Landesorganisation des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands.

„Die Namensgebung Spitzenverband Fachärzte Deutschlands ist Ausdruck des gewachsenen Selbstbewusstseins der niedergelassenen Fachärzte. Der Verband ist kein neuer Verband unter vielen. Er ist bewährte Facharztpolitik unter einer Namenskonstruktion, die jeder versteht und zuordnen kann", erläutert Dr. Dirk Heinrich als stellvertretender Vorsitzender.

Basis des Spitzenverbandes sind 16 fachärztliche Berufsverbände. Er vertritt die Interessen der 70.000 niedergelassenen Fachärzte mit ihren mehr als 210.000 Arzthelferinnen auf bundespolitischer Ebene. „Der Spitzenverband engagiert sich mit für die Interessen von 280.000 Menschen, die in der ambulanten Versorgung für ihre Patienten tätig sind. Der Erhalt der wohnortnahen Facharztpraxis ist das oberste Ziel", so Thomas Scharmann.

Wie bereits in der Vergangenheit, jetzt aber unter dem neuen Namen und Dach von SpiFA, entscheiden die 16 Berufsverbände gemeinsame gesundheits- und versorgungspolitisch relevante Facharztpositionen. SpiFA vertritt diese im Namen aller Mitgliedsverbände nach außen. „Nicht alles neu, aber einfacher adressierbar. Auch die europäische Interessenvertretung bei der UEMS in Brüssel wird der Verband übernehmen", so Dirk Heinrich. UEMS ist die europäische Vereinigung der Fachärzte (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Die Anfänge einer gemeinsamen Facharztpolitik der Organfächer liegen zu Beginn des neuen Jahrtausends. Ab 2003 mit dem Deutschen Facharztverband, dann gemeinsam ab 2005 mit der Potsdamer Runde, dem Zusammenschluss von Berufsverbänden, organisierten die niedergelassenen Fachärzte gemeinsame Positionen. Dabei wird es bleiben – jetzt unter einem gemeinsamen Namen.

Quelle: Pressemitteilung des SpiFA

DIE POTSDAMER RUNDE

- Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA)
- Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
- Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)
- Berufsverband der Frauenärzte Deutschlands e.V. (BVF)
- Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng)
- Bundesverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)
- Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)
- Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Bundesverband der Pneumologen (BdP)
- Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM)
- Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh)
- Berufsverband Deutscher Urologen e.V. (BDU)
- Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)
- Deutscher Facharztverband (DFV)
- Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB) als assoziiertes Mitglied

FACHÄRZTELANDSCHAFT STÄRKEN

BVOU-Präsident Helmut Mälzer und BVOU Vize-Präsident Dr. Andreas Gassen ordnen die Gründung des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschland politisch ein.

Helmut Mälzer: Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands ist nicht nur vom Namen her Spitze; er ist auch eine Zuspitzung in der Entwicklung der politischen Landschaft der Fachärzte. Er ist die konsequente Zusammenfassung aus Deutscher Facharztverband und Potsdamer Runde. Letztere ist die eigentliche Keimzelle mit ihren 16 Mitgliedsverbänden. Diese tragen nun auch den Spitzenverband. Letztendlich finden sich hier die großen Organfächer unter einem Dach wieder. In früheren Zusammenschlüssen saß die komplette Fachärztelandschaft in einem, allerdings nicht funktionierenden, Parlament zusammen – Neuro-Psych, Methoden- und Organfächer. Selbst ein kleinster gemeinsamer Nenner war damit nicht zu erreichen, geschweige denn politische Durchschlagskraft. Jetzt haben wir mit dem Spitzenverband Fachärzte Deutschlands dem seit längerem beschrittenen Weg auch den richtigen Namen gegeben.

Andreas Gassen: Die Fachärzte, genauer die Organfächer, haben bereits seit Längerem politisch richtig losgelegt. Jetzt also auch der neue Name. Wir markieren deutlich, wo wir unseren Zusammenschluss sehen: an der Spitze. Der politische Weg führt zu einer Wettbewerbsstärkung der niedergelassenen ambulanten Facharztebene. Dieser kann sich unter anderem auch auf zwei wegweisende Gutachten zur aktuellen und zukünftigen Stellung der Facharztpraxis stützen. Das Feld künftiger versorgungspolitischer Entscheidungen ist klar bei (Facharzt)Praxen und Kliniken verortet. Und wir müssen uns nicht mehr bemerkbar machen, sondern gestalten in Fortsetzung der bisherigen Politik an der Spitze mit.

1/1 Anzeige

DGOOC-STELLUNGNAHME

Zu viele künstliche Gelenke?

2003 machte der Vorsitzende der Jungen Union, Philipp Mißfelder, von sich reden, als er sich dagegen aussprach, dass 85-jährigen auf Kosten der Solidargemeinschaft neue Hüften eingesetzt werden. Im Streit ums künstliche Gelenk unternahm jetzt auch Daniel Bahr einen Vorstoß gegen die ständig steigende Zahl an Operationen.

Klagen über das deutsche Gesundheitswesen gibt es reichlich: zu teuer und ineffizient. Dabei steigt die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung ständig an. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass der Hüftgelenkverschleiß heute durch eine Endoprothese so erfolgreich behandelt werden kann, dass der künstliche Hüftgelenkersatz als die „Operation des 20. Jahrhunderts" bezeichnet wurde: Ältere Menschen mit Hüft- und Kniegelenkverschleiß oder Schenkelhalsbrüchen müssen nicht mehr invalide im Lehnstuhl sitzen, sondern können weiterhin mobil bleiben und ersparen dem Staat die Folgekosten anderer chronischer Erkrankungen wie Herz- und Kreislaufprobleme oder Depressionen.

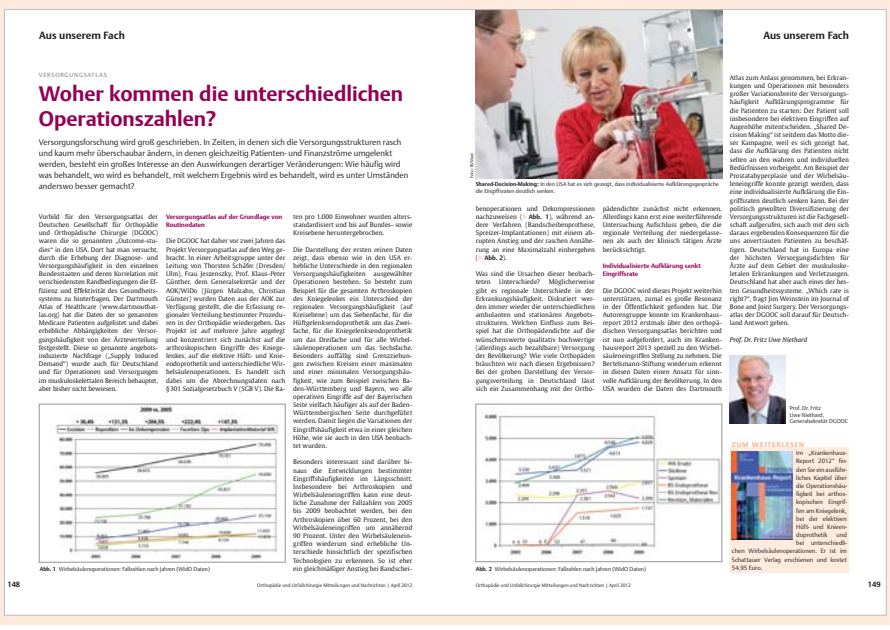
> Der Versorgungsatlas der DGOOC gemeinsam mit der AOK zeigt, dass sich eine angebotsinduzierte Nachfrage in Deutschland nicht nachweisen lässt. Es ist vielmehr umgekehrt: Dort, wo mehr Orthopäden tätig sind, wird weniger operiert.

Dessen ungeachtet wird mit großer Regelmäßigkeit scheinbar allein der Hüft- und Kniegelenkersatz für eine Mengenausweitung und Kostensteigerung im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht. Philipp Mißfelder hat vor Jahren bereits einmal die Rentner aufgeschreckt, als er eine zahlenmäßige Begrenzung des Gelenkersatzes forderte. Die Barmer GEK hat erst 2010 den vermeintlichen Anstieg der Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen beklagt und die Vermutung geäußert, dass „Rentner ohne künstliches Knie- oder Hüftgelenk schon bald in der Minderheit sein könnten". Nun hat Gesundheitsminister Bahr in einem Interview mit der Rheinischen Post geäußert: „Deutschland gilt als Weltmeister bei den Endoprothesen für Knie und Hüften. Krankenkassen und Experten bezweifeln, ob die Fallzahlsteigerungen notwendig sind."

Versorgungsatlas analysiert Versorgungshäufigkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) beobachtet die Versorgung im Bereich von Hüft- und Knieendoprothetik seit Jahren mit großer Sorgfalt. In Kooperation mit der AOK hat sie einen sogenannten „Versorgungsatlas" auf den Weg gebracht, der die so genannte „Mengen-

VERSORGUNGSATLAS DER DGOOC



Aus unserem Fach

VERSORGUNGSATLAS

Woher kommen die unterschiedlichen Operationszahlen?

Versorgungsforschung wird groß geschrieben. In Zeiten, in denen sich die Versorgungsstrukturen rasch und kaum mehr überschaubar ändern, in denen gleichzeitig Patienten- und Finanzströme umgelenkt werden, besteht ein großes Interesse an den Auswirkungen derartiger Veränderungen: Wie häufig wird was behandelt, wo wird es behandelt, mit welchem Ergebnis wird es behandelt, wird es unter Umständen anderswo besser gemacht?

Vorbild für den Versorgungsatlas der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) waren die so genannten „Dartmouth-Studies" in den USA. Dort hat man versucht, durch die Erhebung der Diagnose- und Versorgungshäufigkeit in den einzelnen Bundesstaaten und deren Korrelation mit verschiedensten Randbedingungen die Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems zu hinterfragen. Der Dartmouth Atlas of Healthcare (www.dartmouthatlas.org) hat die Daten der so genannten Medicare Patienten aufgelistet und dabei erhebliche Abhängigkeiten der Versorgungshäufigkeit von der Ärztezuweisung festgestellt. Diese so genannte angebotsinduzierte Nachfrage („Supply Induced Demand") wurde auch für Deutschland und für Operationen und Versorgungen im muskuloskeletalen Bereich behauptet, aber bisher nicht bewiesen.

Versorgungsatlas auf der Grundlage von Routinedaten

Die DGOOC hat daher vor zwei Jahren das Projekt Versorgungsatlas auf den Weg gebracht. In einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Thorsten Schiller (Dresden/Ulm), Frau Jeszenszky, Prof. Klaus-Peter Günther, dem Generalsekretär und der AOK/WiDo (Jürgen Malzahn, Christian Günster) wurden Daten aus der AOK zur Verfügung gestellt, die die Erfassung regionaler Verteilung bestimmter Prozeduren in der Orthopädie wiedergeben. Das Projekt ist auf mehrere Jahre angelegt und konzentriert sich zunächst auf die arthroskopischen Eingriffe des Kniegelenkes, auf die elektive Hüft- und Knieendoprothetik und unterschiedliche Wirbelsäulenoperationen. Es handelt sich dabei um die Abrechnungsdaten nach § 301 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Die Daten pro 1.000 Einwohner wurden altersstandardisiert und bis auf Bundes- sowie Kreisebene heruntergebrochen.

Die Darstellung der ersten reinen Daten zeigt, dass ebenso wie in den USA erhebliche Unterschiede in den regionalen Versorgungshäufigkeiten ausgewählter Operationen bestehen. So besteht zum Beispiel für die gesamten Arthroskopien des Kniegelenkes ein Unterschied der regionalen Versorgungshäufigkeit (auf Kreisebene) um das Siebenfache, für die Hüftgelenksendoprothetik um das Zweifache, für die Kniegelenksendoprothetik um das Dreifache und für alle Wirbelsäuleneoperationen um das Sechsfache. Besonders auffällig sind Grenzziehungen zwischen Kreisen einer maximalen und einer minimalen Versorgungshäufigkeit, wie zum Beispiel zwischen Baden-Württemberg und Bayern, wo alle operativen Eingriffe auf der Bayerischen Seite vielfach häufiger als auf der Baden-Württembergischen Seite durchgeführt werden. Damit liegen die Variationen der Eingriffshäufigkeit etwa in einer gleichen Höhe, wie sie auch in den USA beobachtet wurden.

Besonders interessant sind darüber hinaus die Entwicklungen bestimmter Eingriffshäufigkeiten im Längsschnitt. Insbesondere bei Arthroskopien und Wirbelsäuleneingriffen kann eine deutliche Zunahme der Fallzahlen von 2005 bis 2009 beobachtet werden, bei den Arthroskopien über 60 Prozent, bei den Wirbelsäuleneingriffen um annähernd 90 Prozent. Unter den Wirbelsäuleneingriffen wiederum sind erhebliche Unterschiede hinsichtlich der spezifischen Technologien zu erkennen. So ist eher ein gleichmäßiger Anstieg bei Bandscheibendekompressionen nachzuweisen (↑ **Abb. 1**), während andere Verfahren (Bandscheibenprothese, Spreizer-Implantationen) mit einem abrupten Anstieg und der raschen Annäherung an eine Maximalzahl einhergehen (↑ **Abb. 2**).

Was sind die Ursachen dieser beobachteten Unterschiede? Möglicherweise gibt es regionale Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit. Diskutiert wenden immer wieder die unterschiedlichen ambulanten und stationären Angebotsstrukturen. Welchen Einfluss zum Beispiel hat die Orthopädendichte auf die wünschenswerte qualitativ hochwertige (allerdings auch bezahlbare) Versorgung der Bevölkerung? Wie viele Orthopäden brauchen wir nach diesen Ergebnissen? Bei der groben Darstellung der Versorgungsverteilung in Deutschland lässt sich ein Zusammenhang mit der Orthopädendichte zunächst nicht erkennen. Allerdings kann erst eine weiterführende Untersuchung Aufschluss geben, die die regionale Verteilung der niedergelassenen als auch der klinisch tätigen Ärzte berücksichtigt.

Individualisierte Aufklärung senkt Eingriffsrate

Die DGOOC wird dieses Projekt weiterhin unterstützen, zumal es große Resonanz in der Öffentlichkeit gefunden hat. Die Autorengruppe konnte im Krankenhausreport 2012 erstmals über den orthopädischen Versorgungsatlas berichten und ist nun aufgefordert, auch im Krankenhausreport 2013 speziell zu den Wirbelsäuleneingriffen Stellung zu nehmen. Die Bertelsmann-Stiftung wiederum erkennt in diesen Daten einen Ansatz für sinnvolle Aufklärung der Bevölkerung. In den USA wurden die Daten des Dartmouth Atlas zum Anlass genommen, bei Erkrankungen und Operationen mit besonders großer Variationsbreite der Versorgungshäufigkeit Aufklärungsprogramme für die Patienten zu starten: Der Patient soll insbesondere bei elektiven Eingriffen auf Augenhöhe miteinbezogen. „Shared Decision Making" ist seitdem das Motto dieser Kampagne, weil es sich gezeigt hat, dass die Aufklärung des Patienten nicht selten an den wahren und individuellen Bedürfnissen vorbeigeht. Am Beispiel der Prostatahyperplasie und der Wirbelsäuleneingriffe konnte gezeigt werden, dass eine individualisierte Aufklärung die Eingriffsraten deutlich senken kann. Bei der politisch gewollten Diversifizierung der Versorgungsstrukturen ist die Fachgesellschaft aufgerufen, sich auch mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die uns anvertrauten Patienten zu beschäftigen. Deutschland hat in Europa eine der höchsten Versorgungsdichten für Ärzte auf dem Gebiet der muskuloskeletalen Erkrankungen und Verletzungen. Deutschland hat aber auch eines der besten Gesundheitssysteme. „Which rate is right?", fragt Jim Weinstein im Journal of Bone and Joint Surgery. Der Versorgungsatlas der DGOOC soll darauf für Deutschland Antwort geben.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOOC

ZUM WEITERLESEN

Im „Krankenhaus-Report 2012" finden Sie ein ausführliches Kapitel über die Operationshäufigkeit bei arthroskopischen Eingriffen am Kniegelenk, bei der elektiven Hüft- und Knieendoprothetik und bei unterschiedlichen Wirbelsäulenoperationen. Er ist im Schattauer Verlag erschienen und kostet 54,95 Euro.

Abb. 1 Wirbelsäuleneoperationen: Fallzahlen nach Jahren (WidO Daten)

Shared-Decision-Making: In dem USA hat es sich gezeigt, dass individualisierte Aufklärungsgespräche die Eingriffsraten deutlich senken.

Abb. 2 Wirbelsäuleneoperationen: Fallzahlen nach Jahren (WidO Daten)

Mehr über den Versorgungsatlas der DGOOC in Zusammenarbeit mit der AOK lesen Sie in der OUMN April/2012. Das Projekt ist auf mehrere Jahre angelegt und konzentriert sich zunächst auf die arthoskopischen Eingriffe des Kniegelenkes, auf die elektive Hüft- und Knieendoprothetik und unterschiedliche Wirbelsäulenoperationen. Zur Auswertung werden AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 Sozialgesetzbuch V (SGB V) herangezogen.

QUALITÄTSINITIATIVE DER AE

Die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) hat eine „Qualitätsoffensive“ zur Qualitätssicherung in der Endoprothetik initiiert. AE-Mitglieder, die einen Großteil der endoprothetischen Spezialversorgung in Deutschland vertreten, versuchen mit mehreren Maßnahmen, die noch nicht flächendeckende Meldung von Schadensfällen zu verbessern, um damit eine transparente Bearbeitung zu unterstützen. Das Deutsche Endoprothesenregister sowie die kurz vor der Einführung stehende Initiative zur Zertifizierung von Endoprothetikzentren werden durch gezielte Projekte in der AE unterstützt, um größtmögliche Qualität in der Versorgung zu erreichen. Auch wurde gemeinsam mit der European Federation of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) aktuell eine internationale Expertenkonferenz zu Metall-Metall-Gleitpaarungen durchgeführt, um Versorgern und betroffenen Patienten eine klare Empfehlung zu adäquaten Maßnahmen an die Hand zu geben. Die aktuelle Diskussion zeigt, wie dringend notwendig es ist, allgemein anerkannte Leitlinien zum Einsatz künstlicher Gelenke zu entwickeln. Nur wenn es gelingt, die heute noch teilweise unterschiedlichen Empfehlungen zu bündeln und auch in Deutschland verbindlich zu machen, kann die unselige und von unterschiedlichen Interessen geleitete Diskussion um Überversorgung und Qualitätsmängel beendet werden.

ausweitung“ und die Versorgungshäufigkeit von Hüft- und Knieendoprothetik auf Länder- und Kreisebene analysiert.

Daraus folgt:

- Ein deutlicher Anstieg von Hüft- und Kniegelenksersatzoperationen fand zwischen den Jahren 2003 und 2005 statt, also zu Zeiten der Einführung des politisch gewollten (DRG-)Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern. Seit 2008 ist kaum noch eine Zunahme der Operationshäufigkeit festzustellen. Nach offiziellen Daten (Externe Stationäre Qualitätssicherung ESQS) ist sowohl bei der Hüft- als auch bei der Knieendoprothetik von 2009 auf 2010 sogar ein Rückgang von 0,5 bzw. ein Prozent zu beobachten.
- Eine Zunahme von Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen ist bereits allein der demografischen Entwicklung geschuldet, denn Hüft- und Kniegelenkverschleiß beziehungsweise Schenkelhalsbrüche sind Erkrankungen und Verletzungen vorwiegend des höheren Lebensalters. Und: „Deutschland wird immer älter“…
- Deutschland ist gemeinsam mit der Schweiz Weltmeister hinsichtlich der Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken. Die hierzu vorliegenden Statistiken vergleichen allerdings „Äpfel mit Birnen“; denn in Deutschland werden die geplanten (elektiven) Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen mit denjenigen nach Schenkelhalsbrüchen als auch mit Wechseloperationen zusammengefasst. In anderen Ländern ist dies nicht der Fall. Die Statistiken sind also insofern nicht vergleichbar.
- Eine Mengenausweitung durch eine sogenannte angebotsindizierte Nachfrage wurde immer wieder vermutet. Der Versorgungsatlas der DGOOC gemeinsam mit der AOK zeigt allerdings, dass sich diese gerade in Deutschland nicht nachweisen lässt. Es ist vielmehr umgekehrt: Dort, wo mehr Orthopäden tätig sind, wird weniger operiert. Dies zeigt, dass offenbar mit einer guten konservativen Behandlung in der orthopädischen Fachpraxis die Möglichkeiten des Gelenkerhalts so lange wie möglich ausgeschöpft werden.
- Gemeinsame Qualitätsinitiativen von Fachgesellschaften und anderen Institutionen des Gesundheitswesens sind wichtige Beiträge zur Qualitätssicherung und Kostenreduktion, so zum Beispiel das Endoprothesenregister (EPRD) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), das kurz vor der Einführung steht.
- Die DGOOC beobachtet dagegen mit Sorge den Zuwachs der Wirbelsäulenoperationen, der sich allein mit der demografischen Entwicklung und dem technologischen Fortschritt nicht erklären lässt. Mit Analysen aus dem Versorgungsatlas sollen Instrumente zur Qualitätssicherung auf diesem Sektor entwickelt werden.

Die DGOOC fordert daher die Politiker zu einem konstruktiven Dialog auf – einem Dialog, den sie selbst bereits mit verschiedenen Entscheidungsträgern in der Gesundheitsversorgung, darunter auch den Kostenträgern, allen voran der AOK, auf den Weg gebracht hat. Nur im Dialog lässt sich der hohe Standard der medizinischen und insbesondere der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung in Deutschland erhalten. Die Fachgesellschaften haben eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet, die nicht nur Qualität fördernd, sondern auch kostensparend sind.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

WIR BRAUCHEN INNOVATIONSZENTREN

Auch wenn heute verfügbare Kunstgelenke bereits sehr gute Standzeiten aufweisen, kommt es infolge zunehmender Lebenserwartung der körperlich oft sehr aktiven Patienten zu steigenden Ansprüchen an die Belastbarkeit von Material und Verankerung. Eine Weiterentwicklung von Operationstechniken und Implantaten ist deshalb laut Professor Dr. Wolfram Mittelmeier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, im Sinne der Betroffenen und sollte nicht mit unkritischen Hinweisen auf hohe Versorgungszahlen blockiert werden. Allerdings muss die Einführung von Innovation besser als bisher durch konstruktive gesundheitspolitische Maßnahmen begleitet werden. Dazu gehört zum Beispiel die Einführung von Innovationszentren mit einer engen Überwachung neuer Verfahren vor ihrer Einführung in die Regelversorgung. Damit ist eine weitere Optimierung in der Endoprothetik mit gleichzeitig sicherer Anwendung und hoher Qualität in der Routineversorgung leistbar.

Foto: Frank Ossenbrink

Daniel Bahr: Der Bundesgesundheitsminister betonte, dass die Privatversicherung nicht abgeschafft werden wird.

BVOU-INFORMATIONSVERANSTALTUNG

Deutliche Botschaften

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, FDP, war Ende April zu Gast beim BVOU-Nordrhein in Düsseldorf. Der Minister folgte der Einladung des Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen und gab einen Überblick über die aktuelle Entwicklung in der Gesundheitspolitik.

Neben den Orthopäden hatte Andreas Gassen, der auch Vizepräsident des BVOU auf Bundesebene ist, Vertreter der Fach- und Hausärzte aus Nordrhein eingeladen. Minister Daniel Bahr betonte, es gäbe kein Abrücken von der Privatversicherung als der entscheidenden zweiten Säule der Krankenversicherung. „Die fleißigen Schreiber, die bereits Nachrufe auf die Privatversicherung verfassen, können die Arbeit einstellen. Denn die Zahl der privat Versicherten in Deutschland wächst und wächst“, begrüßte Vorsitzender Gassen die klare Stellungnahme des FDP-Politikers.

Bundesgesundheitsminister Bahr unterstrich, die Ansätze unter anderem aus dem Pflegegesetz konsequent weiterzuverfolgen: ambulant vor stationär und mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung. „Die Ärzte in Nordrhein haben Minister Daniel Bahr erläutert, dass mehr Vorsorge nicht nur medizinisch zu verstehen ist, sondern auch finanziell. Die medizinische Versorgung von mehr älteren und bedürftigeren Menschen ist auf der aktuellen Honorarbasis nicht sicherzustellen. Die nächste Wirtschaftskrise kommt bestimmt – da werden die Sorgen ganz schnell ganz groß“, fasste Andreas Gassen für die Ärzte zusammen: „Ähnlich wie in der gesetzlichen Rente muss mehr private Vorsorge gefördert werden.“

Das Treffen mit Bundesgesundheitsminister Bahr nahmen die Ärzte auch zum Anlass, die Politik deutlich vor einer Auflösung der Versorgungssicherheit zu warnen. Die „Substitution medizinischer Leistungen“ ist unscharf definiert: „Da ist man schnell beim Ersetzen der ärztlichen Leistungen durch Nichtmediziner. Die Patienten brauchen aber keine dritte Säule der Versorgung neben Praxis und Krankenhaus. Unsere Praxen sind zum Beispiel durch fachübergreifende Kooperationen und durch unsere Praxisteams, die teils bereits Fallmanager sind, moderner, als die Politik dies wahrhaben will“, so Gassen. Die nordrheinischen Ärzte machten klar: „Billiger wird es durch Nichtmediziner nicht, nur chaotisch“, so Andreas Gassen.

Joachim Stier

Joachim Stier, freier Journalist in Berlin/Aachen

Foto: Privat

In Vaters Fußstapfen treten: Das möchte Katharina Hemker, die derzeit ein Praktikum an der Hamburger Facharztklinik macht und danach Medizin studieren möchte.

ZUKUNFT DER MEDIZIN

„Papa, ich möchte Ärztin werden!“

Katharina Hemker möchte gerne Medizin studieren. Ihr Vater Dr. Torsten Hemker, niedergelassener Orthopäde in Hamburg, beschreibt ihr in einem offenen Brief das Für und Wider des Arztberufes.

Meine liebe Katharina!

Vor mehr als acht Jahren habe ich einen offenen Brief an deinen Bruder geschrieben, als er im Alter von zwölf Jahren äußerte, er wolle Orthopäde werden. Dieser Brief ist in vielen Zeitungen (zum Beispiel „Zeit online“) veröffentlicht worden und noch heute im Internet abrufbar („Papa, ich möchte Orthopäde werden!“). Alle Leser waren erstaunt, dass ich trotz der beschriebenen Widrigkeiten nicht vom Arztberuf abriet, sondern für den „schönsten Beruf der Welt“ warb. Ich war überrascht über die vielfältige positive Resonanz von Patienten und Kollegen, so erhielt ich zum Beispiel eine Einladung zu einem Kongress über die Zukunftschancen des Arztberufes. Dein Bruder hat sich aber inzwischen anders entschieden und studiert Betriebswirtschaftslehre. Du möchtest jetzt nach einer Berufsberatung und mehreren Praktika Medizin studieren. Deshalb möchte ich dir die aktuelle Situation des Arztberufes darstellen: Nach deinem sehr guten Abitur im letzten Jahr bist du erst einmal am Numerus clausus gescheitert. Um einen der 20 Prozent sicheren Plätze über die „Leistungsliste“ zu bekommen, hättest du einen Durchschnitt von 1,0 haben müssen! Die 20 Prozent der Plätze der Warteliste stehen dir erst nach sechs bis sieben Jahren Wartezeit zur Verfügung, in der du kein anderes Studium in Deutschland aufnehmen dürftest. Die restlichen 60 Prozent der Plätze werden nach den unterschiedlichsten Auswahlverfahren der einzelnen Universitäten vergeben, für die man sich an höchstens sechs Orten bewerben kann. Aber auch für die Teilnahme an einem Auswahltest kommt es überwiegend auf die Abiturnote an, so dass man mindestens 1,5 oder besser haben müsste.

Die Verschärfung der Auswahlkriterien für deinen Jahrgang verdankst du dem „Turboabitur“ mit Doppeljahrgängen in großen Bundesländern und der Abschaffung des Wehr- und Ersatzdienstes. Die Zahl der Bewerber stieg im letzten Wintersemester um circa 20 Prozent, die Zahl der Studienplätze blieb aber unverändert. Diese Situation wird sich auch in den nächsten Jahren nicht ändern. Wissen eigentlich die Politiker, welchen Frust das bei der Jugend schafft?

Deine Bewerbung um einen Studienplatz im Ausland war fast erfolgreich, nur 0,1 Notenpunkte hatten dir gefehlt. Die hättest du erreicht, wenn dein Geigenvorspiel im Abitur mit 15 statt mit 14 Punkten bewertet worden wäre. Du hast zwar jahrelang die erste Geige in eurem Schulorchester gespielt und gelegentlich die Orchesterleitung vertreten, aber bei deinem fehlerfreien Vorspiel im Abitur hast du im zweiten Satz „zu wenig piano“ gespielt. Wissen eigentlich die Lehrer, was sie ihren Schülern antun?

Die Auswahlkriterien in Deutschland sagen den Studienerfolg des Examens gut vorher, denn fast alle Studenten legen in der kürzesten Zeit ihr Examen ab, es gibt kaum Studienabbrecher. Nur dann nehmen von allen jungen Ärzten nur circa 60 Prozent eine Tätigkeit als Arzt in Deutschland auf. Die anderen gehen ins Ausland, zu Beratungsfirmen, Verlagen oder in die Industrie. Die Auswahlkriterien bewerten also nicht die Bereitschaft und Fähigkeit, als Arzt tätig zu sein. Der „Gesundheitsmarkt" hat die größten Wachstumschancen, aber immer mehr Menschen verdienen ihr Geld an der Medizin als Berater, Gesundheitsökonomen (so wie der mit der Fliege), Controller und Manager, statt in der Medizin als Ärzte oder Pflegepersonal. Aber nur durch letztere werden Patienten gesund.

Oder liegt die „Abwanderung" der jungen Ärzte an den schlechten Arbeitsbedingungen in Deutschland? Die finanzielle Situation hat sich zumindest für die niedergelassenen Ärzte ständig verschlechtert. Ich bin jetzt 21 Jahre in meiner eigenen Praxis tätig. In der Zeit hat sich die Zahl der von mir versorgten gesetzlich versicherten Patienten („Kassenpatienten") um circa 20 Prozent erhöht, das Honorar aber um 20 Prozent vermindert. Ich musste deshalb in dieser Zeit 50 Prozent des Personals entlassen, was die Therapiemöglichkeiten und den Service einschränkt. Ich bekomme zurzeit circa 24 Euro für die Behandlung eines Kassenpatienten pro Quartal (eventuell plus fünf Euro für Chirotherapie und plus elf Euro für Röntgendiagnostik), egal wie häufig er behandelt wird. Mein Besuch beim Frisör ist teurer, zweimal im Quartal erforderlich und zweimal zu bezahlen. Diese Pauschalen bekomme ich auch nur bis zu einem Budget, das so niedrig bemessen ist, das es jedes Quartal nur für zwei Monate reicht. So ist es beispielsweise im März besonders motivierend, die Knöchelverstauchung eines Skifahrers, der in Österreich für die ambulante Behandlung 800 Euro (!) bezahlt hat, ohne Bezahlung weiter zu behandeln.

Auch die Gebührenordnung für die Behandlung der Privatpatienten wurde immer noch nicht angepasst. Sie ist seit 1988 in der Struktur und seit 1996 in der Höhe unverändert! Die Kosten für Praxisräume, Energie, Material usw. sind in den 21 Jahren aber um mindestens 30 Prozent gestiegen! Dass wir dennoch unseren Lebensstandard halten konnten, liegt an meinen überdurchschnittlichen Privateinnahmen und Einnahmen aus „Selbstzahlerleistungen" (die der Herr mit der Fliege und seine Partei nun auch noch unterbinden wollen), der Rückzahlung des Praxiskredites und an praxisunabhängigen Familieneinnahmen. Außerdem arbeite ich weiterhin fast 70 Stunden pro Woche und mache unverändert nur zweimal zwei Wochen Urlaub pro Jahr.

> Engagierte Ärzte werden gebraucht. Der Arztberuf ist weiterhin der schönste Beruf, da die Dankbarkeit der Patienten einem jeden Tag wieder das Gefühl gibt, Sinnvolles zu tun.

Die finanzielle Situation der angestellten Ärzte ist ebenfalls nicht gerade üppig: Das Anfangsgehalt ist für alle Akademiker gleich, aber das Medizinstudium dauert doppelt so lange wie ein Bachelor-Studiengang. Nach weiteren sechs Jahren der Facharztweiterbildung steigt das Gehalt wie im öffentlichen Dienst üblich, aber in der Wirtschaft wird erheblich mehr bezahlt. Nach frühestens 15 Jahren könntest du Chefärztin sein. Dein Gehalt läge dann bei einem Drittel bis der Hälfte eines Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse. Während früher Chefärzte erhebliche Nebeneinnahmen von ihren Privatpatienten bekamen, kassieren heute die Klinikkonzerne das meiste davon. Eventuell erhält ein Chefarzt einen umstrittenen „Bonus", wenn er die Zahl der teuren Operationen erhöht, hoffentlich nicht zu Lasten seiner Patienten.

Aber auch die Arbeitsbedingungen vergraulen junge Ärzte: Die Bürokratie hat in den letzten acht Jahren weiter zugenommen. So gibt es zum Beispiel für einen Kassenpatienten, der eine Kur benötigt, das „Muster 60" (R. Mey: „Antrag auf Erstellung eines Antragformulars"), ein Formular, mit dem der Patient zu seiner Kasse gehen muss, um das „Muster 61" zu erhalten. Dieses Formular darf der Arzt nur ausfüllen, wenn er einen Kursus zum Ausfüllen bei der Kasse besucht hat. Weiterhin vorgeschrieben sind Nachweise zur Fortbildung, die überflüssig sind, da Ärzte sich immer fortgebildet haben. Das „Qualitätsmanagement" beschreibt jeden Handgriff selbst in kleinen Praxen, misst aber nicht die Ergebnisqualität der Behandlung, und „Korruptionsbeauftragte" sind kostspielig und beschreiben Papier, verhindern aber keine Korruption.

Aber dennoch rate ich dir nicht von deinen Plänen ab. Engagierte Ärzte werden gebraucht. Der Arztberuf ist weiterhin der schönste Beruf, da die Dankbarkeit der Patienten einem jeden Tag wieder das Gefühl gibt, Sinnvolles zu tun. Ich gehe jeden Morgen wieder gern in meine Praxis zu meinen Patienten. Du hast nach Abschluss des Studiums die Wahl zwischen ganz unterschiedlichen Fächern und kannst dir aussuchen, was dir am besten liegt und gefällt: zum Beispiel Kinderärztin oder Labormedizinerin, Orthopädin oder Hausärztin. Da immer mehr Frauen Medizin studieren (es sind jetzt schon 70 Prozent), wird es nach Abschluss deiner Weiterbildung familienfreundliche Arbeitsbedingungen in Praxen und Krankenhäusern geben müssen, sonst werden wir den Ärztemangel nicht beseitigen können. In der Zukunft wird kein Arzt arbeitslos sein, denn der Bedarf wird wegen der Zunahme an älteren Menschen und der Zahl der Kranken steigen. Ob wir in Zukunft noch Hedgefonds-Manager benötigen, ist hingegen ungewiss. Und wenn dir die Arbeitsbedingungen in Deutschland nicht gefallen, kannst du den Beruf als Ärztin in jedem anderen Land der Welt ausüben, weil die Medizin eben überall gleich ist und Ärzte gebraucht werden, im Gegensatz zum Beispiel zum deutschen Fachanwalt für Steuerrecht. Ich bin stolz auf deine Berufswahl und werde dich bei deinen Plänen immer unterstützen.

Dein Papa

Dr. Torsten Hemker ist niedergelassener Facharzt für Orthopädie in Hamburg.

BVOU-STELLUNGNAHME

Vielseitigkeit statt Einseitigkeit

In der Ärzteschaft mehrt sich die Ablehnung der Idee des Gesetzgebers, die Wahlfreiheit im Praktischen Jahr abzuschaffen und stattdessen einen hausärztlichen Pflichtabschnitt einzuführen. So auch beim Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU). Der Vorstand gab nachfolgende Stellungnahme an die Mitglieder des Deutschen Bundesrates ab.

In den kommenden 30 Jahren steigt in allen Fachgebieten der Bedarf an Ärzten um bis zu 25 Prozent. Alle Fachgebiete in der Medizin müssen sich um den Nachwuchs bemühen. Daher lehnen wir die Abschaffung der Wahlfreiheit im Praktischen Jahr zugunsten eines hausärztlichen Pflichtabschnitts ab.

Begründung

- Der Staat sollte die Ausbildung nicht zwangsweise auf ein Fachgebiet verengen. Das Praktische Jahr dient der Orientierung und nicht der Desorientierung – in keinem anderen Studienabschnitt kann man ein Fachgebiet seiner Wahl so gut kennenlernen wie in dieser Zeit.

- Drei Viertel des PJ-Jahres sind bereits durch einen internistischen und einen chirurgischen Abschnitt verplant. Wird der dritte Abschnitt nur der Allgemeinmedizin gewidmet, gehen den Studierenden wertvolle Einblicke verloren.

- Für die Facharztmedizin bleibt keine Möglichkeit, sich zu präsentieren und um den Nachwuchs zu werben. Damit würde den Studierenden die letzte Möglichkeit genommen, sich gezielt auf die anschließende Weiterbildung, die eigentliche Facharztausbildung, vorzubereiten. Kleinere Fächer wären vom Nachwuchs abgeschnitten.

Wer die Allgemeinmedizin so stärkt, setzt sich dem Verdacht aus, die Versorgungsebenen weitestgehend auf den Hausarzt in der Fläche und auf das teurere Krankenhaus reduzieren zu wollen.

Daher bitten wir, die geplante Änderung abzulehnen.

Mit freundlichen Grüßen

Helmut Mälzer,
Präsident BVOU e. V.

ANMERKUNG

Die zahlreichen, beim BVOU e. V. eingegangenen Rückmeldungen seitens der Politik aus Bund und Ländern sowie vom Europäischen Parlament stimmen uns zuversichtlich, dass die Bundesregierung die Änderungswünsche der Länder akzeptiert und von der Abschaffung der Wahlfreiheit im Praktischen Jahr zugunsten eines hausärztlichen Pflichtabschnittes absieht. Wir werden in der nächsten Ausgabe der OUMN ausführlich berichten.

Dr. Elisabeth Dannert
BVOU Referat Gesundheitspolitik/ Vertragsmanagement

VSOU-JAHRESTAGUNG

Baden-Badener Impressionen

Hochkarätige Referenten und begeisterte Teilnehmer – so kann die Erfolgsgeschichte der alljährlichen Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen auf den Punkt gebracht werden. Diese Erfolgsgeschichte setzte sich unter Kongresspräsident Prof. Dr. Martin Krismer, Innsbruck, auch in diesem Jahr fort.

Fotos: Text, PR & Mehr

Zufriedene Aussteller: Auf der begleitenden Fachausstellung mit ca. 160 Ausstellern konnten sich die Kongressteilnehmer aktuell über technische Erneuerungen informieren.

Prof. Dr. Martin Krismer: Der Kongresspräsident hielt seinen Eröffnungsvortrag über Placebo in der Medizin ganz frei – ohne Manuskript und ohne Rednerpult.

Hochkarätige Referenten: Mit ca. 400 Programmpunkten, informativen Fach-Vorträgen, Workshops, Seminaren und Podiumsdiskussionen sorgte der Kongress wieder für begeisterte Teilnehmer.

Gut besuchter Patiententag: Am 29. April 2012 nutzten etwa 200 interessierte Besucher die Gelegenheit, sich von Experten des Fachkongresses zum Thema Arthrose kostenlos informieren zu lassen.

Dr. Thomas Möller: In seinem Grußwort zeichnete der Erste Vorsitzende der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen die erfolgreiche Geschichte des Baden-Badener Kongresses nach.

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier: Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie lobte das gute Themengespür des Kongresspräsidenten.

Helmut Mälzer: Der Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bezeichnete die Familiarität in Baden-Baden als Markenzeichen des Kongresses. „Vielen Dank dafür!“

Pressekonferenz: Bei der Eröffnungspressekonferenz standen Dr. Thomas Möller, Prof. Martin Krismer, Dr. Andreas Gassen, Prof. Dr. Christof Wagner und Harald Meyer (v. re. n. li.) den Journalisten Rede und Antwort.

Prof. Dr. Christoph Josten: Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie bescheinigte der VSOU-Jahrestagung, die Verwebung der konservativen und operativen Inhalte des Faches sehr gut abzubilden.

Harposax: Für musikalische Untermalung während der Eröffnungsveranstaltung sorgte das Trio Harposax – groovige, ruhige Jazzmelodien mit perlenden Harfenklängen.

INTERVIEW

Ein Österreicher in Deutschland

Prof. Dr. Martin Krismer, Innsbruck, war Kongresspräsident der 60. VSOU-Jahrestagung. Wir sprachen mit ihm darüber, wie es ist, als Österreicher einen Kongress in Deutschlad zu planen, nach welchen Kriterien er sich bei der Themenauswahl leiten ließ und welche Programmpunkte er besonders gelungen fand.

Das Motto Ihres Kongresses lautet Klarheit. Welcher Sachverhalt ist Ihnen persönlich klarer geworden?

Prof. Martin Krismer: Mir ist noch viel klarer geworden, wie Biofilme funktionieren. Mir war nicht bewusst, dass Bakterien, die sich in einen Biofilm zurückgezogen haben, nicht nachgewiesen werden können. Nehmen wir einmal an, ein Patient hat zwei Jahre nach Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes einen lockeren Prothesenschaft. Auch wenn in diesem Fall eine Infektion durch intraartikuläre Punktion bakteriologisch nicht nachgewiesen werden kann, muss ich aufgrund der Lockerung davon ausgehen, dass eine Entzündung vorliegt.

Wir brauchen Arztpersönlichkeiten, die sich nicht beugen und ducken; die sich keine Verträge aufzwingen lassen, die dazu führen, dass man bei der Indikationsstellung unvorsichtig wird.

Warum?

Bakterien können sich nicht vermehren, wenn sie keine Nährstoffe finden und sich nicht woanders ansiedeln können. Sie drosseln dann ihren Stoffwechsel und bilden einen Schleim, den Biofilm. In diesen ziehen sie sich zurück, um darin zu überdauern. Bei künstlichen Gelenken führt das dazu, dass sie sich lockern. Wenn das innerhalb der ersten zwei Jahre nach Einbau passiert, muss der behandelnde Orthopäde davon ausgehen, dass die Prothese infiziert ist, auch wenn bei einer Punktion die Bakterien nicht auffindbar sind und die Blutwerte keine Entzündung im Körper anzeigen. Die logische Konsequenz daraus ist, dass er das Kunstgelenk austauschen muss. Auch hinsichtlich des Prothesenwechsels deutet sich derzeit ein Umdenken an.

In welche Richtung?

Bislang ist der zweizeitige Prothesenwechsel Standard. Das infizierte Kunstgelenk wird entfernt, dann wird die Wunde verschlossen. Sechs bis acht Wochen behandelt man dann die Osteomyelitis, bevor ein neues Gelenk eingesetzt wird. Wir haben intensiv diskutiert, ob man sich darauf einlassen kann, die Prothese schon nach zwei Wochen wieder einzubauen. Das ist eine sehr spannende Frage. Für die Patienten ist es von großer Bedeutung, ob sie vier bis fünf Wochen im Krankenhaus, danach aber wieder fit sind. Oder ob sie mit einer ausgebauten Prothese sehr viel länger arbeitsunfähig oder pflegebedürftig sind.

ZUR PERSON

Univ. Prof. Dr. Martin Krismer wurde im April 1955 in Innsbruck geboren. Nach dem Besuch des humanistischen Privatgymnasiums der Benediktiner in Admont studierte er bis 1979 an der Universität Innsbruck Medizin und Philosophie, konnte aber das Philosophiestudium wegen der beruflichen Tätigkeit in Kärnten nicht mehr abschließen. Im Jahr 1990 wurde er in Innsbruck Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, und 1996 Dozent. Die Ausbildung wurde durch zahlreiche Auslandsaufenthalte vor allem in den USA ergänzt. 2001 wurde er zum Universitätsprofessor und Primararzt der Universitätsklinik für Orthopädie in Innsbruck berufen. Prof. Krismer ist Generalsekretär der Europäischen Hüftgesellschaft (EHS, European Hip Society) und Prüfer bei der europäischen Facharztprüfung. Seine klinischen Schwerpunkte sieht er in der Endoprothetik und in der Wirbelsäulenorthopädie. Für eine Arbeit über die Funktionsweise der Bandscheibe erhielt er den Volvo-Preis. Prof. Krismer hat ein Buch über die Arbeitsweise der Bandscheibe verfasst, er hat ein Buch über minimal invasive Hüft- und Knieprothesenoperationen mit herausgegeben und mehr als 80 Originalarbeiten in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht.

Wird man über neue Prothesenmaterialien nachdenken müssen?

Das tut man schon. Es wird zum Beispiel darüber nachgedacht, ob man nanobeschichtete Prothesenoberflächen schafft, die sich selbst organisieren und das Bakterienwachstum hemmen.

> Gerade in der Hüftendprothetik sind wir auf einem so hohen Niveau angekommen, dass wir Innovationen nicht mehr so dringend brauchen. Es muss uns ein wichtiges Anliegen sein, gefährliche Neuerungen auszuschließen.

Klarheit zu erreichen, ist manchmal alles andere als einfach. In Ihrem Eröffnungsvortrag haben Sie über Placebo- und Placebo-äquivalente Therapien gesprochen. Sie sagten, dass diese Therapien oft genauso wirksam wie herkömmliche Therapien sind. Können wir den Patienten künftig einfach Kochsalzlösung statt teurer Medikamente spritzen, ihn im Glauben lassen, er sei medikamentös behandelt worden, und das Gesundheitssystem damit enorm entlasten?

Ich habe auch gesagt, dass wir den Patienten alles erklären müssen, was wir tun. Auch wenn wir eine Scheintherapie anwenden, müssen wir das erklären. Wenn wir dafür die richtigen Worte finden, werden die Patienten sie dennoch – oder gerade deswegen – akzeptieren. Der Placeboeffekt wird dadurch nicht ausgeschaltet, wenn wir die richtigen Worte wählen. Dazu gibt es gute Studien. Sie sind allerdings Orthopäden und Unfallchirurgen wenig bekannt, da sie nicht in orthopädischen Journalen, sondern in anderen medizinischen oder medizinethischen Zeitschriften publiziert worden sind.

Wenn der Glaube ebenso oder gegebenenfalls sogar besser heilen kann als Medikamente, kann er jemanden auch davor bewahren, überhaupt erst krank zu werden?

Dazu gibt es ein theoretisches Konzept, begründet von Aaron Antonovsky, das der Salutogenese. Menschen haben demnach Eigenschaften und Ressourcen, welche vor Krankheit schützen. Ärzte haben dieses Konzept im Gegensatz zu Gesundheitspolitikern nur in geringem Umfang aufgegriffen. Ich gehe nicht so weit zu sagen, dass Krankheit nur eine Frage von Eigenschaften einer Persönlichkeit ist. Aus meiner Erfahrung kann ich aber sagen, dass nach einer schweren Erkrankung oder Operation sich diejenigen Patienten schneller erholen, die Humor und Freude am Leben haben und ihre Lebenssituation verstehen. Sie stehen einfach wieder eher auf und wollen in Bewegung bleiben. Die Einstellung oder die Haltung zum Leben scheint also durchaus eine gewisse Rolle zu spielen.

Nach welchen Kriterien haben Sie die Themen Ihres Kongresses zusammengestellt?

Ich habe mich von meinen eigenen Interessen leiten lassen. Die Wirbelsäule ist ein Thema, mit dem ich mich schon lange intensiv auseinandersetze. Ich operiere viele Menschen mit Wirbelsäulenleiden, ich habe mich intensiv mit der konservativen Therapie beschäftigt. Im Rahmen der Bone and Joint Decade arbeitete ich an der Richtlinie zur Behandlung des Kreuzschmerzes mit. Meine Habilitationsarbeit hat die Bandscheibe zum Gegenstand. Die Wirbelsäule war einfach ein Thema, das kommen musste.

Dann das Thema Sicherheit – das interessiert mich als Klinikleiter brennend, und ich wollte andere Orthopäden und Unfallchirurgen mit Organisationsverantwortung ansprechen. Außerdem wusste ich, dass es Probleme mit Großköpfen gibt. Da schon die Kollegen untereinander darüber gesprochen haben, war es nur noch eine Frage der Zeit, bis auch die Medien anfangen würden, darüber zu berichten. Was sie ja nun ausführlich tun.

Für das Thema Gelenkinfektionen habe ich mich entschieden, da wir auf Ebene der Europäischen Hüftgesellschaft, deren Generalsekretär ich bin, festgestellt haben, dass dies eins der Themen ist, die momentan am brennendsten interessieren.

Um noch einmal auf die Sicherheit zurückzukommen: Müssten die Zulassungsbedingungen für Medizinprodukte insgesamt verschärft werden? Wäre die Sache mit den Großköpfen dann vielleicht nicht passiert?

Meiner Meinung nach brauchen wir wesentlich strengere Zulassungsbedingungen. Es wird dann zwar schwieriger, Innovationen einzuführen. Aber gerade in der Hüftendprothetik sind wir auf einem so hohen Niveau angekommen, dass wir Innovationen nicht mehr so dringend brauchen. Es muss uns ein wichtiges Anliegen sein, gefährliche Neuerungen auszuschließen.

In Österreich besteht eine Trennung zwischen Orthopädie und Unfallchirurgie, in Deutschland nicht mehr. Ist es als Österreicher schwieriger, einen deutschen Kongress für Orthopäden und Unfallchirurgen zu organisieren?

Nein, das war es nicht. Ich bin sehr oft auf deutschen Kongressen, bin in der deutschen Szene präsent und kenne deshalb sehr viele Experten, auch Unfallchirurgen, persönlich. Außerdem waren mir meine Kongresssekretäre eine gute Stütze. Einer von ihnen, Prof. Hackl, ist Unfallchirurg. Über ihn hatte ich einen sehr guten Zugang zu anderen Unfallchirurgen.

Was war die größte Herausforderung bei der Vorbereitung des Kongresses?

Die gab es eigentlich nicht. Ein Kongresspräsident hat ganz klare Aufgaben. Er stellt die Symposien zusammen, er wählt die Abstracts aus, er muss den Kongress eröffnen, den Festabend und die Abschlussveranstaltung moderieren. Bei den Feierlichkeiten ist es sinnvoll, etwas Lokalkolorit hinzufügen, weil jeder ein bisschen Abwechslung gern hat. Das war es auch schon.

Wie sind Sie auf Prof. Liessmann als Festredner gekommen?

Ich habe neben dem Medizinstudium auch Philosophie studiert, allerdings nicht bis zum Abschluss, da ich nach meinem Medizinstudium eine Stelle bekommen habe, die weit weg von jeder Universität war. Ich habe mich aber immer wieder mit philosophischen Themen auseinandergesetzt. So habe ich Liessmanns Buch „Die Theorie der Unbildung“ gelesen. Die Krise der Bildung

und Ausbildung, die er darin beschreibt, spüren wir auch in der medizinischen Wissenschaft. Die Politik will uns aufdrücken, Wissen als etwas zu behandeln, das man messen kann. Universitäten erstellen Wissensbilanzen – Wissen kann man aber nicht bilanzieren. Die Auswirkungen spüren wir unmittelbar in unserem Fach. Wir kämpfen damit, dass die Impact-Faktoren in der Orthopädie geringer sind als in anderen Disziplinen. Weniger Impact-Punkte bedeuten weniger Geld für die Forschung. So werden gesellschaftlich und für Patienten relevante Themen weniger erforscht als andere, die möglicherweise eine geringere Bedeutung, aber einen höheren Impact-Faktor haben.

Damit einher geht ein weiteres Problem: Wir pressen unsere Ausbildungsinhalte in Multiple-Choice-Fragen. Zu einer umfassenden Ausbildung gehört aber nicht nur die Vermittlung von Fachwissen und Fertigkeiten, die punktgenau abgefragt werden können. Dazu sollte auch gehören, dass sich die jungen Mediziner ein berufsadäquates und professionelles Verhalten aneignen. Das hat viel mit sozial- und geisteswissenschaftlichen Kategorien zu tun. Die gehen im Multiple-Choice-System unter, so dass eine ganz andere Art von Arztpersönlichkeiten heranwächst. Das quält mich sehr. Wir brauchen Arztpersönlichkeiten, die sich nicht beugen und ducken; die sich keine Verträge aufzwingen lassen, die dazu führen, dass man bei der Indikationsstellung unvorsichtig wird. Wir brauchen Ärzte, die sich als Anwalt ihrer Patienten verstehen, die auch mit den Patienten umgehen können, ihnen zuhören können. Die Universitäten haben sich von der Idee verabschiedet, Persönlichkeiten zu bilden. Reduzieren wir die Medizinerausbildung rein auf den Wissenstransfer, wird die Medizin nur mehr technokratisch betrieben.

Sie meinen, es gibt zunehmend Ärzte, die sich zu sehr den ökonomischen Zwängen und den Vorgaben der Klinikleitung beugen?

Ja, leider.

Hat ein Chefarzt denn die Chance zu sagen, dass er die Zielvereinbarung nicht unterschreibt?

Ja natürlich, zu einer Vertragsunterzeichnung gehören ja immer zwei. Es kann natürlich sein, dass er den Job dann nicht kriegt.

Andererseits gibt es ja einen Ärztemangel, gerade Führungskräfte werden in den Kliniken händeringend gesucht.

Eben. Man muss halt wissen, wie weit man gehen kann. Dazu braucht man eine innere moralische Instanz. Wer die nicht hat, kann nicht Anwalt der Patienten sein.

Haben Sie ein persönliches Kongress-Highlight?

Mir hat die Sitzung zur Sicherheit sehr gut gefallen. Die Referenten haben anhand praktischer Beispiele berichtet, wie in ihren Kliniken mit Behandlungsfehlern und danach mit den Medien umgegangen wurde. Ich bin mir sicher, dass die Zuhörer eine wichtige Botschaft aus dieser Sitzung mitnehmen konnten, nämlich die Botschaft, dass es extrem wichtig es ist, offen zu Fehlern zu stehen, nicht nur im Umgang mit den Medien, sondern zuallererst gegenüber dem betroffenen Patienten. Er darf nicht allein gelassen werden, die Situation muss mit ihm bereinigt werden – schon allein, weil die Medien das auch beobachten.

Damit wären wir wieder bei der Arztpersönlichkeit. Es gehört einiges dazu, einen Fehler zuzugeben und es dann trotzdem zu schaffen, das Vertrauen des Patienten aufrechtzuerhalten.

Im vorgestellten Fall ist das gelungen. Es hat sich übrigens auch gezeigt, wie wichtig es ist, denjenigen, dem der Fehler unterlaufen ist, zu schützen. Da ist es passiert, dass die Journalisten jeden einzelnen Mitarbeiter in der Abteilung angerufen und gefragt haben, ob er derjenige ist, der den Fehler begangen hatte. Das ging so lange, bis sie im Ausschlussverfahren auf den betreffenden Mitarbeiter gekommen waren. Bei dem sind sie dann vor der Haustür aufgetaucht und haben vor laufender Kamera seine Kinder befragt, ob sie denn wüssten, was der Papa getan habe. Man muss also wirklich mit den Mitarbeitern absprechen, wie sie sich in einem solchen Fall verhalten sollen, und man muss die Mitarbeiter in Schutz nehmen, auch jene, die für den Fehler verantwortlich sind. Sonst kann es geschehen, dass die eigenen Mitarbeiter nur mehr im Sinne der eigenen Risikominimierung tätig sind.

Wie ist es denn um die Fehlerkultur an deutschsprachigen Kliniken bestellt?

Ganz unterschiedlich, aber ich denke, insgesamt schlechter als in manchen anderen Ländern. Das liegt daran, dass wir im Krankenhaus in einem sehr autoritären Umfeld agieren. Dort ist es leichter, auf Jemanden zu zeigen und zu sagen: „Der war's." In einem weniger hierarchischen Umfeld spricht man eher über Fehler, weil alle in derselben Situation sind.

In einem autoritären Umfeld hängt der Umgang mit Fehlern sehr stark vom Chef ab. Ein Chef, der bei einem Fehler großes Theater macht, erstickt jegliche Fehlerkultur im Keim.

In einem autoritären Umfeld hingegen hängt der Umgang mit Fehlern sehr stark vom Chef ab. Ein Chef, der bei einem Fehler großes Theater macht, erstickt jegliche Fehlerkultur im Keim. Ein Chef muss eher supportiv sein, die Leute auffangen, mit allen gemeinsam die Situation durchsprechen. Nur so kann man aus Fehlern lernen.

Sie haben ihren Eröffnungsvortrag ganz frei gehalten. Waren Sie aufgeregt?

Nein, eigentlich nicht. Ich schätze Leute sehr, die frei sprechen können. So habe ich schon lange vor dem Kongress für mich beschlossen, dass auch ich, wenn ich eine Rede halten muss, diese nicht vom Blatt ablese. Der große Vorteil ist, dass ich dabei flexibel bleiben kann. Natürlich habe ich mich vorbereitet, sehr intensiv sogar. Ich habe viel gelesen, und dann habe ich einzelne Passagen erarbeitet, die ich frei zusammenfügen kann. Die Wortwahl und die Abfolge sind spontan, auch wenn ich genau im Kopf habe, was ich sagen möchte. Würde ich den Vortrag in einem halben Jahr noch einmal halten, würde er wahrscheinlich völlig anders klingen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Jana Ehrhardt

1/1 Anzeige

Fotos: Text, PR & Mehr

Klarheit: Unter diesem Motto stand die 60. VSOU-Jahrestagung. Etwa 3.000 Teilnehmer folgten der Einladung ins Kongresshaus nach Baden-Baden. Sie erlebten das Tagungszentrum zum letzten Mal in seinem gewohnten Aussehen; es wir derzeit umgebaut und bietet im kommenden Jahr eine deutlich erweiterte Ausstellungsfläche.

VSOU-JAHRESTAGUNG

Klarheit ist nicht immer eindeutig

Vom 28. April bis 1. Mai 2012 fand in Baden-Baden die 60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt. Tagungspräsident in diesem Jahr war Prof. Dr. Martin Krismer, Innsbruck. Mit circa 400 Programmpunkten, informativen Fachvorträgen, Workshops, Seminaren und Podiumsdiskussionen sowie mit hochkarätigen Referenten und einer Industrieausstellung mit etwa 160 Ausstellern konnte Krismer etwa 3.000 Teilnehmer überzeugen.

Es war nicht ‚irgendein' Frühjahrskongress, den der Österreicher Prof. Dr. Martin Krismer als Kongresspräsident in Baden-Baden in diesem Jahr ausrichtete. Es war ein Kongress der Jubiläen. Zum 60. Mal fand die Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt, zum 45. Mal in Folge in Baden-Baden, und für Krismer, Vorstand der Universitätsklinik für Orthopädie an der Medizinischen Universität Innsbruck, ist der VSOU-Kongress seit zehn Jahren Pflichtprogramm.

Rückblick auf 60 erfolgreiche Jahre

Kein Wunder, dass die Referenten beim Eröffnungsabend in Erinnerungen schwelgten. Helmut Mälzer, Präsident des Berufsverbandes, gratulierte der VSOU zu diesem „großartigen Jubiläum" und bescheinigte der VSOU, den Wandel von der VSO zum VSOU hervorragend bewältigt zu haben. Dr. Thomas Möller, 1. Vorsitzender der VSOU, schilderte die Erfolgsgeschichte des Traditionskongresses. Anfang der fünfziger Jahre entwickelte sich die Jahrestagung aus einer kleinen regionalen Diskussionsrunde, die nicht mehr als ein Dutzend Orthopäden umfasste, bis hin zum heutigen, zweitgrößten Jahreskongress für Orthopäden und Unfallchirurgen im deutschsprachigen Raum. Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier zollte dieser Entwicklung seinen Respekt: „Aus einem kleinen Treffen einen immer größer werdenden Kongress zu machen – das ist wirklich eine Kunst in der heutigen Kongressflut", sagte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für

ÜBER DIE ZUKUNFT DER AKADEMISCHEN BILDUNG

Um den akademischen Nachwuchs nicht nur der medizinischen Fächer sorgte sich der Festredner des Kongresses, Prof. Konrad Paul Liessmann, Professor für Philosophie an der Universität Wien, in seiner Rede mit der Überschrift „Der aufrechte Gang". „Als Philosoph aus Leidenschaft einen Orthopädenkongress mit Überlegungen zum aufrechten Gang zu eröffnen, erscheint gewagt", hob er zu sprechen an, um dann den aufrecht gehenden Menschen als Metapher für einen freien Wissenschaftler zu erklären, der sich nur der Erkenntnis selbst, jedoch keinen anderen Vorstellungen und Wünschen beugt. Die Bologna-Reform bedrohe diese Freiheit der Wissenschaft. Zwar sei ihre ursprüngliche Zielsetzung eine gute gewesen, nämlich einen europäischen, grenzenlosen Wissenschaftsraum zu schaffen. Dieser ursprüngliche Impetus sei jedoch in einem bürokratischen Schematismus erstarrt, gekennzeichnet von vollgestopften Studienrichtungen und einem aufgeblähtem Verwaltungsautomat. Jungen Menschen sei es in dieser Maschinerie nicht möglich, zu einer inneren Haltung zu finden, die über die in den Seminaren vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgeht. „Diese Art von Wissen lässt sich nicht in Curricula und Module pressen." Liessmanns Botschaft an seine Zuhörer: Lehrer und Professoren müssten den Studierenden vermitteln, wie sie zu einem aufrechten Gang finden können – auch in Fragen, die über ihr eigenes Fach hinausgehen. Manchmal sind es eben gerade die Umwege, die am ehesten zum Ziel führen.

Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in seinem Grußwort.

1968 wurde das Kongresshaus in Baden-Baden eingeweiht. Seither findet der Kongress dort statt und ist mittlerweile nicht nur für zahlreiche Orthopäden und Unfallchirurgen ein jährlicher Fixpunkt im Terminkalender. Vielen ist er der liebste Fachkongress, da er neben dem wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungsaustausch die Gelegenheit bietet, die ersten warmen Tage des Jahres zu genießen. Mit seinem breitgefächerten Programm bietet er auch Nachbardisziplinen wie Ärzten für physikalische und rehabilitative Medizin, Rheumatologen, Schmerztherapeuten, Rehabilitationswissenschaftlern, Physiotherapeuten sowie Vertretern der Pflege die Möglichkeit, Wertvolles für den beruflichen Alltag mitzunehmen. Alleinstellungsmerkmal beim VSOU-Kongress ist bis heute die Vielzahl an angebotenen Symposien zur Weiterbildung, dies unterscheidet ihn auch von anderen Kongressen.

Großes Publikum: Bei der Eröffnungsveranstaltung war der Saal bis fast auf den letzten Platz besetzt.

Gutes Gespür für Themen

Unter dem Motto „Klarheit" waren neben freien Themen die Schwerpunkte in diesem Jahr: Knie, Schmerzen an der Wirbelsäule sowie Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie. Mittelmeier lobte dieses breitgefächerte Themenangebot. Gerade mit dem Thema Sicherheit habe der Kongresspräsident den Nerv der Zeit getroffen. Die Patientensicherheit ist vor dem Hintergrund diverser Medizinprodukteskandale oder auch der aktuell diskutierten Problematik der Metall-Metall-Gleitpaarungen bei künstlichen Hüftgelenken Dauerthema in der Fach- und Publikumspresse. Dieses allgemeine Streben nach Sicherheit medizinischer Behandlungen eint den Willen der Patienten mit dem der Fachgesellschaften: Mittelmeier verwies auf das Endoprothesenregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), das in diesem Jahr mit der Datensammlung beginnt, auf die Endocert-Initiative wie auch auf die Errichtung des TraumaNetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Damit seien „Meilensteine in der Patientensicherheit errichtet worden", so Mittelmeier.

Konservative Orthopädie – ein Fall für die rote Liste?

Auch DGOU-Vizepräsident Prof. Dr. Christoph Josten lobte die langjährige Tradition des Baden-Badener Kongresses, der stets ein Spiegelbild von der Entwicklung des Faches vermittelt habe. Noch vor wenigen Jahren seien die konservativen und operativen Inhalte des Faches strikt voneinander getrennt gewesen. Mittlerweile habe jedoch eine immer stärkere Verwebung dieser Inhalte stattgefunden, „und diesen Strukturwandel bildet der Kongress sehr gut ab."

Gleichwohl wies BVOU-Vizepräsident Dr. Andreas Gassen während der Auftaktpressekonferenz auf den Bedeutungsverlust der konservativen Orthopädie hin. „Nicht erst durch die Zusammenführung der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem Fach, sondern schon mit der Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern wird die konservative Orthopädie immer weniger wahrgenommen", sagte Gassen. Selbst in Unikliniken finde man kaum noch orthopädische konservative Kernkompetenzen wie Kin-

dersprechstunden, Skoliosebehandlungen oder Sprechstunden der Technischen Orthopädie – „weil die konservative Behandlung im DRG-System unattraktiv ist, hohe Endoprothesenzahlen sind einfach lukrativer." So können konservative Inhalte in der Weiterbildung nicht mehr vermittelt werden. Darüberhinaus sei die Situation für niedergelassene Kollegen ausgesprochen angespannt: „Der EBM und die erschreckend niedrigen Quartalsfallwerte von circa 30 Euro lassen eine differenzierte konservative Therapie nicht mehr erkennen und bringen die Kollegen, die trotzdem versuchen, orthopädisch qualifizierte Behandlung zu praktizieren, an den Rand des wirtschaftlichen Ruins." Einen Hoffnungsschimmer sieht Gassen allerdings: Auf Betreiben des BVOU habe die KBV beschlossen, den EBM wieder hin zu mehr Einzelleistungen zu verändern. Orthopäden und Unfallchirurgen müssten selbstbewusster für die Inhalte ihres Faches eintreten, forderte der BVOU-Vize. Rheumatologie, von schweren systemischen Verlaufsformen abgesehen, sei zunächst orthopädische Kernkompetenz. Gleiches gelte für die Behandlung des kindlichen Bewegungsapparates, diese sei Orthopäden- und nicht Pädiaterangelegenheit.

Nachwuchsförderpreis: Seit 2010 schreibt die VSOU zusammen mit Rottapharm Madaus einen Nachwuchsförderpreis aus. Er ging in diesem Jahr an Dipl.-Ing. Jan Nadorf vom UniversitätsKlinikum Heidelberg.

Verdienste um den medizinischen Nachwuchs

Der Krise der Weiterbildung versucht der Baden-Badener Kongress seit einigen Jahren entgegenzuwirken, indem ein Teil des Programms speziell auf die Bedürfnisse von Weiterbildungsassistenten zugeschnitten wird. Prof. Krismer hat dieses Assistentenprogramm im Vergleich zu den Vorjahren sogar noch stärker ausgebaut. Für in Weiterbildung Stehende gab es allein 220 Kurzvorträge. Ausgewählte und erfahrene Instruktoren begleiteten die Nachwuchs-Orthopäden und -Unfallchirurgen über den Kongress. Wie im Vorjahr erhielten sie die Möglichkeit, ihre ersten wissenschaftlichen Beiträge vorzustellen. Auch das tägliche OP-Training stieß bei den Assistenzärzten/innen auf hohe Resonanz. Darüber hinaus hatte die VSOU nunmehr zum dritten Mal einen Nachwuchsförderpreis ausgelobt, welcher erneut von der Firma Rottapharm Madaus gesponsert wurde. Der erste Platz und somit 750 Euro gingen an Dipl.-Ing. Jan Nadorf vom UniversitätsKlinikum Heidelberg.

Placebo – fester Bestandteil der Therapie

„Alles in allem ist es meine Zielsetzung, dass die Teilnehmer dieses Kongresses mit dem Bewusstsein zurückfahren, dass ihnen der eine oder andere Sachverhalt klarer geworden ist", sagte Prof. Krismer. Dass es mit der Klarheit im Alltag in Klinik und Praxis so eine Sache ist, die sich immer zu wünschen, aber längst nicht immer leicht zu erreichen ist, veranschaulichte der Kongresspräsident in seiner Eröffnungsrede, für die er sich nicht hinter dem Rednerpult versteckte, sondern die er überraschend locker ohne

PREISE BEIM VSOU-KONGRESS

Carl-Rabl-Preis

Keine Eröffnungsveranstaltung des VSOU-Kongresses geht ohne Preisverleihung über die Bühne. Prof. Anke Eckardt, Leitende Ärztin der Hirslanden Klinik Birshof in Münchenstein, Schweiz, erhielt den renommierten und mit 5.000 Euro dotierten Carl-Rabl-Preis. Gewürdigt wurde damit ihr Buch „Praxis LWS-Erkrankungen" als herausragendste Monografie des Jahres 2010. „Die Summe wird sozialen Projekten zugute kommen, die sich der Bekämpfung des Bewegungsmangels bei Kindern in sozial schwachen Familien widmen", versprach Prof. Eckardt in ihrer Dankesrede.

Jahresbestpreis OUP

Erstmals verliehen wurde in diesem Jahr der Jahresbestpreis OUP. Das Preisgeld in Höhe von 1.000 Euro wird jeweils zur Hälfte vom Deutschen Ärzteverlag und von der VSOU gestiftet. Berücksichtigt werden alle wissenschaftlichen Beiträge, die im vergangenen Jahr in der „Zeitschrift für die orthopädische und unfallchirurgische Praxis" (OUP) erschienen sind. Der Jahresbestpreis OUP 2011 ging an die Arbeitsgruppe von Prof. Wolf Petersen, Berlin, für einen Artikel über regenerationsfördernde Techniken in der Therapie lokaler Knorpelschäden.

Hermann-Bauer-Medaille

„Er ist eine Persönlichkeit, die mit Herz und Liebe überzeugt", beschrieb ihn Dr. Stefan Best, Schatzmeister der VSOU, in seiner Laudatio: Dr. Dieter Clemens, dessen langjähriges Engagement für die VSOU mit der Hermann-Bauer-Medaille gewürdigt wurde. Dr. Clemens war von 1996 bis 2006 VSOU-Vorsitzender, heute ist er Ehrenvorsitzender. „Ihm ist es zu danken, dass die OUP unser Verbandsorgan ist", fuhr Best fort, „und er widerstand der Versuchung, den Kongress in die Hände eines externen Veranstalters zu legen. Ich bin stolz, einer seiner Freunde zu sein."

Manuskript und über die Bühne schlendernd hielt. So manchen seiner Kollegen mag er aufgerüttelt haben, indem er auf Studien verwies, die gerade auch im Bereich des Kreuzschmerzes eine positive Placebo-Wirkung nachgewiesen haben. „Wir müssen uns damit auseinandersetzen, und wir müssen darauf vorbereitet sein, dass Placebo ein fester Bestandteil der Therapie werden kann“, sagte der Kongresspräsident. Umso wichtiger sei eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation. „Wir wenden oft Scheintherapien an, wenn wir Akupunktur, Infiltrationen oder Manipulationen durchführen. Diese wirken aber genauso gut wie eine medikamentöse Behandlung, wenn wir den Patienten dies mit den richtigen Worten mitteilen“, zeigte sich Krismer überzeugt. Mit seiner Festrede ist ihm gelungen, was einen guten Kongresspräsidenten auszeichnet: Er zeigte sich als jemanden, der es wagt, zu fremden Ufern aufzubrechen und sich dort neue Erfahrungen anzueignen.

Jana Ehrhardt

Jana Ehrhardt, Berlin, ist Redakteurin der OUMN.

NACH DEM KONGRESS …

… ist vor dem Kongress. Während Prof. Krismer seinen Abschied aus Baden-Baden nahm, trat der nächstjährige Tagungspräsident seine Amtszeit an: Die 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen findet unter der Leitung des Kongresspräsidenten Dr. Hermann Locher aus Tettnang vom 1. bis 4. Mai 2013 statt. Dr. Locher studierte Medizin in Berlin, Tübingen und Rom. Er ist seit 1987 in Tettnang niedergelassen. Dr. Locher ist wissenschaftlicher Koordinator der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM-MWE) und Gründungsmitglied der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST). Er bildet Ärzte für die Qualifikation „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ in Deutschland, Österreich und Italien aus und ist wissenschaftlicher Direktor der italienischen Gesellschaft für Manuelle Medizin und Schmerztherapie (AITO-DOMM). Darüber hinaus ist er Mitglied der Autorengruppe „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ und arbeitet in der Schmerztherapiekommission der KV Baden-Württemberg sowie in der Qualitätskommission Akupunktur Baden-Württemberg. Er leitet die wissenschaftliche Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) und ist seit dem Sommersemester 2011 Lehrbeauftragter für Manuelle Medizin an der Technischen Universität München (Klinikum Rechts der Isar).

Dr. Hermann Locher hat folgende Schwerpunktthemen für die 61. VSOU-Jahrestagung 2013 in Baden-Baden vorgesehen:

- Low Back Pain
- Orthopädie und Traumatologie bei Kindern und Jugendlichen
- Degenerative und metabolische Veränderungen und Erkrankungen an Knochen, Gelenken und Muskeln
- Epidemiologie, Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik

Dr. Hermann Locher

1/3 Anzeige

Weitere Lücke geschlossen: Die Brandenburger Orthopäden haben am 30. Mai 2012 ihr Qualitätsnetz Orthopädische Rheumatologie gegründet. Zum Start freute sich die frisch gewählte Vorsitzende Dr. Monika Schulze-Bertram über 18 Mitglieder. BVOU-Sektionsleiter ORh Dr. Uwe Schwokowski gratulierte in Potsdam.

INTERVIEW

Orthopädische Rheumatologie geht uns alle an

In Baden-Baden zum VSOU trafen sich Qualitätsnetzleiter der Sektion Orthopädische Rheumatologie zu ihrer ersten gemeinsamen Sitzung. Der Leiter der Sektion, Dr. Uwe Schwokowski, fasst im Gespräch wichtige Punkte zusammen.

Wofür brauchen wir eine Sektion Orthopädische Rheumatologie (ORh) im BVOU?

Dr. Uwe Schwokowski: Im europäischen Sinne beinhaltet die Rheumatologie das Spektrum, welches Orthopäden und Orthopädische Rheumatologen in Deutschland abdecken. Deshalb ist es zukunftsweisend, dass auch die Orthopäden Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in ihrer täglichen Arbeit versorgen. Dabei übernimmt die Sektion Orthopädische Rheumatologie (ORh) die Schrittmacherfunktion.

Also?

Orthopädische Rheumatologie geht erst einmal alle Orthopäden an! 6.000 niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen dürfen keinen Rheumapatienten unerkannt durchs Früherkennungsnetz schlüpfen lassen. Früherkennung in den orthopädischen Praxen sollte selbstverständlich werden. Das allein ist schon eine große Aufgabe. Wer von den Orthopäden und Unfallchirurgen dann noch weiter behandeln will, der soll sich das gerne aneignen dürfen. Für die Frühbehandlung und Früherkennung bietet die Sektion Orthopädische Rheumatologie zertifizierte Fortbildungen an.

> Es müsste allen deutlich gemacht werden, dass die konservative Orthopädie in Deutschland die Rheumatologie im europäischen Sinne ist, also degenerativ-funktionell und das entzündliche Spektrum abdeckt. Die Weiterbildungsordnung ORh muss in dieser Hinsicht dringlich korrigiert werden.

Der Rheumapatient soll also möglichst lange im orthopädischen System gehalten werden?

In Bezug auf die degenerativen Krankheitsbilder trifft dies auf jeden Fall zu. Bei den entzündlichen Krankheitsbildern soll das Prinzip gelten, wer kann bzw. entsprechend fortgebildet ist, der darf. Die DMARD- und Biologikatherapie sind für den Orthopäden und Orthopädischen

Rheumatologen kein Tabu. Bei den entzündlichen Erkrankungen, insbesondere den Vaskulitiden und Kollagenosen, dürfte aber in den vielen Fällen der internistische Rheumatologe die richtige Adresse sein. Generell gilt: Der internistische Kollege ist nicht unser Gegner, sondern unser Kooperationspartner.

Die Reform der Weiterbildungsordnung steht an. Dies ist in den nächsten zwei Jahren eines der bestimmenden Themen. Wie ist das Fach aufgestellt?

Die Weiterbildungsordnung (WBO) Orthopädische Rheumatologie ist in Deutschland in erster Linie operativ ausgerichtet. Das ist der entscheidende Webfehler für das Verständnis konservativ ausgerichteter Orthopäden und Orthopädischen Rheumatologen. Deshalb halten Rheumatologen in anderen europäischen Ländern den deutschen Orthopädischen Rheumatologen für einen „orthopedic surgeon“.

Nach Ansicht einiger Mandatsträger der internistischen Rheumatologen werden deshalb die konservativ tätigen Orthopäden und ORh auch nicht als Mitversorger entzündlich-rheumatischer Erkrankungen angesehen. Und die internistischen Rheumatologen beanspruchen aufgrund ihrer WBO auch das Feld der konservativen Orthopädie. Die politische Spitze der internistischen Rheumatologen spielt bereits auf diesem Klavier! Die Situation ist mehr als ernst. Doch umgekehrt wäre es richtig: Es müsste allen deutlich gemacht werden, dass die konservative Orthopädie in Deutschland die Rheumatologie im europäischen Sinne ist, also degenerativ-funktionell und das entzündliche Spektrum abdeckt. Die Weiterbildungsordnung ORh muss in dieser Hinsicht dringlich korrigiert werden – für alle Orthopäden muss die ORh eine hohe Priorität haben.

> Generell gilt: Der internistische Kollege ist nicht unser Gegner, sondern unser Kooperationspartner.

Die Fortbildungsangebote der Sektion Orthopädische Rheumatologie sind also eine Reaktion auf die beschriebenen Fehlentwicklungen in der Weiterbildung?

Es sind Beiträge dazu, die konservative Orthopädie wieder in einem umfassenden Sinne zu definieren. Orthopäden als Operateure und (wiedererstarkte) konservativ Tätige wären eine richtige Macht. Mit unserem Modell – eine breite Früherkennung und Frühbehandlung durch fortgebildete Orthopäden und eine neue spezialisierte Weiterbildung in der ORh – gehen wir „zurück in die Zukunft“.

Interview: Joachim Stier

Joachim Stier, freier Journalist in Aachen/ Berlin

1. SEKTIONSSITZUNG IN BADEN-BADEN

a Dr. Andreas Gassen
b Dr. Martin Talke
c Teilnehmer
d Dr. Uwe Schwokowski

DGOU-WEITERBILDUNGSKLAUSUR

Unser Fach ist beliebt und soll es auch bleiben

Am 9. und 10. März 2012 fand in Berlin die Weiterbildungsklausur „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ statt. Impressionen und Ergebnisse.

„Chirurgie ist mehr als operieren“, stellen Hartwig Bauer und Axel Ekkernkamp als Motto über die diesjährige Tagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (CAQS). Genau dieses Wissen treibt viele Orthopäden und Unfallchirurgen seit Einführung der letzten Musterweiterbildungsordnung (MWBO) auf die Barrikaden. „Ja – natürlich ist das so!“, werden spontan alle erfahrenen Kollegen bestätigen, aber wie messen und bewerten wir diese „Selbstverständlichkeit“ in unserer heutigen Weiterbildungsrealität? Bei genauerer Betrachtung der MWBO finden sich zwar für nahezu alle Aspekte der konservativen Chirurgie Oberbegriffe oder zumindest die Forderung nach Kenntnissen und Fähigkeiten – aber reicht das? Hatten zunächst vorrangig konservativ tätige, niedergelassene Orthopäden und Leitende Ärzte von Rehabilitationskliniken die Weiterbildungsdefizite beklagt, so mussten wir doch spätestens seit dem Leitartikel von Fritz Niethard „Für eine konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ in den Orthopädie Mitteilungen 4/2011 zur Kenntnis nehmen, dass das Problem größer und komplexer ist.

Nur definierte Prozeduren werden bezahlt und weitergebildet!?

Seit Jahren wird wiederholt versucht, eine Zusatzweiterbildung „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ in der MWBO zu etablieren. Wohl nicht zuletzt durch ein OPS-getriggertes DRG-Entgeltsystem blieben diese Bemühungen bislang ohne Erfolg. Dieses System belohnt eben Prozeduren, sprich kodierbare Maßnahmen. Am meisten lohnen sich gut bezahlte, schnelle und risikolose Operationen. Aufwändige Anamnesen, klinische Untersuchungen, Assessments, schrittweises Herantasten an den Menschen mit nicht-invasiven, aber auch mit nicht-medikamentösen Therapien und die sorgfältige Beobachtung der individuell verschiedenen Wirksamkeit, all das hat regelhaft keinen Platz mehr in der DRG-Klinik.

Foto: Privat

Die Weiterbildungsklausur der DGOU fand an einem unerwarteten Ort– einer katholischen Tagungsstätte in Berlin – statt.

Ansporn genug für die DGOU, viele Experten als Klausurteilnehmer an einen unerwarteten Ort – eine katholische Tagungsstätte in Berlin! – einzuladen, um einmal in Ruhe zu diskutieren, wie eine zukünftige Weiterbildungsstruktur denn tatsächlich die Inhalte vermitteln kann, die zukünftige Kollegen und Patienten brauchen.

Generalsekretär Hartmut Siebert begrüßte alle Teilnehmer herzlich, Maximilian Rudert führte in die Problematik ein, dann konnte Matthias Psczolla einleitend zeigen, wie viele Patienten mit Erkrankungen unseres Fachgebietes bereits heute nicht in unseren Fachabteilungen betreut werden – ein Potenzial, welches unserem Fach sicher nicht verloren gehen sollte.

Brainstorming in den Arbeitsgruppen

Es folgten die Arbeitsgruppensitzungen und das gemeinsame Abendessen mit vielen guten Gesprächen. Am Samstag ging es nach gutem Frühstück mit neuer Kraft zurück in die Arbeitsgruppen. Im Plenum ergaben sich hochengagierte Diskussionen, aber auch die Erkenntnis „Es ist alles nicht so einfach zu lösen…“

Die Arbeitsgruppe 1 unter Leitung von Bernd Kladny und Helmut Locher diskutierte „Definition und praktische Ausführung konservativer Weiterbildungsinhalte und wie ist dies überprüfbar?“. Erwartungsgemäß konnten nicht alle Aspekte schlüssig gelöst werden, aber es wurden Inhalte und Wege beschrieben, die die Einheit des Faches nicht gefährden und trotzdem Kollegen mit großem Interesse an konservativer Therapie eine ehrliche Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und mit Zusatzqualifikation zum „Orthopädischen Rheumatologen“ nach acht Jahren ermöglichen könnte. Gerade hier wird deutlich, dass Weiterbildungsnachweise

über das Logbuch hinaus notwendig sind. Eine Möglichkeit könnte es sein, dass eine bestimmte Anzahl von Behandlungsverlaufsdokumentationen, OP-Berichten und Sono-Befunden im Original zur Prüfung mitzubringen sind. Somit wären die datenschutzrechtlichen Probleme seitens der Kammern, aber auch eine zu große Papiermenge im Antragsverfahren vermeidbar, dennoch könnten sich die schweigeverpflichteten Prüfer ein reales Bild des Aspiranten verschaffen.

Die Arbeitsgruppe 2 unter Leitung von Stefan Rehart, Stefan Piltz und Christian Müller zum Thema „ Reevaluationen der operativen Anforderungen – was muss selber operiert, was assistiert sein – und wie ist dies überprüfbar?“ präsentierte einen Vorschlag für einen tatsächlich erreichbaren und leicht flexibilisierten OP-Katalog. Hier bleibt zu betonen, dass es unabdingbar sein wird, auch Hospitationen oder Weiterbildungszeiten unter sechs Monaten in Spezialbereichen zu akzeptieren. Weder werden komplexe endoprothetische Wechseloperationen noch Polytraumen oder kindliche Skoliosen an allen Weiterbildungsstätten angeboten werden können, noch werden in Anbetracht der Personalknappheit alle Rotanden für sechs Monate jeweils die Weiterbildungsstätte wechseln können oder wollen.

Spezifische Fortbildungen sollten von den Fachgesellschaften entwickelt und seitens der Kammern zertifiziert werden. Wichtig bleibt aber der Grundsatz, dass für die Weiterzubildenden keine Kosten entstehen dürfen. Eine Weiterbildungsstätte muss im Rahmen des Befugnisantrages zusichern, dass der Klinikträger anfallende Kosten übernimmt und die entsprechende Freistellung zusichert.

Sicher am visionärsten waren die von Andreas Botzlar für die Arbeitsgruppe „Flexibilisierung der Weiterbildung – welche Hindernisse sind wo und wie zu überwinden – eine Road Map in die Zukunft!“ vorgestellten Ergebnisse, beispielhaft dargestellt in ▶ **Abb. 1**. Das Prinzip ‚Weg von starren Vorgaben, Darstellung von Weiterbildungskatalogen als Matrix, hin zu Inhalten statt abzudienender Zeiten‘ entspricht der zukünftigen Arbeitswelt in der Chirurgie sicher weitaus mehr als das derzeitige System. Dieses wird eigentlich schon den heutigen Realitäten mit Honorarärzten und kollegial geleiteten Abteilungen sowie interdisziplinären Notaufnahmen und Intensivstationen kaum mehr gerecht. Hier wurden bereits erste Schritte der kleinteiligeren Planung für Inhalte aller Art demonstriert. Es bedarf aber noch umfangreicher Arbeit, bevor dies im Einzelnen veröffentlicht und weiter diskutiert werden kann.

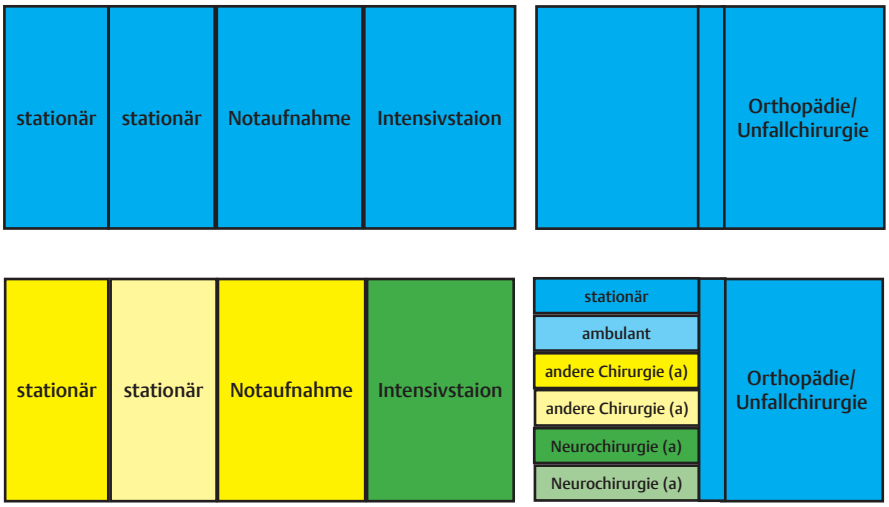
Paradigmenwechsel vom Common Trunk zum Common Content

Entscheidend ist der Paradigmenwechsel vom Common Trunk zum Common Content, auf den sich alle Anwesenden einigen konnten. Alle Inhalte können also zu jedem Zeitpunkt während der Weiterbildung erworben werden. Eine Fixierung auf einen Weiterbilder ist nicht zwingend. Entscheidend ist vielmehr, dass in jeder Praxis oder Klinik eine für diesen Teil im Gebiet Chirurgie befugte Person die jeweiligen Inhalte vertritt – etwa der Plastische Chirurg septische Handeingriffe oder eine Verbrennungsbehandlung bescheinigt und der Neurochirurg eine Nukleotomie –, aber dennoch in Orthopädie und Unfallchirurgie eingebracht werden können. Ebenso muss für konservative Inhalte die Akzeptanz von Unterschriften befugter Neurologen, Schmerztherapeuten und anderen Spezialisten durchdacht werden. Dem für das Weiterbildungszeugnis zuständigen Weiterbilder kommt dann die Verantwortung zu, all diese Module zu bewerten und die Facharztreife für unseren Facharzt zu bescheinigen.

In der Zusammenschau aller Arbeiten ist es mir am wichtigsten zu betonen, dass sich in den Diskussionen keine Sätze mehr hören ließen von „uns Orthopäden“ oder „Wir als Unfallchirurgen“. Die junge Generation denkt bereits in viel organ- bzw. problembezogeneren Zusammenhängen.

Entscheidend ist der Paradigmenwechsel vom Common Trunk zum Common Content: Alle Inhalte können zu jedem Zeitpunkt während der Weiterbildung erworben werden.

1/3 Anzeige



Quelle: A. Botzlar

Abb. 1 Flexible Zeiten oder Weiterbildungsstätten für konservative und operative Inhalte

Wir wollen lernen und können, was wir tun

Aus den sehr engagierten Redebeiträgen wurde deutlich, dass von den jungen Kollegen und Kolleginnen Interesse an vielen Teilen des Faches besteht. Aber die Sorge ist groß, dass soviel gar nicht in der real zur Verfügung stehenden Zeit gesehen, geschweige denn gelernt und beherrscht werden kann. Fast alle Teilnehmer waren sich darin einig, dass das Erreichen des Facharztes nicht gleichbedeutend ist mit dem Zeitpunkt, an dem entweder als Oberarzt oder in der Praxis schlicht alle Inhalte eigenverantwortlich erbracht werden könnten. Keine MWBO wird eine selbstkritische, ehrliche Arztpersönlichkeit sichern oder Scharlatanerie verhindern können, aber die Weiterbilder stehen auch in der Pflicht, eben nicht zu bescheinigen, was nicht tatsächlich erfahren oder sogar sehr gut erlernt wurde.

Die chirurgische Höchstspezialisierung wird immer nur ein Aspekt des orthopädisch-unfallchirurgischen Berufes sein. Ein anderer ist die sichere Einschätzung und Erstversorgung von Verletzungen und Erkrankungen im Alltag und besonders während der Nacht- und Bereitschaftsdienste. Letzteres ist das Weiterbildungsziel am Ende des Facharztes. Ganz besonders außerhalb der Ballungsräume sind Fachärzte gefragt, die sich nicht überschätzen, aber auch keine Angst vor den Patienten haben. Junge Fachärzte müssen diese Aufgabe wahrnehmen können und in der Lage sein, andere Kollegen hinzuzuziehen oder die Patienten gut erstversorgt zu verlegen – das ist das Ziel, dem auch kein Teilnehmer widersprochen hat.

Die Kür kommt nach dem Facharzt!?

Bis auf wenige Ausnahmen werden die meisten jungen Kollegen mit den alltäglichen Anforderungen mehr als ausgelastet sein. Aber es wird auch Ärzte geben, die sehr früh bestimmte Spitzenbegabungen entwickeln oder schon immer wussten, dass sie eigentlich mehr mit den Händen als mit dem Skalpell heilen wollen oder sich wirklich nur in der Kniechirurgie verwirklichen möchten. All dies muss flexibel und ehrlich in unserem Fach möglich bleiben, indem „übererfüllte" Inhalte aus der Facharztweiterbildungzeit bereits für weitere Zusatzweiterbildungen und Fortbildungen eingebracht werden können. Es herrschte allgemeine Zustimmung, dass gerade abrechnungsrelevante Spezialkenntnisse seitens der Fachgesellschaften definiert werden sollten. Die bisherige langwierige Abstimmung bezüglich der Zusatzweiterbildungen könnte mittels zertifizierter Fortbildungen dem rasanten Veränderungsdruck im Gesundheitswesen viel besser angepasst und zwischen verschiedenen Fachgesellschaften, auch gebietsübergreifend, flexibel abgestimmt werden. Ob hier am Ende noch eine Anzeigepflicht bei den Aufsichtsbehörden notwendig bleibt oder andere Wege der Anerkennung in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung notwendig erscheinen, bleibt abzuwarten.

Sicher erscheint aus Sicht des Nachwuchses nur, dass das bisherige System weder gegenwarts- noch zukunftstauglich ist. Welchen Risiken der Arztberuf heute bereits unterliegt, hat Giovanni Maio überdeutlich in seinem Artikel „Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell" [2], erschienen im Deutschen Ärzteblatt, beschrieben. Ohne dessen Inhalte zu wiederholen, bleibt hervorzuheben, dass die Mitglieder des Jungen Forums der DGOU weiterhin Ärzte im besten Sinne des Wortes werden und bleiben wollen. Daraus folgt: Gezielte klinische Untersuchungen, nicht-operative Heilungsverfahren und die sichere Indikationsstellung für Operationen und deren Nachbehandlungen müssen in ehrlich bezahlter, patientenzentrierter, weiterbildungstauglicher Teamwork das Ziel aller zukünftigen Reformbemühungen sein.

Ausblick

Die begonnene Arbeit an den einzelnen Konzepten sollte bis zum Herbst 2012 in unseren Gesellschaften konsentiert sein. Die entsprechenden Ergebnisse werden dann im Internet allen Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Danach gilt es mit einer Stimme für die kommenden Ärztetage, in der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern Verständnis und Verbündete zu finden, damit wir sobald wie möglich zu einem modernen, flexibleren – für unser Fach in seiner ganzen Tiefe und Breite – interessanten Facharzt kommen. Unser Fach ist beliebt und soll es bleiben – bei Ärzten und Patienten.

Prof. Dr. Almut Tempka

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

Literatur

1 Hucklenbroich Ch.,: Generation Y – Der alte Arzt hat ausgedient, FAZ 27. April 2012; www.faz.net/-gx3-6ze6d
2 Maio. G., Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell; Dtsch. Ärztebl. 2012; 109 (16): A 804 – 7

Fotos: BVOU/Rosenthal

Das Training motorischer Funktionen scheint zumindest bei rüstigen Senioren das Sturzrisiko zu senken.

HTA-BERICHT

Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung

VORBEMERKUNG

Die Gesundheitspolitik steht vor der Aufgabe, unter den Bedingungen des demografischen Wandels und der wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen die zunehmend knapper werdenden Ressourcen angemessen einzusetzen und eine qualitativ hochwertige sowie bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang gewinnen präventive Maßnahmen an Bedeutung, beispielsweise zur Vorbeugung von schweren Gesundheitseinschränkungen und von Pflegebedürftigkeit im Alter. Dazu gehört auch die Sturzprophylaxe, da mit zunehmendem Alter nicht nur das Sturzrisiko steigt, sondern auch die Gefahr, dass ein Sturz behandlungsbedürftige Verletzungen zur Folge hat. Die im vorliegenden HTA-Bericht (HTA = Health Technology Assessment) durchgeführte Analyse sturzprophylaktischer Maßnahmen soll in dieser Diskussion zu Entscheidungen über einen möglichst effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen beitragen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

In nationalen und internationalen Leitlinien wird zur Vorbeugung von Stürzen und ihren Folgen ein breites Spektrum an Einzel- und kombinierten Maßnahmen empfohlen. Sie dienen der Erkennung sturzgefährdeter Personen und der Beseitigung von Risikofaktoren für Stürze. Eine Reihe nicht formaler und formaler Tests und Instrumente wird zur Beurteilung des Sturzrisikos eingesetzt. Präventive Maßnahmen richten sich nach den individuell vorliegenden Risikofaktoren. Generell wird zwischen nicht medikamentösen und medikamentösen Einzelmaßnahmen sowie multimodalen Präventionsprogrammen unterschieden. Letztere zeichnen sich durch die Kombination verschiedener Einzelmaßnahmen aus.

Geht diesen Maßnahmen eine differenzierte Beurteilung des Sturzrisikos voraus und werden die nachfolgenden Interventionen an die ermittelten Risikofaktoren angepasst, werden die Programme als multifaktoriell bezeichnet. Multimodale Präventionsprogramme, die für alle angesprochenen Personen die gleichen Maßnahmen beinhalten, fallen unter die Kategorie multipler Interventionen. Neben den spezifischen Maßnahmen beinhaltet Sturzprophylaxe aber auch, dass die sonstige Therapie und Pflege situationsgerecht sowie sicher erfolgen. Ein Großteil der Empfehlungen zur Sturzprophylaxe beruht auf Studien mit eingeschränkter wissenschaftlicher Beweiskraft. Es mangelt insbesondere an Studien zur setting- und zielgruppenspezifischen Effektivität sturzprophylaktischer Maßnahmen. Die gesundheitsökonomische Bedeutung der Sturzprophylaxe ergibt sich aus der vermuteten Vermeidbarkeit von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen sowie den dadurch entstehenden Kosten.

Forschungsfragen

Im Bericht werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Welchen Effekt haben medikamentöse und nicht medikamentöse Einzelmaßnahmen sowie strukturierte, multimodale Programme zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen auf das Auftreten von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen (Art und Schwere)?
- Wie kosteneffektiv sind diese Maßnahmen und entsprechenden Präventionsprogramme?
- Welche sozialen Bedingungen, ethischen Problembereiche und spezifisch juristischen Fragen sind für die Umsetzung sturzprophylaktischer Maßnahmen von Bedeutung?

Diese Forschungsfragen beziehen sich auf Menschen ≥ 60 Jahre, die entweder in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung leben.

Methodik

Es wird eine systematische Literaturrecherche in 31 Datenbanken durchgeführt. Der Suchzeitraum erstreckt sich von Januar 2003 bis Januar 2010. Weitere Referenzen werden aus den Literaturlisten von systematischen Literaturübersichten gewonnen. Für die Evaluation der klinischen Effektivität von Interventionen werden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCT) eingeschlossen. Für die Untersuchung der Effektivität diagnostischer Strategien zur Identifizierung sturzgefährdeter Personen werden außerdem prospektive Studien zur diagnostischen Genauigkeit berücksichtigt. Zur Beantwortung der sozialen, ethischen und juristischen Fragen werden inhaltlich relevante Studien unabhängig vom Design, juristische Dokumente und Kommentare sowie Positionspapiere herangezogen. Die Auswahl und kritische Bewertung relevanter Studien sowie die Datenextraktion erfolgen durch zwei Personen unabhängig voneinander. Auf metaanalytische Zusammenfassungen der Ergebnisse wird aufgrund der Heterogenität des vorliegenden Studienmaterials verzichtet.

Ergebnisse

Insgesamt sind über die elektronischen Recherchen und die Durchsicht der Referenzlisten über 12.000 Referenzen identifiziert worden, von denen 184 den Einschlusskriterien für den gegenwärtigen Bericht entsprechen.

Ergebnisse – medizinisch-pflegerische Fragestellungen

Instrumente und Tests zur Beurteilung des Sturzrisikos: Die Bewertung der diagnostischen Genauigkeit stützt sich auf 16 prospektive Beobachtungsstudien. Aus einem RCT liegen Angaben zur klinischen Effektivität vor. Insgesamt wurden in den Arbeiten 34 Tests, Verfahren oder Parameter untersucht. Keines der evaluierten diagnostischen Verfahren verfügt nach den vorliegenden Erkenntnissen gleichzeitig über eine mehr als 70 Prozentige Sensitivität und Spezifität. Der klinische Informationsgewinn durch die Instrumente ist eher gering, sofern es allein um die Identifizierung sturzgefährdeter Personen geht. Hinzu kommt, dass die interne Validität der Ergebnisse der diagnostischen Studien durch verschiedene Biasrisiken eingeschränkt ist, insbesondere durch den unklaren Einfluss sturzprophylaktischer Maßnahmen sowie durch die unklare Unabhängigkeit der Interpretation von Indextest und Referenzkriterium. Die Ergebnisse des Cluster-RCT belegen, dass durch die alleinige Einführung einer Sturzrisikoskala weder eine Senkung der Sturzhäufigkeit noch eine häufigere Anwendung prophylaktischer Maßnahmen erreicht werden kann.

Trainingsangebote zur Förderung motorischer Funktionen: Die Ergebnisse basieren auf 37 Primärstudien. Sie decken ein breites Spektrum an Populationen und Trainingsangeboten ab. Die interne Validität circa der Hälfte der Studien ist durch unklare Angaben zur Zuordnung zu den Studiengruppen und bei fast allen Studien durch schwer zu bewertende Auswirkungen der fehlenden oder unklaren Verblindung von Teilnehmern und Ergebniserfassung limitiert oder unklar. Unter Vorbehalt dieser Limitierungen legt die gefundene Evidenz nahe, dass multidimensionale, über einen längeren Zeitraum durchgeführte motorische Übungen das Sturzrisiko älterer Menschen senken. Dieser Effekt ist bei eher rüstigen Senioren mit einem Mindestmaß an funktionellen Fähigkeiten zu erwarten. Für eher gebrechliche Zielgruppen werden auch gegenteilige Effekte berichtet. Unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume sowie diverse Unterschiede der Trainingsangebote (Intensität, Art der Anleitung, an der Durchführung beteiligte Berufsgruppen) lassen es nicht zu, studienübergreifend einen Effekt für eine bestimmte Programmkonfiguration zu beschreiben. Unklar bleiben nach den vorliegenden Erkenntnissen die Auswirkungen auf das Risiko sturzbedingter Verletzungen.

Maßnahmen der Überprüfung und Korrektur der Sehfunktion: In zwei Studien wurden die Effekte von Sehtests und nachfolgenden bedarfsspezifischen Interventionen ausgewertet. Ein fehlender Effektnachweis aus einer Studie mit relativ gesunden Senioren steht den Ergebnissen aus einer anderen Studie mit Personen hohen Alters gegenüber, die auf ein signifikant erhöhtes Sturz- und ein knapp nicht signifikant erhöhtes Frakturrisiko aufseiten der Interventionsgruppe verweist. Die sturzprophylaktische Wirksamkeit von Maßnahmen zur Überprüfung und Verbesserung der Sehfunktion ist somit als unklar zu bewerten. Bei Anpassungen von Sehhilfsmitteln oder anderen Maßnahmen zur Korrektur der Sehfunktion ist eine unter Umständen nicht auszuschließende Sturzrisikoerhöhung zu berücksichtigen.

Chirurgische Eingriffe: Eine Studie evaluiert die sturzprophylaktischen Effekte von Herzschrittmachern bei Patienten mit einer speziellen Form von Herzrhythmusstörungen (Hypersensitivität des Karotissinus). Die Ergebnisse verweisen auf eine signifikante Senkung der Sturzrate, aber nicht des Frakturrisikos. Die Gültigkeit dieser Resultate ist wegen unklarer Validität der zugrunde liegenden Studie unsicher. Die Ergebnisse aus zwei Studien zu den Effekten einer Kataraktoperation sind inhomogen. Während für die Kataraktextraktion am ersten Auge eine signifikante Reduktion der Sturzrate und eine knapp nicht signifikante Reduktion des Frakturrisikos beschrieben sind, konnten diese Effekte für die Kataraktoperation am zweiten Auge nicht mehr nachgewiesen werden. Es wird sogar ein tendenziell höheres Frakturrisiko in der Interventionsgruppe berichtet. Unklar ist, inwieweit studienmethodische Probleme die Resultate beeinflusst haben.

Schulungsmaßnahmen: In zwei eingeschlossenen Studien wurden kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete

Programme bei im eigenen Haushalt lebenden Senioren untersucht. Ziel solcher Programme ist es, ältere Menschen über ihr Sturzrisiko aufzuklären sowie ihre Kompetenzen und ihre Sicherheit im Umgang mit diesem Risiko zu stärken. Aus keiner Studie wird eine Reduktion des Sturzrisikos berichtet. Aufgrund von Unbestimmtheiten hinsichtlich der Studienvalidität lässt sich die Gültigkeit dieser Ergebnisse schwer bewerten, sodass die Effektivität von Schulungs- oder psychologischen Maßnahmen mit dem Ziel der Verhaltensanpassung unklar bleibt.

Maßnahmen zur Verbesserung der Kompetenzen betreuender Fachkräfte in Einrichtungen der Langzeitversorgung: Hierzu liegen Ergebnisse aus vier Studien vor. Die evaluierten Interventionen sind sehr heterogen. Die Unterschiede betreffen die Zahl und Art der angesprochenen Berufsgruppen sowie die inhaltlichen Ansatzpunkte. Lediglich eine Arbeit, deren methodische Qualität keines der abgefragten Beurteilungskriterien erfüllt, berichtet positive Effekte auf sturzbezogene Endpunkte. Insgesamt verweisen die Ergebnisse zu Interventionen, die allein oder vorrangig die Kompetenzen der sozialen Umgebung betreffen, eher auf ausbleibende Effekte.

Anpassung der Wohnumgebung: Hierzu sind sechs Studien eingeschlossen. Die evaluierten Interventionen bestehen aus einer standardisierten Überprüfung der Wohnumgebung und sich daraus ergebenden Empfehlungen für notwendige Veränderungen. Alle Studien beziehen sich auf Senioren in der eigenen Häuslichkeit. In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse, dass die sturzprophylaktische Effektivität dieser Art von Einzelintervention an die Gebrechlichkeit (Vulnerabilität) der Zielgruppe gebunden ist. Während drei Studien, in denen die Senioren unabhängig vom vorbestehenden Sturzrisiko eingeschlossen wurden, durchgehend keine signifikante Reduktion der Sturzhäufigkeit berichten, verweisen die Ergebnisse der drei Studien mit einer bereits sturzgefährdeten bzw. gesundheitlich beeinträchtigten Population konsistent auf eine signifikante Verringerung der Sturzrate. Unter Berücksichtigung der verfügbaren Angaben zur Studienvalidität sind die vorliegenden Ergebnisse als Hinweise auf eine mögliche sturzprophylaktische Effektivität wohnraumbezogener Maßnahmen bei älteren Menschen mit vorbestehender gesundheitlicher Vulnerabilität zu betrachten.

Angebot von Hüftprotektoren: In diesem Bericht sind 14 Studien ausgewertet worden, in denen die Auswirkungen des Angebots von Hüftprotektoren auf das Risiko hüftgelenksnaher Frakturen evaluiert wurden. Drei Studien beziehen sich auf im eigenen Haushalt lebende Menschen. Ihre Ergebnisse zeigen konsistent keine protektiven Effekte. Das Ergebnisbild der elf Studien, die im Setting der stationären Langzeitversorgung durchgeführt wurden, ist weniger homogen, wobei eine oft unklare interne Validität der Studien empirisch gesicherten Schlussfolgerungen entgegensteht. Der einzige Nachweis einer signifikanten Reduktion des Hüftfrakturrisikos stammt aus einer Studie mit diversen methodischen Unsicherheiten. Daher ist die Wirksamkeit eines Angebots von Hüftprotektoren für Bewohner von Einrichtungen der Langzeitversorgung als unklar zu bewerten.

Gangstabilisierendes Schuhwerk: Eine Studie berichtet die Effekte der Anwendung von speziellen Schuhschneeketten auf das Sturzrisiko bei Außenaktivitäten unter winterlichen Bodenbedingungen. Die Autoren beschreiben signifikant positive Effekte. Ein Ergebnis, das theoretisch plausibel ist, wenngleich die Validität der zugrunde liegenden Studie in mehrfacher Hinsicht unklar bleibt.

Vitamin D: Die Bewertung der Wirksamkeit von nativen Vitamin D-Präparaten (Vitamin D2, Vitamin D3) bzw. der aktiven Vitamin D-Variante Alfacalcidol stützt sich auf die Ergebnisse von 13 RCT mit vergleichsweise hoher interner Validität. Methodische Unsicherheiten bestehen am häufigsten hinsichtlich der exakten Definition der erfassten Sturzendpunkte. Die Nachbeobachtungszeiträume in den Studien variieren zwischen drei und 48 Monaten. Die nativen Vitamin D-Präparate werden in unterschiedlicher Dosierung, auf verschiedenen Applikationswegen, in mannigfachen Anwendungsintervallen und mit oder ohne begleitende Calciumsubstitution gebraucht. In drei der berichteten Studien wurden signifikant positive Effekte auf sturzbezogene Endpunkte gefunden, in einer Arbeit aber auch signifikant negative Effekte, ohne dass sich hierfür erklärende Faktoren aus den Studienmerkmalen ableiten lassen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aus dem vorliegenden Studienmaterial für ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit keine konsistenten Wirksamkeitsnachweise für native Vitamin D-Präparate mit oder ohne begleitende Calciumgabe bzw. für aktive Vitamin D-Metabolite abgeleitet werden können. Auch in den fünf Studien aus der Langzeitversorgung werden nur sporadisch positive Teilergebnisse zugunsten der Interventionsgruppe berichtet, ohne dass sich diese konsistent anhand spezifischer Studiencharakteristika erklären lassen. Ungünstige Effekte einer Vitamin D-Medikation werden aus den Arbeiten in der Langzeitversorgung nicht berichtet.

Nahrungsergänzung: Zwei Studien untersuchten die sturzprophylaktischen Effekte von Nahrungsergänzung durch kalorienreiche Nährlösungen bzw. Multivitaminpräparate. In beiden Arbeiten war „Sturz“ nur ein nachgeordneter Endpunkt. Beide methodisch als eher problematisch einzustufende Studien berichten weniger Stürze in den Interventionsgruppen. Die Unterschiede erreichen keine statistische Signifikanz. Aus den vorliegenden Studien lässt sich nicht auf die sturzprophylaktische Wirksamkeit von kalorienreicher Nahrungsergänzung bzw. Multivitaminsupplementen bei älteren gebrechlichen Personen schließen.
Medikationsanpassung: Aus zwei Studien liegen Ergebnisse zur Wirksamkeit des Absetzens von (auf das Nervensystem wirkenden) Medikamenten vor. Beide Studien zeigen eine signifikante Senkung der erwarteten Sturzrate (Inzidenzdichte), nicht aber der kumulierten Sturzinzidenz. In einer Studie wurden die Auswirkungen auf das Frakturrisiko kontrolliert, ohne den Nachweis signifikanter Effekte. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist wegen methodischer Unsicherheiten und inhaltlicher Besonderheiten der Studien limitiert. Die sturzprophylaktische Effektivität von Maßnahmen zur Reduktion medikationsbedingter Risiken lässt sich somit anhand der vorliegenden Studien nicht belegen. Es fehlen methodisch robuste Nachweise auf die Inzidenz von sturzbedingte Verletzungen.

Multiple Interventionen: Die Resultate von acht Studien mit in der eigenen Häuslichkeit lebenden Senioren sind inkonsistent. Aufgrund klinischer Heterogenität der Studien und häufig unklarer interner Validität lassen sich die abweichenden Ergebnisse kaum weiter interpretieren. Es bleibt somit unklar, inwieweit durch Kombination unterschiedlicher Maßnahmen eine effektive Sturzprophylaxe bei in der eigenen Häuslichkeit lebenden Senioren möglich ist. Die zwei Studien zur Effektivität multipler Interventionen in Einrichtungen der Langzeitversorgung geben zwar Hinweise auf eine Reduktion des Sturzrisikos, nicht aber auf eine Senkung des Verletzungsrisikos. Sie sind in Anzahl und Validität zu limitiert, um robuste Aussagen über kausale prophylaktische Effekte treffen zu können.

Multifaktorielle Interventionen: Knapp 30 Studien zu Programmen, die aus einer Sturzrisikodiagnostik und entsprechend individuell angepassten Maßnahmen bestehen, erfüllen die Einschlusskriterien dieses Berichts. Der Großteil bezieht sich auf in der eigenen Häuslichkeit lebende Senioren mit bekannter Sturzgefährdung. Sowohl die Studien als auch ihre Ergebnisse sind sehr heterogen. Die in diesem Bericht vorgenommene Erkundung der Heterogenität legt nahe, dass Programme geringer Intensität (das heißt, die Maßnahmen erfolgen auf Empfehlungs- oder Überweisungsbasis) keine signifikanten Effekte auf sturzbezogene Endpunkte haben. Für Programme hoher Intensität (das heißt Programme, in denen direkt nach der Feststellung eines Risikofaktors behandelt wird) fällt eine Häufung von Effektnachweisen in methodisch eher unsicheren Studien sowie in Studien aus bestimmten Ländern (vor allem Großbritannien) bzw. mit einem besonders hohen Ausgangssturzrisiko der untersuchten Population auf. Es gibt keine Hinweise auf eine signifikante Reduktion des Risikos sturzbedingter Verletzungen.

Insgesamt ist die Effektivität multifaktorieller Programme hoher Intensität bei Senioren in der eigenen Häuslichkeit eher als empirisch unsicher einzustufen. Neun Studien, in denen multifaktorielle Programme in Einrichtungen der Langzeitversorgung evaluiert wurden, zeigen keine konsistenten Effekte auf die Häufigkeit von Stürzen bzw. von sturzbedingten Verletzungen, wobei Studien mit fehlendem Effektnachweis überwiegen. Ähnlich wie bei Maßnahmen zur Verbesserung der Kompetenzen der (pflegerischen) Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen (siehe oben) weisen die Ergebnisse aus Studien, in denen das Präventionsprogramm vorrangig unter den Bedingungen der (pflegerischen) Routineversorgung umgesetzt wurde, auf fehlende sturzprophylaktische Effekte hin. Aus einer Studie gibt es Hinweise auf ein vermehrtes Auftreten von Stürzen unter diesen Interventionsbedingungen. Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen zeigen drei Studien keine Hinweise auf eine sturzprophylaktische Wirkung multifaktorieller Interventionen.

Ergebnisse – ökonomische Fragestellungen

Zur Beantwortung der gesundheitsökonomischen Fragestellungen stehen 21 Evaluationsstudien zur Verfügung. Bei 13 Arbeiten handelt es sich um ökonomische Analysen im Kontext von (randomisierten) kontrollierten Studien; in acht Arbeiten werden mehr oder weniger komplexe Modellierungen auf der Grundlage von Daten aus unterschiedlichen Quellen vorgenommen. Lediglich eine ökonomische Analyse berichtet Ergebnisse aus dem deutschen Versorgungskontext.

Trainingsangebote zur Förderung motorischerFunktionen: Es liegen drei studienbegleitende ökonomische Evaluationen des Otago-Programms sowie eine studienbegleitende Auswertung einer Tai Chi-Intervention vor. Die Ergebnisse der vier Arbeiten sind in ihrer Aussagekraft beschränkt auf den Kontext, in dem die Studien durchgeführt wurden. Weiterhin wird deutlich, dass die ökonomischen Ergebnisse vor allem von dem Auftreten sturzbedingter Verletzungen bestimmt werden. Die Effekte der evaluierten Interventionen auf diesen Endpunkt sind in den Studien aufgrund begrenzter Teilnehmerzahlen nur selten mit statistischer Sicherheit nachweisbar. Die Resultate einer kanadischen Modellierungsstudie deuten ein Einsparpotenzial bei Übungsinterventionen an, die länger als sechs Monate durchgeführt werden. Der Hauptanteil der Einsparungen entfällt auf reduzierte Pflegekosten. Vor dem Hintergrund der spezifischen kanadischen Systembedingungen und der Kosten, die in das Modell eingebracht werden, sind die Ergebnisse nur begrenzt indikativ für den deutschen Kontext.
Chirurgische Eingriffe: Zu den ökonomischen Implikationen der chirurgischen Behandlung des grauen Stars findet sich eine studienbegleitende ökonomische Evaluation. Hier werden die Berechnungen aus der Perspektive des britischen National Health Service (NHS) für den einjährigen Studienzeitraum und in einer Modellrechnung bezogen auf die Restlebenserwartung der Studienpopulation vorgenommen. Die Interpretation der Ergebnisse für den deutschen Kontext ist aus mehreren Gründen schwierig: wegen der Unsicherheit der klinischen Ergebnisse bei Vorliegen nur einer Studie, der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -kosten im Vergleich zu Großbritannien sowie der Verwendung von britischen Nutzwerten zur Berechnung von qualitätsbereinigten Lebensjahren (QALY).

Anpassung der Wohnumgebung: Hierzu liegen zwei studienbegleitende ökono-

mische Evaluationen sowie drei mathematische Modellierungen vor. Die studienbegleitenden Evaluationen unterstreichen erneut die Abhängigkeit der geschätzten Kosteneffektivität von der Häufigkeit sturzbedingter Verletzungen und die Unsicherheit ihrer Schätzung auf der Grundlage klinischer Studien mit begrenzter Teilnehmerzahl. Weiterhin schränken methodische Unsicherheiten, das Alter der Daten, hochspezifische Studienpopulationen sowie Unterschiede der Versorgungssysteme (Australien, Neuseeland, Hawaii) die Interpretierbarkeit der Daten für den deutschen Kontext ein. Die drei Modellierungsstudien kommen bei unterschiedlichen Ausgangsannahmen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Übergreifende Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen zur Anpassung der Wohnumgebung lassen sich aus den gegenwärtigen Ergebnissen nicht ableiten.

Angebot von Hüftprotektoren: Ökonomische Konsequenzen werden in einer studienbegleitenden Evaluation und zwei Modellierungsstudien untersucht. Die Ergebnisse der deutschen Studie demonstrieren die Variabilität des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in Abhängigkeit von alltagsrelevanten Variationen des Versorgungskontexts, die bei der Planung einer Intervention berücksichtigt werden sollten. Allerdings unterliegen diese Ergebnisse Unsicherheiten, bedingt durch die hohe Variabilität von Inanspruchnahmekosten. Die beiden Modellierungsstudien arbeiten mit einer aus heutiger Sicht veralteten Evidenzgrundlage für die Effektannahmen.

Vitamin D: Mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis von Vitamin D befassen sich lediglich die Ergebnisse aus zwei mathematischen Modellierungsstudien. Diese arbeiten allerdings mit einer aus heutiger Sicht veralteten Evidenzgrundlage für die klinischen Effektannahmen. Die Resultate werden daher als wenig aussagekräftig gewertet.

Medikationsanpassung: Zwei studienbegleitende ökonomische Analysen zur Anpassung einer auf das Nervensystem wirkenden Medikation (psychotrope Medikation) berichten unterschiedliche Resultate. Eine nicht randomisierte und von mehreren methodischen Unsicherheiten gekennzeichnete niederländische Untersuchung kommt für den zweimonatigen Nachbeobachtungszeitraum auf wenig plausible positive klinische Effekte. Die zweite studienbegleitende ökonomische Evaluation muss die Kosten für die Versorgung sturzassoziierter Verletzungen ausblenden, da diese sich nicht zwischen den Untersuchungsgruppen unterschieden.

Zwei Modellierungen bringen die in der letztgenannten Studie berichteten Effekte auf die Sturzrate in ihre Modellrechnungen ein und errechnen, unter Berücksichtigung der Versorgungskosten für Verletzungen, für die Anwendung der Intervention ein erhebliches Einsparpotenzial aus einer kanadischen bzw. US-amerikanischen Kostenträgerperspektive. Aber selbst diese Autoren bewerten ihre Ergebnisse vor dem Hintergrund der wenig belastbaren Evidenz für die Wirksamkeit als ausgesprochen unsicher. Zusammenfassend ist die Datenlage zu den ökonomischen Implikationen der Anpassung einer psychotropen Medikation als wenig belastbar einzustufen.

Multiple Interventionen: Es liegen zwei ökonomische Evaluationen vor. Beide beziehen sich auf gemeindebasierte Programme, die neben verhaltenspräventiven Maßnahmen auch verhältnisprävention Interventionen, zum Beispiel straßenbauliche Maßnahmen, umfassen. Die Effektschätzungen stammen jeweils aus kontrollierten Programmevaluationen in umschriebenen Landesregionen. Die Validität dieser Daten ist schwer einschätzbar. Mengengerüste und Preise für Interventionen sowie die Versorgung von sturzassoziierten Frakturen entstammen dem schwedischen bzw. australischen Versorgungssystem. Beide Publikationen berichten außerordentlich günstige Kosten-Nutzen-Verhältnisse, die allerdings eine starke Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Kontextbedingungen aufweisen. Insgesamt ist die Verwertbarkeit der Ergebnisse für den deutschen Versorgungskontext eher kritisch einzuschätzen.

Multifaktorielle Interventionen: Ökonomische Auswirkungen werden von zwei studienbegleitenden Evaluationen und einer Modellierungsstudie berichtet. Eine studienbegleitende Evaluation beschränkt sich auf die Darstellung der (landesspezifischen) Programm- und Versorgungskosten, da eine Wirksamkeit der Intervention auf sturzassoziierte Endpunkte nicht nachgewiesen werden konnte. Die zweite studienbegleitende Analyse bezieht sich auf eine klinische Studie von 1994. In Sensitivitätsanalysen demonstriert sie die Abhängigkeit des Kosten-Nutzen-Verhältnisses vom Sturzrisiko in der Zielpopulation und von der Rate der vermiedenen sturzbedingten Verletzungen (mit ihren Folgekosten).

Ein eher günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis wird für Hochrisikopersonen berichtet. Die Modellierungsstudie zeigt dagegen, bei differierenden Effektivitätsannahmen, für die Hochrisikogruppe das ungünstigste Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die ökonomischen Ergebnisse zu multifaktoriellen Interventionen demonstrieren, dass eine valide Kosten-Nutzen-Abschätzung auf der Basis eines zuverlässigen Nutzennachweises stehen muss und weiterhin hochgradig abhängig ist von den kostenbestimmenden epidemiologischen und versorgerischen Rahmenbedingungen.

Ergebnisse – ethische und soziale Fragestellungen

Drei zentrale Themen haben sich bei der Auswertung von 17 Arbeiten zu diesen Fragestellungen als bedeutsam herauskristallisiert:

- Faktoren, die aus Sicht älterer Menschen förderlich bzw. hinderlich für die Inanspruchnahme sturzprophylaktischer Maßnahmen sind,
- ethische Herausforderungen im Kontext der Sturzprophylaxe bei fortgeschrittener Pflegeabhängigkeit und kognitiven Einschränkungen der Betroffenen sowie
- die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM).

Übergreifend gilt, dass ältere Menschen die Notwendigkeit der Sturzprophylaxe sehr ambivalent beurteilen. Bestimmende Faktoren sind das subjektiv wahrgenommene Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz vor Verletzungen auf der einen sowie das Bedürfnis nach Wahrung von Autonomie und Unabhängigkeit auf der anderen Seite. Die individuelle Gewichtung dieser Bedürfnisse prägt die Bereitschaft, Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zu ergreifen. Soziökonomische Merkmale, zum Beispiel verfügbare finanzielle Ressourcen, scheinen dabei von nachrangiger Bedeutung zu sein.

Die starke Abhängigkeit der Einordnung eines Sturzrisikos von den individuellen Präferenzen ist bei Entscheidungen über die Anwendung prophylaktischer Maßnahmen zu berücksichtigen, auch bei Personen mit fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit oder kognitiven Beeinträchtigungen. Dieser Befund steht im Kontrast zu empirischen Ergebnissen, die darauf hinweisen, dass FEM in Pflegeheimen eher routinemäßig angewandt werden und ihr Einsatz nicht auf einem sorgfältigen Entscheidungsprozess beruht, der die bewohnerindividuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie ungünstige Auswirkungen von FEM einbezieht. Die Ergebnisse dieses Berichts legen nahe, dass durch Anwendung von FEM das Sturz- oder Verletzungsrisiko nicht gesenkt werden kann.

Ergebnisse – juristische Fragestellungen

Die Analyse von 15 juristischen Publikationen zeigt vor allem drei Problembereiche:

- die Unsicherheit des zu fordernden Standards in der Sturzprophylaxe,
- die Notwendigkeit, Charakteristika des Einzelfalls bei der Durchführung von sturzprophylaktischen Maßnahmen zu berücksichtigen und
- die Schwierigkeit, gleichzeitig das Recht der Betroffenen auf autonome Entscheidungsfindung und das auf körperliche Unversehrtheit zu wahren.

Diese Unsicherheiten bzw. Schwierigkeiten bestimmen die Rechtsprechung zu Haftungsfragen nach Stürzen von Pflegeheimbewohnern. In diesen gerichtlichen Entscheidungen werden oft Interventionen zur Sturzprophylaxe thematisiert (zum Beispiel Sensormatten), für die die vorliegende Wirksamkeitsbewertung keine Effektnachweise zeigt, entweder mangels geeigneter Studien oder wegen fehlender Wirksamkeitsbelege aus eingeschlossenen Studien.

Diskussion

Medizinisch-pflegerische Fragestellungen

Sowohl bei der Einordnung der Ergebnisse zu den medizinischpflegerischen Fragestellungen als auch bei der Beurteilung der Aussagekraft der gesundheitsökonomischen Ergebnisse sind zwei grundsätzliche, durch die Thematik bedingte methodische Probleme zu beachten. Diese betreffen die fehlende Verblindung der Erfassung sturzbezogener Endpunkte sowie die Heterogenität und damit schwierige Vergleichbarkeit der Studien. Die Sturzereignisse werden entweder von den Teilnehmern selbst oder, in Einrichtungen der Langzeitversorgung, von den betreuenden Mitarbeitern erfasst. Eine Verblindung dieser Personen gegenüber der evaluierten Intervention und damit der Erfassung der Sturzereignisse ist zumeist nicht gegeben (Ausnahme Studien zu Vitamin D). Unklar ist, inwieweit dieses Manko die berichteten Ergebnisse beeinflusst hat. Die Heterogenität der Studien bezieht sich oft gleichzeitig auf mehrere Aspekte, unter anderem die untersuchten Populationen, die Durchführung der evaluierten Interventionen, die Bedingungen in den Kontrollgruppen und die methodische Qualität der Studien.

Eine quantitative Zusammenfassung der ebenfalls oft heterogenen Studienergebnisse in Form einer gemeinsamen Effektschätzung (Metaanalyse) hätte das Risiko in sich geborgen, Resultate mit geringer bzw. potenziell irreführender inhaltlicher Aussagekraft zu erhalten. Um dies zu vermeiden, werden qualitative Ergebniszusammenfassungen präsentiert, die auch beschreibende Analysen möglicher Zusammenhänge umfassen. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass diese Analysen posthoc, das heißt nach Inspektion der gefundenen Evidenz, geplant wurden und nicht statistisch abgesichert sind. Sie lassen somit allenfalls Hypothesen über bestimmende Faktoren für die Effektivität der jeweiligen Intervention zu.

Ökonomische Fragestellungen

Zwei Typen ökonomischer Evaluationsstudien bewerten das Kosten-Nutzen-Verhältnis sturzprophylaktischer Maßnahmen: studienbegleitende Auswertungen und Modellrechnungen auf der Grundlage heterogener Datenquellen. Beide haben ihre spezifischen Probleme, die die Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse erschweren. Studienbegleitende Auswertungen reflektieren Kontext, Perspektive, Mengengerüste und Preise des jeweiligen Gesundheitssystems, in dem die Studie durchgeführt wurde. Der Nutzen, zu dem die anfallenden Kosten ins Verhältnis gesetzt werden, leitet sich ebenfalls aus den Ergebnissen der jeweiligen Studie ab. Auch diese Ergebnisse sind an den spezifischen Kontext gebunden: Interventionen, die in einem spezifischen Kontext die Sturzrate senken konnten, sind in einem anderen Kontext möglicherweise unwirksam.

Hinzu kommt die Problematik, dass die Studien mit ihrem eher kurzen Nachbeobachtungszeitraum in den seltensten Fällen für den Nachweis der kostenbestimmenden sturzbedingten Verletzungen geplant sind. Hieraus resultiert eine erhebliche Unsicherheit bei den Kostenschätzungen. Die Ergebnisse ökonomischer Begleitevaluationen haben zumeist nur Gültigkeit für den spezifischen Studienkontext und sind aufgrund der Seltenheit der kostenbestimmenden Ereignisse (sturzbedingte Verletzungen) und der sich daraus ergebenden Unsicherheit der Kostendaten schwierig zu interpretieren.

Die ökonomischen Modellierungen kompensieren einen Teil der Limitierungen der studienbegleitenden ökonomischen Evaluationen: Zum einen decken sie über Annahmen meist einen deutlich längeren Zeitraum ab, zum anderen werden Daten für die relevanten sturzbedingten Verletzungen aus nationalen oder regionalen epidemiologischen Statistiken eingebracht. Das Mengengerüst für die Kostenschätzungen wird in den Modellen ebenfalls aus den spezifischen Versorgungsbedingungen des jeweils betrachteten Gesundheitssystems abgeleitet und durch dessen spezifische Perspektive bestimmt. Damit ist die Fokussierung nicht so eng wie bei den studienbegleitenden Evaluationen, dennoch bleibt die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf einen nationalen Versorgungskontext beschränkt und ist zumindest in Teilen durch die Unsicherheit der verwendeten Annahmen gekennzeichnet. Hochgradig kritisch ist in den Modellrechnungen die verwendete Evidenzgrundlage für die Effektivitätsannahmen zu bewerten. Vier im Bericht analysierte Modellierungen stützen sich bei ihrer Wirksamkeitsannahme auf die Ergebnisse einer einzelnen Studie, die übrigen Modellierungen beziehen sich auf Metaanalysen. Von diesen sind drei als veraltet und damit unvollständig anzusehen.

Die vierte Modellierung greift auf aktuelle Metaanalysen zurück, die aus der Sicht dieses Berichts auf inadäquaten

Einschlusskriterien hinsichtlich der verwendeten Studien und auf heterogenem Studienmaterial beruhen. Insgesamt gleichen Modellierungen also zwar einige Nachteile der studienbegleitenden ökonomischen Evaluationen aus, liefern aber ebenfalls keine Basis für valide und übertragbare Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von sturzprophylaktischen Interventionen im bundesdeutschen Versorgungskontext.

Schlussfolgerungen und Foschungsbedarf

Medizinisch-pflegerische Fragestellungen: Überwiegend ist die Effektivität sturzprophylaktischer Interventionen unklar. Für zwei Interventionen (Training, Wohnraumanpassung) gibt es Hinweise auf eine Senkung des Sturzrisikos in bestimmten Subgruppen der älteren Bevölkerung. Für keine der untersuchten Interventionen ist eine Senkung des Risikos sturzbedingter Verletzungen belegt. Ursache dieser angesichts der Fülle an vorhandenen Studien unbefriedigenden Schlussfolgerungen sind die klinische und die methodische Heterogenität der Studien sowie deren oft unklare interne Validität. Dies erschwert es, die zumeist heterogenen Ergebnisse zusammenzuführen und übergreifend zu interpretieren. Ungeachtet dessen zeigen die Befunde dieses Berichts, dass verfügbare Empfehlungen für die Sturzprophylaxe bei älteren Menschen die aktuelle Evidenzlage zur Effektivität sturzprophylaktischer Interventionen teilweise unzureichend abbilden. Insbesondere die Abhängigkeit wahrscheinlicher Effekte von den Eigenschaften der Zielpopulation und den sonstigen Versorgungsbedingungen sind in Empfehlungen stärker zu berücksichtigen.

Aus den im Bericht skizzierten Problemen lassen sich Anforderungen an zukünftige Studien ableiten, die geeignet sind, die Wissensbasis zur Gestaltung der Versorgung älterer Menschen in Deutschland und Ländern mit ähnlichem Versorgungskontext zu verbessern. Sie betreffen die Rekrutierung von Studienpopulationen auf der Basis plausibler Hypothesen, die Evaluation von alltagsrelevanten Interventionen (für die zum Teil bereits erste, aber unzureichend aussagekräftige Ergebnisse vorliegen – zum Beispiel für die Anpassung der psychotropen Medikationen), die Wahl klinisch relevanter Endpunkte (sturzbedingte Verletzungen) und die Konzeption von Studiendesigns, die gleichzeitig ein geringes Verzerrungsrisiko und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Kontext der Routineversorgung gewährleisten.

Gesundheitsökonomische Fragestellungen: Mit Ausnahme der einzigen in Deutschland durchgeführten Kosteneffektivitätsanalyse für ein Angebot von Hüftprotektoren im Zusammenhang mit einer Personalschulung lassen sich den publizierten gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien nur wenige, im deutschen Kontext verwertbare Informationen entnehmen. Präzise Analysen erfordern den Input aus deutschen Datenquellen, entweder in Form einer studienbegleitenden Evaluation oder bei Vorhandensein einer adäquaten Datenbasis für Effektannahmen einer Modellierung auf der Grundlage deutscher epidemiologischer Versorgungs- und Kostendaten.

Ethische und soziale Fragestellungen: Der subjektiv wahrgenommene Präventionsbedarf hängt vor allem von den individuellen Präferenzen und Erfahrungen ab. Diesen individuellen Sichtweisen ist bei Entscheidungen über die Anwendung sturzprophylaktischer Maßnahmen Rechnung zu tragen, auch wenn Betroffene wegen kognitiver Einschränkungen nicht in der Lage sind, ihre Präferenzen unmittelbar zu äußern. Die in der Praxis oft erwartete Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen durch FEM ist nach den empirischen Befunden nicht wahrscheinlich, das heißt, das Sturz- und Verletzungsrisiko scheint durch FEM eher nicht reduziert zu werden. Dieser Befund erfordert verstärkt Initiativen zur Reduktion der FEMAnwendung.

Juristische Fragestellungen: Die juristische Bewertung des Sturzrisiko und der Sturzprophylaxe ist durch diverse Unsicherheiten gekennzeichnet. Diese haben ihre Ursache in der schwierigen Abgrenzung des Sturzrisikos von allgemeinen Lebensrisiken und in der unsicheren empirischen Beweislage hinsichtlich der Effektivität der Sturzprophylaxe. Der gegenwärtige Bericht kann künftig als Informationsressource für die Bewertung der Angemessenheit der Versorgung im Kontext der Sturzprophylaxe herangezogen werden. In Anbetracht der durchgängig fehlenden robusten Wirksamkeitsbelege werden Unsicherheiten in der Bewertung des zu fordernden Standards in der Sturzprophylaxe jedoch fortbestehen.

Katrin Balzer
Martina Bremer
Susanne Schramm
Dagmar Lühmann
Heiner Raspe

Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

DAHTA
Deutsche Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA)
Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln
Tel.: (02 21) 47 24-5 25, Fax: (02 21) 47 24-4 44
dahta@dimdi.de, www.dimdi.de

DRG-EVALUATIONSPROJEKT

Wie wird die Revisionsendoprothetik im G-DRG-System abgebildet?

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) der DGOU und der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) führen zusammen mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster ein Projekt zur Analyse der Abbildung der Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprungelenk im G-DRG-System durch.

Hintergrund

Die Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie, Schulter- und Sprunggelenk stellt aufgrund eines unterschiedlichen Leistungs- (Teilwechsel, Komplettwechsel, knöcherne Defektsituationen unterschiedlicher Ausmaße) und Kostenumfangs (Standardprothesen, modulare Endoprothesen, Tumorendoprothesen, „Mega-Prothesen“, Knochenteilersatz, Knochentotalersatz, patientenindividuelle Endoprothesen) eine medizinisch und medizinökonomisch äußerst heterogene Gruppe dar. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Gesellschaft mit einer zukünftig zu erwartenden deutlich steigenden Anzahl an endoprothetischen Revisionseingriffen ist eine sach- und leistungsgerechte Abbildung im G-DRG-System eine wesentliche Voraussetzung, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung auch in der Zukunft gewährleisten zu können. Das Hauptproblem der gegenwärtigen Abbildung der Revisionsendoprothetik im G-DRG-System ist eine nicht ausreichende Berücksichtigung der Heterogenität von Leistungen und Kosten. Für Kliniken mit einem höheren Anteil an komplexen Fallkonstellationen (zum Beispiel Komplettwechsel gegenüber Teilwechsel) besteht die Gefahr einer systematischen Unterfinanzierung. Revisionsendoprothetische Eingriffe aufgrund von komplexeren knöchernen Defektsituationen oder aufgrund von Infekten im Bereich der Implantate werden im G-DRG-System derzeit nicht ausreichend leistungs- und aufwandorientiert bewertet. Dies betrifft auch insbesondere mehrzeitige Therapiekonzepte während eines stationären Aufenthaltes.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) der DGOU und der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) führen daher in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster ein Projekt zur Analyse der Abbildung der Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprungelenk im G-DRG-System durch. Konstruktive und strukturierte Anpassungen des G-DRG-Systems im Sinne der Leistungserbringer können durch ausführliche Analysen von Ist-Daten aus Krankenhäusern maßgeblich unterstützt werden.

Projektpartner	vertreten durch
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)	Prof. Dr. D. C. Wirtz, Bonn
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik, Sektion der DGOU (AE)	
Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)	Prof. Dr. K. D. Heller, Braunschweig
Arbeitskreis DRG des Ausschusses für Versorgungs- und fachbezogene Fragen der DGOU	Dr. F. Schemmann, Essen
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster	Dr. D. Franz, Münster

Tab. 1 Projektpartner im Projekt zur Analyse der Abbildung der Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprungelenk im G-DRG-System

Projektziele

Das Ziel des Projektes ist eine datenbasierte Analyse der Leistungs- und Kostenheterogenität der Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprunggelenk. Die detaillierte Analyse relevanter Abbildungsschwächen im G-DRG-System soll die Grundlage für konkrete Anpassungsvorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Dialog mit dem Deutschen DRG-Institut (InEK) bilden und so zukünftig die Refinanzierungsstrukturen revisionsendoprothetischer Eingriffe sachgerechter gestalten.

Methodik/Projektteilnahme

Es sollen retrospektiv für die Jahre 2010 und 2011 Krankenhausroutinedaten revisionsendoprothetischer Eingriffe aus den teilnehmenden Kliniken gesammelt und analysiert werden. Von teilnehmenden Kliniken, die erfolgreich an der Kalkulation des Deutschen DRG-Institutes InEK teilgenommen haben, werden zusätzlich auch die Kostendaten berücksichtigt. Im Vorfeld der Datenübermittlung ist mit jeder teilnehmenden Klinik eine vertragliche Vereinbarung über die Datenlieferung abzuschließen, die auch die üblichen Regelungen zum Datenschutz enthält. Nach Datenlieferung werden die Daten durch die DRG-Research-Group plausibilisiert, gesammelt und zur weiteren Auswertung in einer Datenbank zusammengefasst. Die Analysen werden sich insbesondere auf Kosten- und Leistungsheterogenitäten der unterschiedlichen revisionsendoprothetischen Eingriffe an den unterschiedlichen Lokalisationen konzentrieren.

Derzeit haben bereits 25 Kliniken mit einer hohen klinischen Expertise für revisionsendoprothetische Eingriffe ihre Teilnahme zugesagt, darunter zwölf InEK-Kalkulationshäuser.

Zu erwartende Ergebnisse

Für die folgenden Problembereiche sind konstruktive Ergebnisse zu erwarten:

- Multizentrische Quantifizierung und datenbasierte Leistungs- und Kostendarstellung revisionsendoprothetischer Eingriffe an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprunggelenk
- Aufwand-Quantifizierungen der im direkten und indirekten Zusammenhang mit der Revisionsendoprothetik stehenden Kosten, zum Beispiel für Intensivstation, für den Operationssaal, die Implantatkosten etc. (nach dem Schema der InEK-Kostenmatrix)
- Identifikation von Extremkostenfällen – insbesondere im Bereich ausgedehnter knöcherner Defektsituationen und im Bereich der septischen Chirurgie

Die Ergebnisse werden die Grundlage für die Formulierung datenbasierter Anpassungsvorschläge im Rahmen des DRG-Weiterentwicklungsverfahrens des InEK für das Jahr 2014 sein.

Dominik Franz
Dieter C. Wirtz

Dominik Franz ist Mitglied der DRG-Research-Group am Universitätsklinikum Münster.

Dieter C. Wirtz leitet die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn.

DGUV

Die neuen stationären Heilverfahren

Nachdem die Neuordnung der ambulanten Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ab dem 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt wurde, ist für die stationären Heilverfahren ein abschließender Konsens noch nicht entwickelt. Zu Beginn des Jahres 2013 wird jedoch mit der Realisierung der neuen stationären Heilverfahren gerechnet. Es bleibt also für die an der stationären Heilbehandlung beteiligten Krankenhäuser und die hierfür bisher allein vertraglich gebundenen D-Ärzte nur noch wenig Zeit, sich an die Anforderungen der DGUV zu adaptieren.

Treibende Kraft für die Neuordnung ist die gesetzliche Pflicht der Gesetzlichen Unfallversicherungen durch die Festlegung von Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die sächliche personelle Ausstattung von Ärzten und Krankenhäusern, besondere Qualitätsstandards für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter zu definieren (M. Oberscheven 2012)

Derzeit ist das stationäre Heilverfahren in der Akutphase in zwei Stufen gegliedert: Krankenhäuser ohne und Krankenhäuser mit Zulassung zu den sogenannten Verletzungsartenverfahren. Letztere berufen sich auf das derzeitige Verletzungsartenverzeichnis, in welchem schwerwiegende und folgenträchtige und damit finanziell aufwändige Verletzungen definiert sind (derzeit gilt Verletzungsartenkatalog vom 1. Januar 2005). Dieser Katalog wird durch Erläuterungen ergänzt. Derzeit ist die Fassung der Erläuterungen vom 1. August 2007 maßgeblich. Hintergrund dieser zweistufigen Regelung ist die Auffassung, dass mehrfach- und schwerstverletzte Patienten in Krankenhäusern mit speziellen unfallchirurgischen Kompetenzen und höheren Durchlaufzahlen besser und effizienter behandelt werden können als in Krankenhäusern ohne diese spezielle Kompetenz.

Mit der Schaffung des Traumanetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und eines neuen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie haben sich die Voraussetzungen für die personelle und sächliche Qualifikation von Krankenhäusern und verantwortlichen D-Ärzten grundlegend geändert. Die DGUV will die dreistufige Gliederung der Traumazentren im Traumanetzwerk als Matrix für die eigenen stationären Heilverfahren übernehmen. Dies ist aus der Sicht der DGUV eine folgerichtige Anpassung an die bereits vollzogenen Entwicklungen.

Im besonderen Focus liegen dabei die folgen- und kostenträchtigen Verletzungsfälle und die weitere Differenzierung der Versorgungsmöglichkeiten. Insbesondere sollen die Bereiche der Rehabilitation und der Komplikations- bzw. Rekonstruktionsbehandlungen in das zukünftige Konzept mit einbezogen werden.

Verletzungsschwere und zeitliche Zuordnung zu Akutbehandlung, Rehabilitation und Komplikation sowie die Festlegung von Qualitätsstandards für jede Ebene ermöglicht eine effizientere Fallsteuerung durch die DGUV.

Das aktuelle stationäre Heilverfahren

Derzeit sind neben den Krankenhäusern der Basisversorgung, die am Durchgangsarztsystem beteiligt sind, etwa 600 Krankenhäuser am sogenannten Verletzungsartenverfahren (VAV) beteiligt. Diese Krankenhäuser haben definierte Ausstattungskriterien und werden von

Foto: DGUV

Bei der Neuordnung der stationären Heilverfahren sollen die Rehabilitationsverfahren gestärkt werden.

den Landesverbänden der DGUV nach diesen Kriterien zugelassen. Nur diese Krankenhäuser sind berechtigt, die im Verletzungsartenverzeichnis aufgeführten zehn Katalogverletzungen zu behandeln. In der Regel erfolgt nach der Akutbehandlung bei Notwendigkeit eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) in etwa 125 orthopädischen und rund 60 neurologischen Rehabilitationseinrichtungen. Die neun BG-Unfallkliniken sind im Grundsatz den VAV-Kliniken gleichgestellt, obwohl sie über eine besonders hohe unfallchirurgische Kernkompetenz und auch besondere Schwerpunkte und Rehabilitationsabteilungen verfügen.

Nicht zuletzt durch die Einführung des DRG-Vergütungssystems und die besseren Vergütungen von elektiven, gut planbaren Operationen ohne hohe strukturelle und personelle Anforderungen haben viele Kliniken auch mit VAV-Zulassung ihr Profil in Richtung planbare Einrichtung verändert.

Die zukünftigen stationären Heilverfahren

Alle diese Überlegungen führen in eine Dreigliedrigkeit des neuen stationären Heilverfahrens. Als erste Stufe in der Akutphase wird das stationäre Durchgangsarztverfahren (DAV), als zweite Stufe das stationäre Verletzungsartenverfahren (VAV) und als dritte Stufe das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) postuliert. Die Fälle für die Akutphase sollen über einen neu gefassten

Verletzungsartenkatalog den Häusern zugeordnet werden. Hierzu bedarf es einer Überarbeitung des bisherigen Verletzungsartenverzeichnisses mit Einarbeitung von Diagnosen in das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Diese Neuordnung ist noch nicht ganz abgeschlossen. Ein Vorschlag geht dahin, dass bisher in Punkt 10 des Verletzungsartenverzeichnisses benannte „Verletzungsfolgen" mit Komplikationen aus dem Verletzungsartenkatalog ausgeklammert und in einen neuen Komplikationsartenkatalog überführt werden.

1. Stationäres D-Arzt-Verfahren (DAV)

Krankenhäuser mit unfallchirurgischen und unfallchirurgisch-orthopädischen Kliniken oder Abteilungen und einem etablierten D-Arzt sollen weiterhin nach Überprüfung der Anforderungskriterien berechtigt sein, alle Akutverletzungen mit stationärem Behandlungsbedarf nach Arbeitsunfällen zu behandeln, die nicht unter den neuen Verletzungsartenkatalog fallen. Zusätzliche Ausstattungs- und Organisationsmerkmale in Anlehnung an den Anforderungskatalog für lokale Traumazentren im Sinne des Weißbuchs der Schwerverletztenversorgung der DGU werden eingefordert werden. Das heißt, wer sich nicht am Traumanetzwerk der DGU beteiligt, kann nur in Ausnahmeregelungen am D-Arzt-Verfahren beteiligt bleiben. Damit hat der Beitritt zum Traumanetzwerk der DGU eine erhebliche Auswirkung auf die zukünftige Entwicklung der Krankenhäuser im Netz der DGUV.

2. Verletzungsartenverfahren (VAV)

Es ist vorgesehen, dass die Kliniken, die am Verletzungsartenverfahren beteiligt sind, auch in Zukunft schwere Verletzungen nach Arbeitsunfällen behandeln sollen. Voraussetzungen werden eine besondere unfallchirurgische Kompetenz und eine erweiterte Ausstattung bezüglich Strukturen und Organisationsmerkmalen sein. Bezüglich der personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattung soll eine Anlehnung an die im Weißbuch formulierten Anforderungen an regionale Traumazentren erfolgen. Die Krankenhäuser sollen auf der Grundlage der neu gefassten Anforderungen und den Landesverbänden der DGUV mit öffentlich-rechtlichem Vertrag zugelassen werden. Neu wird möglicherweise sein, dass diese Verträge nicht auf den bisher vertraglich festgelegten Durchgangsarzt (in der Regel Chefarzt) festgelegt sind.

Die Krankenhäuser des Verletzungsartenverzeichnisses dürfen die akuten Verletzungen einschließlich der im neuen Verletzungsartenkatalog aufgeführten versorgen. Lediglich besonders folgeträchtige Verletzungen, die neu definiert werden, sollen den am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligten Kliniken vorbehalten bleiben.

Neu wird die Forderung nach einer Mindestfallzahl der erstversorgten Fälle pro Kalenderjahr sein. Die Mindestfallzahl wird über einen fünfjährigen Betrachtungszeitraum im Durchschnitt oder in den letzten drei Jahren dieses Zeitraums berechnet. Alleine durch die Einführung der Mindestzahl wird mit einer Reduktion der VAV-Häuser um die Hälfte gerechnet. Ausnahmezulassungen sollen ermöglicht werden. Dies ist denkbar für Gebiete der Unterversorgung und wenn die Klinik alle anderen Qualitätskriterien im VAV erfüllt.

3. Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Das Schwerstverletzungsartenverfahren wird neu eingeführt und soll für besonders schwere Verletzungsformen in der Akutbehandlung und Rehabilitation beansprucht werden. Dies sind Verletzungen, die schwerwiegende Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Wiedereingliederungsperspektive der Versicherten sowie über hohe Folgekosten für das System der Gesetzlichen Unfallversicherung nach sich ziehen.

Für dieses Verfahren werden Zentren mit unfallchirurgischer Maximal- und Schwerpunktversorgung in bedarfsgerechter Zahl zugelassen werden. Hierzu zählen die BG-Unfallklinken sowie geeignete weitere überregionale Traumazentren. Daneben sollen im Bedarfsfall weitere spezialisierte Zentren wie Querschnittsgelähmtenzentren, Brandverletztenzentren oder neurologische Zentren zugelassen werden. An den SAV-beteiligten Einrichtungen können alle akuten Verletzungen ohne Ausnahme behandelt werden.

Die Anforderungen an diese Krankenhäuser sind hohe unfallchirurgische Kompetenz, besondere Ausstattungs- und Organisationsmerkmale, die Aufforderung zum Aufbau eines qualifizierten Netzwerkes in Kooperation mit geeigneten Anbietern von Rehabilitationsleistungen. Ziel ist eine nahtlose Rehabilitation mit einer institutionalisierten Kooperation mit einer oder mehreren Einrichtungen der stationären Rehabilitation, die die Anforderungen an das Schwerstverletzungsartenverfahren Reha (SAV Reha) erfüllt. Die zugelassenen SAV-Kliniken sollen vertraglich einer BG-Klinik zugeordnet werden. Sie sollen sich an den regelmäßigen Qualitätszirkeln der jeweiligen BG-Klinik und den übergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des zuständigen DGUV-Landesverbandes beteiligen. Die am SAV beteiligten Krankenhäuser werden auf der Grundlage des Anforderungskatalogs von den Landesverbänden der DGUV durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zugelassen werden. Nur Kliniken, die die Anforderungen erfüllen und von der DGUV am SAV beteiligt werden, können für die für Kooperationshäuser der BG-Kliniken „gesondert" kalkulierten und mit der DGUV vereinbarten Vergütungssätze abrechnen.

4. Stationäre Rehabilitationsverfahren

Stationäre Rehabilitationsverfahren sollen aufgrund des Versorgungsauftrages der DGUV verstärkt genutzt werden und die berufliche, schulische und soziale Rehabilitation Arbeitsunfallverletzter bestmöglich umsetzen. Hierzu wird der akut stationären Rehabilitation eine entscheidende Bedeutung zugemessen.

Zusätzlich zu den bisherigen stationären medizinischen Rehabilitationsarten wie der Berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) und der komplexstationären Rehabilitation (KSR) steht ab 2011 das Verfahren der arbeitsplatzbezogenen muskuloskelettalen Rehabilitation (ABMR) bzw. die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBO) an den berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken bereit.

Die Zuordnung der Fälle zu den einzelnen Rehabilitationsverfahren soll grundsätzlich unter Berücksichtigung des konkreten Rehabilitationsbedarfs auf der Grundlage definierter Eingangskriterien erfolgen. Dabei lassen sich im Regelfall Angleichungen an die Stufen der akutstationären Behandlung vornehmen.

Für die Fälle der D-Arzt-Verfahren werden in der Regel ambulante Leistungen der Physiotherapie/Krankengymnastik, in Ausnahmefällen auch der erweiterten ambulanten Physiotherapie als ausreichend angesehen.

Im Anschluss an eine Behandlung im Verletzungsartenverfahren erfolgt vorzugsweise eine erweiterte ambulante Physiotherapie, bei Bedarf auch stationär im Sinne einer BGSW. Fälle, die im Schwerstverletzungsartenverfahren versorgt wurden, bedürfen in der Regel einer spezialisierten und interdisziplinären stationären Rehabilitationsmaßnahme in Form einer BGSW, ABMR, MBO oder KSR. Auf dieser Ebene der Versorgung gelten erhöhte Anforderungen an die Zusammenarbeit der Einrichtungen im Netzwerk sowie im Reha-Management der Unfallversicherungsträger.

Auf der Ebene des SAV wird deshalb ein neues Rehabilitationsverfahren, das SAV Reha, eingeführt werden. Voraussetzung zur Zulassung sind die Erfüllung der im Rahmen der BGSW oder ABMR geltenden Voraussetzungen. Die Erbringung von Leistungen der KSR und MBO bleibt grundsätzlich den BG-Kliniken vorbehalten. Auch für diese Einrichtungen wird gefordert, dass sie sich am SGB-7-Netzwerk beteiligen und sich zu Kooperationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichten. Sind diese Bedingungen erfüllt, können sie als „Kooperationshäuser der BG-Kliniken“ gesondert vereinbarte Vergütungssätze abrechnen.

Neben der Verletzungsschwere können weitere Eingangskriterien für die Einleitung in die konkrete Form des stationären Rehabilitationsverfahrens maßgeblich sein. Hierzu gehört in erster Linie die Feststellung des konkreten Rehabilitationsbedarfes im Reha-Management unter Würdigung der drohenden Teilhabestörung und der Kontexfaktoren im Sinne der ICF.

5. Komplikationsartenverfahren (KAV)

Bisher waren unter Punkt 10 des Verletzungsartenverzeichnisses „Verletzungsfolgen mit Komplikationen, fehlender Behandlungsfortschritt und/oder Korrekturbedürftigkeit“ aufgeführt. Indikationsdiagnosen werden künftig in einem eigenständigen Komplikationsartenkatalog und ein Komplikationsartenverfahren überführt werden. Auch hier wird eine grundsätzliche Zuordnung zu den drei Stufen der akutstationären Verfahren vorgenommen:

Komplikationsoperationen werden auf der Ebene des stationären Durchgangsarztverfahrens grundsätzlich nicht durchgeführt werden.

In den VAV-Kliniken werden alle Folge- und Komplikationseingriffe durchgeführt, sofern diese nicht über den Komplikationsartenkatalog den besonderen Komplikationsartenverfahren (KAV) zugewiesen werden. Regelhafte Folgeeingriffe wie Pseudarthrosebehandlungen oder Einfachumstellungen können weiterhin auf dieser Ebene erbracht werden.

Das Komplikationsartenverfahren (KAV) wird auf der Ebene des Schwerstverletzungsartenverfahrens eingeführt werden, in welchem alle im Komplikationsartenkatalog genannten Konstellationen ohne Ausnahme behandelt werden können. Dies beinhaltet auch spezielle Verfahren der Rekonstruktionschirurgie und Komplikationsbehandlung, mikrochirurgische Rekonstruktionen, Wirbelsäulenumstellungen, chronische Osteitis.

Die Behandlung der im Komplikationsartenkatalog besonders hervorgehobenen schweren und komplizierten Folgezustände bleibt damit grundsätzlich der BG-Klinik und anderen, am Schwerstverletztenverfahren beteiligten Zentren vorbehalten. Der an dieser Klinik verantwortliche Durchgangsarzt kann jedoch weitere spezialisierte Leistungserbringer zur Durchführung dieser Komplikations- und Folgebehandlungen hinzuziehen.

Ziel soll es sein, besondere Rehabilitationsstandards zu erarbeiten, die den gesetzlichen Zielen und Aufgabestellungen der Unfallversicherungen entsprechen und die erforderlichen Qualitäten auf allen Ebenen definieren. In Anlehnung an das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation sollen die verschiedenen Phasen der Heilverfahren nach bestimmten schweren Verletzungen die Anforderungen beschrieben werden wie: Zugangs- und Entlassungskriterien, Ziele und notwendige Inhalte, Strukturen und Prozesse. Es sollen auch Vorgaben zur Messung und Darstellung der Rehabilitationsergebnisse mit aufgenommen werden (Oberscheven). Damit soll eine Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet werden.

In der Summe werden diese Veränderungen zu einer Konzentration der schweren und schwersten Verletzungen in regionale und überregionale Traumazentren in einer Steuerung bis hin zur Rehabilitation und Komplikationsbehandlung führen. Es kann nicht ohne wirtschaftliche Auswirkungen auf die beteiligten Kliniken bleiben. Mit diesen neuen Strukturen reagiert die DGUV auf gestiegene Erwartungen auf die Effektivität und Effizienz ihrer Heilverfahren und die verstärkten Rufe nach Qualitätsüberprüfung der Strukturen und der Ergebnisse. Veränderungen sollen die Anforderungen an eine Heilbehandlung und Rehabilitation aus einer Hand für die Zukunft festschreiben.

Prof. Dr. Felix Bonnaire
Dr. Ruprecht Beikert

Prof. Dr. Felix Bonnaire, Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt, ist der Präsident des Bundesverbands der Durchgangsärzte.

Dr. Ruprecht Beickert, BG-Unfallklinik Murnau, leitet den Bezirksverband Südost des Bundesverbands der Durchgangsärzte.

MEHR INFOS

Für weitere Informationen steht Mitgliedern die Internetseite des Bundesverbandes der D-Ärzte unter Interne Nachrichten zur Verfügung: **www.derdurchgangsarzt.de**

Literatur

M. Oberscheven, Trauma Berufskrankh 2012: 14 [Suppl 1] 61 – 63

1/1 Anzeige

Foto: Arcurs/Fotolia

Chirurgen lieben ihren Beruf: Sie operieren gerne und würden sich zu 77 Prozent wieder dafür entscheiden, Chirurg zu werden. Auf der anderen Seite ist ihr Privat- und Familienleben aufgrund der beruflichen Auslastung stark eingeschränkt.

BEFRAGUNG

Lebensqualität deutscher Chirurginnen und Chirurgen

Ergebnisse einer Befragung von 3.652 Teilnehmern der Jahreskongresse der chirurgischen Fachgesellschaften

Chirurgie ist ein „harter Beruf". Unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg erhielten nur wenige Berufsgruppen vor Einführung der Währungsreformdie doppelte Menge an Essensmarken – unter anderem waren dies Arbeiter im Steinbruch und als ärztliche Berufsgruppe die der Chirurgen [14]. Auch heute stellt das Berufsbild ganz besondere Anforderungen: Fingerfertigkeit, Konzentrationsvermögen, Teamfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft.

Die Weiterbildung zum Chirurgen ist langwierig: Nach einem sechsjährigen Studium der Medizin schließen sich aktuell mindestens weitere sechs Jahre einer Weiterbildung im chirurgischen Fach an, oft fängt der Chirurg erst im Anschluss daran an, selbständig zu operieren. Steht er schließlich im Arbeitsleben, so hat er die höchste Arbeitsbelastung aller Klinikärzte [15] und trägt eine große Verantwortung für seine risikoreiche ärztliche Tätigkeit [3].

In den letzten Jahren hat sich durch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin der Arbeitsalltag von Chirurgen in Deutschland dramatisch und zu deren Ungunsten verändert: Zunehmend treten administrative und patientenferne Tätigkeiten wie die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen oder Dokumentationen und Stellungnahmen gegenüber Kostenträgern in den Vordergrund. Trotz gesetzlicher Regelungen fallen Überstunden sehr häufig an und erschweren ein geregeltes Privat- und Familienleben [8]. Hinzu kommt, dass die hohe Arbeitsbelastung und der Verlust an Privatleben in keinem Verhältnis zur Bezahlung stehen [6]. Diese Schattenseiten des Berufs haben mittlerweile dazu geführt, dass in Deutschland ein sehr ernstes Nachwuchsproblem in der Chirurgie entstanden ist [1]: Mag unter Medizinstudenten das Berufsbild noch sehr interessant er-

scheinen, so ändert sich dies jedoch mit Abschluss des PJ-Tertials in der Chirurgie nachhaltig. Von allen befragten Medizinstudentinnen und -studenten geben immerhin rund 25 Prozent die Chirurgie als Wunschfachrichtung an [12]. Dieser Prozentsatz halbiert sich am Ende des Studiums, wobei als Hauptgründe hohe Arbeitsbelastung, erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, patientenferne Tätigkeiten sowie Mängel in der Weiterbildung angegeben werden [1].

Die Frage nach der Lebensqualität ist Chirurgen durchaus nicht fremd – allerdings nicht in Bezug auf ihren eigenen Berufsstand, sondern vielmehr in Hinblick auf ihre Patienten: Es waren unter allen medizinischen Fachgruppen gerade deutsche Chirurgen, die bereits vor 30 Jahren erstmals systematisch die Lebensqualität von Patienten untersucht [11, 20, 21] haben. Es existiert heute unverändert eine große Offenheit von Chirurgen für dieses Thema, nachdem sie auch für Indikationsstellungen und Therapieformen von grundlegender Bedeutung sein kann [7]. Paradoxerweise haben Chirurgen selbst jedoch bisher jedoch kaum nach ihrer eigenen Lebensqualität gefragt. Die beschriebenen Belastungen der chirurgischen Ausbildung und Tätigkeit sowie der aktuelle Nachwuchsmangel lassen vielmehr eine schlechte Lebensqualität in der Chirurgie vermuten. Diese Studie widmete sich der Frage, wie die Arbeitsbedingungen und die Lebensqualität von Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland sind, welche Umgebungsvariablen Risikofaktoren für eine schlechte Lebensqualität darstellen und welche Konsequenzen daraus resultieren.

Methodik

Studiendesign und -population

Befragt wurden Teilnehmer an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie der neun Jahrestagungen der chirurgischen Fachgesellschaften. Erhebungszeitraum war Oktober 2008 bis November 2009. Die Kongressbesucher wurden an den unterschiedlichen Kongressorten direkt angesprochen und um Studienteilnahme gebeten. Im gleichen Untersuchungssetting wurden neben den Chirurgen als Kontrollgruppen zum einen konservativ tätige Orthopäden, Gastroenterologen und Pädiater, zum anderen Medizinstudenten mit einem ausgeprägten Interesse an Chirurgie befragt. Auf eine Internet- oder postalische Befragung wurde aufgrund der erfahrungsgemäß niedrigeren Rücklaufquote verzichtet.

Fragebogen

Der von den Studienteilnehmern auszufüllende Fragebogen umfasste folgende zwei Bausteine:

1. PLC-Bogen (Profil der Lebensqualität chronisch Kranker) [18]
2. Spezifizierter Zusatzbogen zu allgemeinen demographischen Variablen und der allgemeinen Lebensqualitätseinschätzung.

Der PLC umfasst insgesamt 40 Fragen, die jeweils auf 5-stufigen Likert- Skalen (0=überhaupt nicht, 5=sehr stark/ sehr gut) zu beantworten sind. Er ermöglicht die Bildung folgender 6 Scores: Leistungsvermögen, Genuss- und Entspannungsfähigkeit, positive Stimmung, negative Stimmung, Kontaktvermögen, Zugehörigkeitsgefühl. Der PLC ist ein sehr gut bezüglich der psychometrischen Eigenschaften geprüftes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität (Reliabilität, Validität, Sensitivität) [10]. Außerdem liegen PLC-Referenzwerte einer repräsentativer deutscher Bevölkerungsstichproben und verschiedener Patientenstichproben mit unterschiedlich ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität vor [19]. Anhand des eigens von uns entwickelten und ebenfalls validierten Zusatzbogens (27 Items) erfolgt die Erhebung allgemeiner Daten wie z. B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Ausbildungsstatus, berufliche Position, chirurgische Fachrichtung, Facharztausbildung, durchschnittliche Wochenarbeitszeit (22 Items) und allgemeine Fragen zur Lebensqualität als Chirurgin/Chirurg (4 Items, wie z. B.: eigene Lebensqualität im Vergleich zur Normalbevölkerung), entsprechend der 5-stufigen Likert-Skalen des PLC-Bogens sowie eine abschließende offene Frage nach der Motivation zur Berufswahl, die stichpunktartig beantwortet werden kann.

Pilotstudie

Wir haben im Vorfeld verschiedene Fragebogeninstrumente für die Studie in Betracht gezogen (SF-36, FACT, EORTC, PLC) und an einer Gruppe von n = 61 Chirurgen eine Vortestung durchgeführt. 97 Prozent der Chirurgen antworteten, dass die Fragen des studienspezifischen Begleitbogens die Arbeitsbedingungen von Chirurgen sehr gut erfassen. Außerdem verglichen die Chirurgen den Nutzen des PLC relativ zum SF-36: Nach Komplettierung beider Bögen gaben 63 Prozent der Teilnehmer an, dass die Lebensqualitätsaspekte des PLC für Chirurgen wichtiger und relevanter seien, als die Inhalte des SF-36.

Datenaufbereitung und statistische Analyse

Als Basisanalysen werden deskriptive Statistiken einschließlich Durchschnitts-, Mittel- (Standardabweichungen) und Mediane bestimmt. Die Lebensqualitätsscores werden in Entsprechung zu dem PLC Manual berechnet [18]. Unterschiede in den LQ-Scores zwischen den Stichproben und den Kontrollgruppen (nicht-chirurgisch tätige Ärzte und Studenten) werden mit der Oneway Analyses of Variance berechnet (ANOVA). Es kommen außerdem multiple Regressionsanalysen zum Einsatz, die den Einfluss demographischer und berufsspezifischer Variablen bestimmen. Grundlegende Voraussetzungen für die Anwendung von ANOVA und Regressionsanalyse wie Normalverteilung und Linearität der Zusammenhänge wurden mittels graphischer Verfahren überprüft und waren gegeben. Die statistischen Analysen wurden mit der Software PASW 18.0 durchgeführt.

KONSEQUENZ FÜR KLINIK UND PRAXIS

Zusätzlich zur Mitgestaltung der genannten Systemänderungen kann jeder Chirurg im täglichen Handeln Maßnahmen zur berufsbezogenen Lebensqualität ergreifen:

- Bewahrung der ärztlichen Haltung vor den Zwängen der Ökonomie,
- Übernahme von Verantwortung für die Schaffung eines guten Arbeitsklimas und einer guten Ausbildung des Nachwuchses,
- Berücksichtigung dieser Faktoren bei Verhandlungen mit anderen Entscheidungsträgern, und schließlich auch
- Übernahme der Verantwortung für die Aufrechterhaltung der eigenen Lebensqualität und die der Mitarbeiter.

Ergebnisse

Die Studie wurde von den Kongressteilnehmern sehr gut aufgenommen. Die Rücklaufquote betrug zwischen 35 Prozent und 61 Prozent mit einem Durchschnitt von 51 Prozent (▶ **Tab. 1**). Insgesamt nahmen 3.652 Kongressbesucher an der Studie teil, darunter 2.991 Chirurgen (82 Prozent), 561 nicht-chirurgisch tätige Ärzte (15 Prozent) und 100 Medizinstudenten (3 Prozent) mit einem großen Interesse an Chirurgie. Der Anteil an Frauen war unter den Chirurgen am geringsten (23 Prozent) und am höchsten unter den Medizinstudenten (42 Prozent). Das durchschnittliche Alter von Chirurgen und nicht-chirurgisch tätigen Ärzten war Anfang 40 Jahre. Bezüglich der beruflichen Position waren ein Großteil der Chirurgen Assistenzärzte in der Klinik (30 Prozent) und der nicht-chirurgisch tätigen Ärzte niedergelassene Fachärzte (39 Prozent). Unter anderem nahmen 43 Ordinarien, davon 40 Chirurgen und drei nicht-chirurgisch tätige an der Studie teil (▶ **Tab. 2**). ▶ **Tab. 3** zeigt, dass Chirurgen eine höhere Arbeitsbelastung und mehr beruflichen Stress angeben als nicht-chirurgisch tätige Ärzte. 68 Prozent der Chirurgen und 39 Prozent der nicht-chirurgisch tätigen Ärzte arbeiten mehr als 60 Stunden pro Woche im Durchschnitt. 17 Prozent der Chirurgen, aber nur 8 Prozent der nicht-chirurgisch tätigen Ärzte waren mit dem Arbeitsklima ihrer Institution überhaupt nicht zufrieden, in Entsprechung zu einer negativen Bewertung von Hierarchie (23 Prozent versus 9 Prozent). Chirurgen empfanden den Anteil an der administrativen Arbeit in 67 Prozent versus 57 Prozent als zu hoch und beklagten sich über einen zu geringen Lohn (61 Prozent versus 47 Prozent; p jeweils < 0,05).

Die Einnahme von leistungssteigernden Substanzen (Neurostimulantien) zur Kompensierung der Arbeitsbelastung, in der angloamerikanischen Ländern seit kurzem zunehmend ein Thema, wurde sowohl von Chirurgen als auch der ärztlichen Kontrollgruppe identisch eingestuft: Je ein Drittel beider Gruppen haben Verständnis für deren Einnahme (p = 0,145). Interessant war darüber hinaus die allgemeine Einschätzung der Bedeutung des Privat- und Familienlebens: Hier gab es keinerlei Unterschiede zwischen Chirurgen und nicht- chirurgisch tätigen Ärzten: Beide stuften in 95 Prozent das Privat- und Familienleben als sehr wichtig ein (p = 0.608). Allerdings hatten Chirurgen signifikant weniger Zeit dafür als die Kontrollgruppe (p < 0.05). Konsequenterweise gaben Chirurgen auf die Frage, wie sie ihre LQ im Vergleich zur Bevölkerung einschätzten, in 40 Prozent der Fälle an, dass diese schlechter bis viel schlechter als die der Bevölkerung sei (nicht-chirurgisch tätige Ärzte 22 Prozent), ein Drittel der Chirurgen (32 Prozent) sogar, dass ihre LQ schlechter als die ihrer Patienten sei (nicht-chirurgisch tätige Ärzte: 17 Prozent; p jeweils < 0,05).

Chirurgen sind hoch motiviert. 96 Prozent der deutschen Chirurgen geben an, dass Operieren ihre liebste Tätigkeit sei und stufen des Beruf des Chirurgen im gleichen Prozentsatz als wichtigstes Lebensziel ein. Über 77 Prozent würden den Beruf auch wieder wählen. Trotzdem weisen Chirurgen im Kontrast zu den beiden untersuchten Kontrollgruppen bezüglich ihrer Lebensqualität geringere Scorewerte in den sechs LQ-Dimensionen auf: Leistungsvermögen (F = 10.56, p < .001), Genuss- und Entspannungsfähigkeit (F = 24.47, p < 0,001), positive Stimmung (F = 2.90, p = 0,055), negative Stimmung (F = 10.77, p < 0,001), Kontaktvermögen (F = 45.54, p < 0,001) und Zugehörigkeitsgefühl (F = 9.95, p < 0,001). Bezüglich des Geschlechtes ergaben sich jeweils keine signifikanten Effekte. Chirurgen schneiden sogar schlechter ab als verschiedene Patientengruppen, deren Daten in der Literatur publiziert worden sind [10, 19]: Der zum Zweck der besseren Vergleichbarkeit explorativ aus allen sechs LQ-Scores bestimmte Durchschnittswert der Chirurgen lag demnach deutlich niedriger als der Medizinstudenten, nicht-chirurgisch tätigen Ärzte und altersentsprechenden Referenzgruppe der Normalbevölkerung (▶ **Tab. 4**).

- Multivariate Analysen mit allen Lebensqualitätsscores sowie den direkten Fragen zur Lebensqualität im Vergleich mit Bevölkerung und Patienten kamen zu folgenden Ergebnissen: Die

Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für	Ort/Datum	Fragebögen verteilt	Fragebögen komplett	Rücklaufquote (%)
DGU/DGOOC	Berlin/Okt. 2008	1958	1070	55,6
DGTHG	Stuttgart/Febr. 2009	390	225	57,7
DGAV//DGCH	München/April 2009	2146	969	45,2
DGNC	Münster/2009	294	161	54,8
DGKC	Mannheim/Sept. 2009	446	271	60,8
DGPRÄC	Hannover/Sept. 2009	354	165	45,3
DGVS/DGAV	Hamburg/Sept. 2009	778	446	57,3
DGT	Augsburg/Okt. 2009	268	142	53,0
DGG	München/Okt. 2009	583	203	34,8
Summe		**7217**	**3652**	**50,6**

Tab. 1 Kongressübersicht und Rücklaufquote

	Chirurgen	Ärzte/Kontrollgruppe	Studenten
n	2991	561	100
Geschlecht (m %)	77 %	64 %	58 %
Alter (MW, SD)	43 (10)	43 (10)	26 (4)
Assistenten	848 (30 %)	92 (16 %)	
Fachärzte (Klinik)	417 (14 %)	87 (16 %)	
Fachärzte (Praxis)	303 (10 %)	214 (38 %)	
Oberärzte	644 (22 %)	63 (11 %)	
Chefstellvertreter	235 (7 %)	28 (5 %)	
Chefärzte	468 (15 %)	51 (9 %)	
Ordinarien	40 (1 %)	3 (1 %)	
andere/fehlend	36 (1 %)	23 (4 %)	

Tab. 2 Charakteristika der Studienteilnehmer

	Chirurgen (n = 2991*)	Ärzte/Kontrollgruppe (n = 561*)	Chi2	p
durchschnittliche Wochenarbeitszeit				
> 80 h	17 %	7 %		
60 – 79 h	51 %	32 %		
50 – 59 h	25 %	36 %		
40 – 49 h	6 %	22 %		
< 40 h	1 %	4 %	266.94	0,000
allgemeine Variablen				
Arbeitsklima				
überhaupt nicht zufrieden	17 %	8 %	39.15	0,000
Organisationsstruktur				
hierarchisch	23 %	9 %	60.94	0,000
Verwaltungsarbeit				
zu hoch	67 %	57 %	24.11	0,000
Gehalt				
zu gering	61 %	47 %	65.69	0,000
Neurostimulantien				
Gebrauch nachvollziehbar	33 %	32 %	6.83	0,145
Privatleben – Bedeutung				
sehr wichtig	95 %	96 %	1.83	0,608
Privatleben – Zeit				
keine/viel zu wenig	74 %	59 %	61.16	0,000

*Zahlen können aufgrund von missing values leicht variieren

Tab. 3 Arbeitsbelastung von Chirurgen und Kontrollgruppe

Gesamtheit von 13 Prädiktoren klärte einen beträchtlichen Teil der Varianz in den 6 LQ-Scores auf. Die multiplen Korrelationskoeffizienten lagen zwischen R = 0,456 (Zugehörigkeitsgefühl) und R = 0,552 (LQ im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung). Die Variablen, die am deutlichsten mit einem Verlust an Lebensqualität einhergingen, waren:

- mangelnde Zeit für Familien- und Privatleben,
- hierarchische Strukturen und schlechtes Arbeitsklima,
- mangelnde Möglichkeiten zur Fortbildung,
- unzureichendes Gehalt.

Diskussion

Neue empirische Erkenntnisse weisen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weit überdurchschnittliche Belastung von Ärzten nach. Die Wichtigkeit und Aktualität des Themas zeigt sich in einer Reihe von Publikationen in diesem Bereich in den letzten Jahren, die ebenfalls ein kritisches Bild bezüglich der Arbeitsbelastung von Ärzten und daraus resultierenden psychosozialen Belastungen zeichnen [5, 9, 22]. Die vorliegende Studie ist die erste systematische Untersuchung der Lebensqualität von deutschen Chirurgen aller Fachdisziplinen und die weltweit größte Befragung unter einer ärztlichen Berufsgruppe zu ihrer eigenen LQ. Sie wurde mit Unterstützung der chirurgischen Fachgesellschaften zusammen mit anerkannten LQ-Forschern von Chirurgen konzipiert und durchgeführt. Paradoxerweise waren es gerade deutsche Chirurgen, die erstmalig vor über 30 Jahren Lebensqualität ihrer Patienten zu einem Thema der Forschung gemacht [20] und ihre eigene bisher offensichtlich vernachlässigt haben.

Folgende Ergebnisse der Studie sind daher hervorzuheben: Positiv ist, dass fast alle Chirurgen ihren Beruf lieben, gerne operieren und ihn in 77 Prozent wieder wählen würden. Entscheidender Faktor für die schlechte Lebensqualität ist jedoch die drastische Einschränkung des Privat- und Familienlebens durch die berufliche Auslastung. Die Studie räumt dabei mit dem Vorurteil auf, dass sich Chirurgen nicht in gleicher Weise für ihr Privat- und Familienleben interessieren wie andere Ärzte. Das Gegenteil ist der Fall: Chirurgen räumen dem Familien- und Privatleben einen gleich hohen Stellenwert ein, können dies aber in fast drei Viertel der Fälle aufgrund ihrer Arbeitsbelastung im Vergleich zu nicht-operativ tätigen Ärzten zeitlich nicht umsetzen. Die PLC-Scores als Maß für die LQ liegen bei Chirurgen weit unter denjenigen der Kontrollgruppe nicht-chirurgisch tätiger Ärzte und der Medizinstudenten sowie der altersentsprechenden Normsrichprobe der Bevölkerung und entspricht oder unterschreitet sogar LQ-Dimensionen unterschiedlicher Patientengruppen, deren Daten anhand von wissenschaftlichen Studien bisher publiziert worden sind [10, 19] (▶ **Tab. 4**).

Interessant sind nicht nur diese Daten zur LQ, sondern auch mögliche psychosoziale Folgen. Sie legen nahe, dass es sich nicht nur um ein spezifisches Problem in unserem Land [22], sondern offensichtlich um ein internationales Phänomen handeln könnte: In einer aktuellen US-amerikanischen Arbeit von Shanafeldt et al. [16] haben 40 Prozent der Chirurgen ein Burn-out-Syndrom, das mit Behandlungsfehlern korreliert. Ähnliche Daten wurden bereits in Deutschland erst kürzlich publiziert [22]. Genau der gleiche Prozentsatz der befragten Chirurgen unserer Studie gab interessanterweise an, eine schlechtere LQ als die der Normbevölkerung zu haben.

Limitation dieser Studie sind die Rücklaufquote und die Studienpopulation. Man könnte argumentieren, dass das Studienkollektiv nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Chirurgen in Deutschland ist. Die Ergebnisse lassen sich jedoch auf die Gruppe der Chirurgen beziehen, die die wichtigsten chirurgischen Fachkongresse in Deutschland besuchen und so ihre berufliche und wissenschaftliche Fortbildung wahrnehmen. Damit ist ein Risikofaktor für schlechte Lebensqualität, nämlich mangelnde Möglichkeit zur Fortbildung, bei dieser Gruppe nicht gegeben. Es ist daher wahrscheinlich, dass die Lebensqualität der Gesamtheit deutscher Chirurgen eher noch schlechter ist, als sich dies in unserer Studie darstellt.

Die Rücklaufquoten bei unseren Kongressbefragungen lagen zwischen 35 und

	Pat. mit Morbus Osler	Pat. mit Herz-insuffizienz	Chirurgen	Patienten nach ACB-OP	Pat. mit Hypertonie	Pat. mit rheumatischen Erkrankungen	nicht chirurg. tätige Ärzte	Studenten	Norm-stichprobe
Befragte (n)	30	67	**2991**	172	115	122	**561**	**100**	1273
Alter (Jahre)*	55 (16)	50 – 80	**43 (10)**	61 (7)	30 – 65	54 (10)	**44 (10)**	**26 (4)**	30 – 65
Leistungsvermögen	1,99	2,36	**2,39**	1,86	2,54	2,01	**2,47**	**2,63**	2,70
Genuss- und Entspannungsfähigkeit	2,12	2,41	**2,31**	2,37	2,44	2,55	**2,47**	**2,66**	2,67
Positive Stimmung	1,67	1,85	**2,23**	2,01	2,06	2,02	**2,29**	**2,38**	2,41
Negative Stimmunng	2,19	2,95	**2,79**	2,80	3,07	3,09	**2,92**	**2,98**	3,06
Kontaktvermögen	2,12	2,35	**2,08**	2,40	2,04	2,37	**2,32**	**2,48**	2,61
Zugehörigkeitsgefühl	2,76	2,50	**2,82**	3,21	2,56	2,76	**2,97**	**2,89**	2,98
Range der SDs	0,70 – 0,96	0,58 – 0,87	**0,62 – 0,74**	0,58 – 0,91	0,50 – 0,68	0,50 – 0,68	**0,62 – 0,74**	**0,44 – 0,70**	0,62 – 0,75
Durchschnittsscore	2,14	2,40	**2,43**	2,44	2,45	2,47	**2,57**	**2,.67**	2,74

* Mittelwert (SD) oder Range

Tab. 4 PLC-Scores der Studienteilnehmer (Chirurgen, Kontrollgruppe der nicht-chirurgisch tätigen Ärzte, Medizinstudenten (jeweils fett gedruckt) sowie verschiedener Patientengruppen und einer altersentsprechenden Normstichprobe der Bevölkerung

61 Prozent. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Befragungen überwiegend auf Jahrestagungen mit geringeren Teilnehmerzahlen logistisch leichter durchzuführen waren. Die gesamte Rücklaufquote betrug für diese Studie immerhin im Durchschnitt 51 Prozent und ist damit höher oder zumindest vergleichbar zu ähnlichen Studien von Shanafelt et al. [17].

Es fällt auf, dass auch die Kontrollgruppe der nicht-chirurgisch tätigen Ärzte im Vergleich zur Normalbevölkerung eine eingeschränkte Lebensqualität angibt. Dies ist in ein wichtiges Ergebnis der Studie. Dieses bescheidene Niveau wird von Chirurgen jedoch noch übertroffen. Hier besteht in gleicher Weise Handlungsbedarf. Die Wertigkeit des Privatlebens und dessen großer Stellenwert auch für Chirurgen wurden jedoch bisher noch nicht thematisiert: Interessanterweise unterscheiden sich die Chirurgen von den Kontrollgruppen nicht in Bezug auf die Wichtigkeit des Privatlebens. Es wird vielmehr deutlich, dass die große Arbeitsbelastung als Ungerechtigkeit empfunden wird und zu einer Imbalance beziehungsweise zu einem Zusammenbruch des Wertegefüges führen kann.

Neue Studien legen nahe, wie wichtig die Lebensqualität von Ärzten auch für das Outcome der Versorgungsqualität ihrer Patienten ist [23]. Die Ergebnisse dieser Studie sollten deswegen Grundlage und Stimulierung für weitere berufspolitische Diskussionen – nicht nur von Chirurgen – sein. Die zugrunde liegenden Probleme lassen sich in Zukunft sicherlich nicht von der eigenen Profession alleine lösen. Es ist nun erforderlich, dass im Konsens aller Beteiligten, wie zum Beispiel Ärzten, Verantwortlichen in Verwaltungen, Krankenkassen und Krankenhausträgern nach weiteren Verbesserungen der Rahmenbedingungen gesucht und diese konsekutiv umgesetzt werden. Dazu gehören auch gemeinsame Bemühungen der Klinikleitungen und der für die Weiterbildung Verantwortlichen im Sinne einer individuellen Personalentwicklung [13]. Wie seit vielen Jahren angemahnt, stellt der Faktor Zeit eine Schlüsselrolle dar. Gute Weiterbildung braucht Zeit, um unter Anleitung zu lernen und, was in besonderer Weise natürlich für die Chirurgie gilt, das Handwerk zu üben [2]. Gleiches gilt für die individuelle professionelle Weiterentwicklung und die autonome Berufsausübung. Ärzte müssen das Gefühl haben, ihre Arbeitsbelastung kontrollieren zu können [3].

Danksagung: Wir danken den Studienassistentinnen und –assistenten der Universität Würzburg für die tatkräftige praktische Durchführung des Studienvorhabens, insbesondere Bianca Kögel, Tobias Börgens, Verena Buhl, Julia Knappe, Jennifer Peltz, Vera von Schrötter und Dana Pfisterer, Christoph Albert, Daniel Gerold, Sarah Hennig, Anja Sutton, Carolin Steinert, Meike Baumgärtl. Außerdem gilt unser ausdrücklicher Dank Dr. rer. psych. Holger Krannich von der Klinik für Thorax-, Herz- und Thorakale Gefäßchirurgie der Universität Würzburg und Dr. med. Alexander Kunold von der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Universität Gießen/Marburg für die Hilfe bei der Studienkonzeption sowie Frau Schöll vom Zentrum für Klinische Studien des Universitätsklinikums Regensburg für das Übersetzen und Redigieren des Manuskripts.

Thomas Bohrer
Sektion Thoraxchirurgie,
Sozialstiftung Bamberg

Michael Koller
Zentrum für Klinische Studien,
Universitätsklinikum Regensburg

Hans Jürgen Schlitt
Klinik und Poliklinik für Chirurgie,
Universitätsklinikum Regensburg

Hartwig Bauer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

AUTORENERKLÄRUNG

Die Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie finanziell unterstützt.

Korrespondierender Autor: PD Dr. Thomas Bohrer, Sektion Thoraxchirurgie, Sozialstiftung Bamberg
Kontakt: thomas.bohrer@sozialstiftung-bamberg.de

((1/3 Basistext zu DH -)

Der Beitrag erschien ursprünglich in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 2011; 136: 2140–2144.

Literatur

1 Ansorg J. Chirurgenbedarf und Chirurgenmangel in Deutschland bis 2030. Der Chirurg BDC 2010; 11: 587–589
2 Bauer H. Chirurgische Weiterbildung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: Wir wissen, was zu tun ist. Wir müssen tun, was wir wissen. Editorial. Chirurg 2010; 81: 5–6
3 Carter D. The surgeon as a risk factor. BMJ 2003; 326: 832–833
4 Cartwright LK. Occupational stress in women physicians. In: Payne R, Firth-Cozens J (Hrsg). Stress in health professionals. Chichester: Wiley: 1987
5 De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward-imbalance and employee wellbeing: a large-scale-cross-sectional study. Soc Sci Med 2000; 50: 1317–1327
6 Füeßl HS. Unser Beruf ist pathogen! Guter Arzt, kranker Arzt? MMWFortschr Med 2008; 23: 12–16
7 Koller M. Outcome und Lebensqualität. In: Jauch K-W, Mutschler W, Wichmann M (Hrsg). Chirurgie Basisweiterbildung. Heidelberg: Springer: 2007: 583–588
8 Jurkat H, Reimer C. Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Schweizer Ärztez 2001; 82: 1745–1750
9 Jurkat H. Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten. Erfahrungen aus der empirischen Forschung. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 14–16
10 Laubach W, Schröder C, Siegrist J, Brähler E. Normierung der Skalen „Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker“ an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. Z Different Diagn Psychol 2001; 22: 100–110
11 Neugebauer E, Troidl H, Wood-Dauphinée S, Bullinger M, Eypasch E. Meran consensus conference on quality-of-life assessment in surgery. Part I. Theor Surg 1991; 6: 123–165
12 Osenberg D, Huenges B, Klock M, Huenges J, Weismann N, Rusche H. Wer wird denn noch Chirurg? Zukunftspläne der Nachwuchsmediziner an deutschen Universitäten. BDC|Online. 01.06.2010
13 Polonius M-J. Personalentwicklung gewinnt an Bedeutung. Der Chirurg BDC 2007; 5: 146
14 Reichardt S, Zierenberg M. Damals nach dem Krieg. Eine Geschichte Deutschlands 1945 – 1959. München: DVA: 2008
15 Schikora S. Klinikärzte – mehr Arbeit in kürzerer Zeit! – Chirurgen haben die höchste Arbeitsbelastung. Klinikarzt 2007; 36: 678
16 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg 2009; 250: 463–71
17 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 2010; 251: 995–1000
18 Siegrist J, Broer M, Junge A. Profil der Lebensqualität chronisch Kranker. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH: 1996
19 Slotosch D, Koller M, Werner JA, Folz BJ. Rezidivierende Epistaxis bei hereditärer hämorrhagischer Teleangiektasie. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 535–539
20 Troidl H, Menge KH, Lorenz W, Vestweber KH, Barth H, Hamelmann H. Quality of life and stomach replacement. In: Herfarth C, Schlag PM (Hrsg). Gastric Cancer. Berlin: Springer: 1979: 312–317
21 Troidl H, Kusche J, Vestweber KH, Eypasch E, Koeppen L, Bouillon B. Quality of life: an important endpoint both in surgical practice and research. J Chron Dis 1987; 40: 523–528
22 von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J. Psychosoziale Arbeitsbelastung bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. Dtsch Ärztebl 2010; 107: 248–253
23 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714–21

Foto: HEH

Film ab: Prof. Heller begleitete das Kamerateam bei sämtlichen Dreharbeiten

FERNSEHEN

Die neuen Knochen-Docs

Für eine mehrteilige Reportage im Rahmen der Sendung Visite – „Operation Leben“ drehte der Norddeutsche Rundfunk (NDR) vier Wochen lang in der Orthopädischen Klinik des Herzogin Elisabeth Hospitals unter der Leitung von Prof. Dr. Karl-Dieter Heller. Wir sprachen mit ihm über die Dreharbeiten.

Der zwölfjährige Tom hat ein Überbein am Knie. Das soll wegoperiert werden. Ein Arzt malt einen Smiley auf das Bein – „Das ist die Eintrittskarte in den OP“ –, dann schaut der Junge in die Kamera, zieht die Nase kraus und sagt: „Ich habe ein bisschen dolle Angst.“ Seine Mutter hängt einen Schutzengel an sein Bett, dann begleiten seine Eltern ihn bis zur OP-Schleuse.

Eine neue Folge der „Knochen-Docs“? Nein, wir sind nicht beim Südwestdeutschen Rundfunk. Der hat 2010 und 2011 „Geschichten aus der Heidelberger Orthopädie“ ausgestrahlt, mit großem Erfolg und Zuschauerquoten, bei denen die Herzen von Fernsehmachern höher schlagen. Geschichten über Patienten, ihre Erkrankung und Heilung berühren und interessieren die Menschen, einfach weil sie jeden treffen können.

Auf dieses Erfolgsrezept setzt nun auch der NDR, der seit einigen Wochen Reportagen aus Krankenhäusern zeigt, erst aus der Neuro-, dann aus der Herzchirurgie und nun auch aus der Orthopädie. Drehort ist das Herzogin Elisabeth Hospital in Braunschweig. Chefarzt Prof. Dr. Karl-Dieter Heller wirft mit uns einen Blick hinter die Kulissen.

OUMN: Der NDR sendet Geschichten aus der Braunschweiger Orthopädie. Wie haben Sie das geschafft, Herr Prof. Heller?

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller: Ich bin mal zu der NDR-Sendung Visite, einer medizinischen Ratgeber-Sendung, eingeladen worden. Damals war im Vorfeld der Sendung ein Team bei uns, welches mit dem Ambiente und den Abläufen sehr zufrieden war. Bei der „Operation Leben“ gab es zuvor fünf Folgen aus der Herzchirurgie und fünf aus der Neurochirurgie. Als der Sender dann auch die Orthopädie zeigen wollte, hat die Redaktion bei uns angefragt. Und wir haben mit großer Freude zugesagt.

Sie hatten keine Sorge, dass die Journalisten die Tatsachen verzerren könnten?

Nein, ich kannte die beiden Autorinnen, Susanne Kluge-Paustian und Anna Schubert, von den früheren Dreharbeiten. Das sind sehr angenehme Journalistinnen, die eine große Ruhe und Professionalität ausstrahlen. Aber es ist schon spannend – man weiß ja nie, was von den zahlreichen gefilmten Szenen übrig bleibt. Das Team hat vier Wochen gedreht, am Ende werden eineinviertel Stunden ausgestrahlt. Ich bin sehr zufrieden, wie das ganze Material komprimiert worden ist. Natürlich

Wenn man eine Chance hat, das Fach so hautnah darzustellen – ich sehe das wirklich als eine Chance für unser Fach –, dann muss man sich auch engagieren. Das heißt, ich war bei den Drehs immer dabei.

sind auch Szenen rausgefallen, von denen ich gedacht hätte, dass man die gut hätte zeigen können. Aber insgesamt wird unser Fach im Allgemeinen und natürlich auch unsere Klinik sehr gut präsentiert.

Wahrscheinlich ist den Journalistinnen die Auswahl auch nicht leicht gefallen.

Überhaupt nicht. Sie hatten 90 Stunden Filmmaterial. Das war harte Arbeit, den Überblick zu bewahren, die Geschichten im Kopf zu behalten, sich an die einzelnen Szenen zu erinnern und entsprechend zusammenzuschneiden. Wenn man eine Chance hat, das Fach so hautnah darzustellen – ich sehe das wirklich als eine Chance für unser Fach –, dann muss man sich auch engagieren. Das heißt, ich war bei den Drehs immer dabei.

Wie sind die Patienten ausgewählt worden?

Wir haben aus unserer Sicht geeignete Patientinnen und Patienten vorgeschlagen, und zwar mehr, als dann gefilmt worden sind. Wir haben sie gefragt, ob sie damit einverstanden wären, und dann hat sich eine der Journalistinnen mit ihnen in Verbindung gesetzt, hat sich mit ihnen unterhalten und dann entschieden, ob sie für solche Aufnahmen geeignet sind. Einige sind während der Dreharbeiten auch wieder rausgenommen worden, weil wir gemerkt haben, dass sie angespannt und im Stress waren, wenn die Kamera anging.

Ist einer aus dem Filmteam mal umgekippt?

Ich habe vor kurzem vor Rotariern einen Vortrag über arthroskopische Chirurgie gehalten und dabei eine unblutige Aufnahme einer diagnostischen Arthroskopie gezeigt. Da sind tatsächlich zwei kollabiert. Aber das Kamera-Team – sie waren immer zu viert – blieb standhaft, hat alle Operationen von Anfang bis Ende gefilmt, nur ab und zu mal hat sich mal einer weggedreht.

Sprechen Patienten Sie darauf an, dass sie Sie aus dem Fernsehen kennen?

Ja, ständig. Das ist ein Phänomen, das ich seit Jahren kenne, weil ich für die Ratgeberseite einer Braunschweiger Zeitung schreibe. Ich werde oft auf dem Krankenhausflur oder im Treppenhaus mit dem Satz aufgehalten „Ich kenne Sie aus der Zeitung“. Die Patienten finden das sehr positiv und werten das als hohe Fachkompetenz.

Laufen an Ihrer Klinik jetzt mehr Patientenanfragen auf?

Die zusätzlichen Patientenanfragen halten sich in Grenzen, was bei durchaus langen Wartezeiten in unserer Klinik kein Problem darstellt. Es gibt ein paar Anfragen per E-Mail – „Ich habe Sie im Fernsehen gesehen, können Sie mir helfen“ –, aber es ist nicht so, dass das Telefon dauerhaft schellen würde. Das war nach einem Visite-Auftritt auch schon ganz anders. Einmal habe ich im Rahmen eines Beitrages einen Fall mit einem kleinen Eingriff gelöst, danach haben bestimmt 300 oder 400 Patienten in unserer Klinik angerufen.

Vielleicht sind die dargestellten Fälle nicht spektakulär genug?

Wahrscheinlich nicht. Sie tragen aber sehr gut dazu bei, das Spektrum unserer Klinik und das der Orthopädie bekannt zu machen. Ich habe großen Wert darauf gelegt, dass alle Mitarbeiter, die Verantwortung tragen, in der Sendung vorkommen. Wir sehen den Kinderorthopäden, die beiden leitenden Oberärzte, den Wirbelsäulenspezialisten und den Sportmediziner. Für die Mitarbeiter ist das übrigens toll. Die Dreharbeiten hatten einen hohen Stellenwert für unsere Corporate Identity. Das schweißt zusammen, alle sind stolz.

Interview: Jana Ehrhardt

Sie können sich die „Operation Leben: Orthopädie“ in der NDR-Mediathek anschauen:
www.ndr.de/mediathek/index.html
→ auf „Mediathek starten“ klicken, dann im Suchfenster „Orthopädie“ eingeben

Foto: Jonas Dittmar, BDC

Studierende im Langenbeck-Virchow-Haus: Ende März fand der Nachwuchskongress des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) statt.

BDC-NACHWUCHSKONGRESS

Pimp your studies

Am 23. und 24. März fand in Zusammenarbeit unter anderem mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in Berlin der Nachwuchskongress des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) statt.

Pimp your studies – unter diesem Motto war es erklärtes Ziel des Kongresses, Studierende der Medizin auf den mündlich-praktischen Teil des M-2-Examens vorzubereiten und die Aufmerksamkeit der jungen Kollegen auf die Wahl chirurgischer Fächer für ihre Weiterbildung zu richten. Auf Bitte des Generalsekretärs der DGOU nahmen Dr. Susanne Fröhlich (Rostock) und Prof. Udo Obertacke (Mannheim) als Vorsitzende der AG Lehre der DGOU an der Veranstaltung aktiv als Referenten teil.

Den circa 350 studentischen Teilnehmern wurden Plenumsveranstaltungen, aber auch kleinere, praxisorientierte Seminare (unter anderem Endoskopien, Osteosynthesetechnik) geboten. Im Plenum behandelten am ersten Tag Referenten verschiedener chirurgischer Disziplinen übergreifende Themen (unter anderem Anamneseerhebung, Interpretation von Befunden, Wundbehandlung, onkologische Therapie, postoperative Verläufe); insbesondere am zweiten Tag stellten chirurgische und internistische Referenten gemeinsam fallbezogene interdisziplinäre Themen (unter anderem Rückenschmerz) dar. Die Diskussionskultur der Teilnehmer war – nach anfänglicher Zurückhaltung – sehr erfrischend und aktiv. Für die Referenten wiederum war die „Seminaratmosphäre“ mit 350 Teilnehmern eine wirkliche Herausforderung.

Offene Diskussionsatmosphäre

Am Ende des ersten Tages bot ein Cocktailabend den Teilnehmern und Referenten die Gelegenheit zu einem völlig freien Meinungsaustausch. Im direkten Gespräch bestätigte sich, dass lange nicht alle studentischen Teilnehmer ihre Weiterbildungsentscheidung bereits getroffen haben, bzw. durchaus auch „internistisch-konservativ“ geprägte junge Kollegen in großer Zahl teilnahmen.

Neben den ausgesprochen gut besuchten Sitzungen hatten die Teilnehmenden schließlich die Möglichkeit, sich nicht nur um das „leibliche“ Wohl zu kümmern, sondern im Rahmen der Industrieausstellung an einzelnen Stationen praktische Fähigkeiten zu erwerben oder schon erworbene Fertigkeiten weiter zu trainieren. Im Rahmen von Lunchsitzungen, welche an beiden Tagen eine bemerkenswerte Zuhörerschaft hatten, wurden

Vorträge angeboten, in denen wegweisende Tipps als auch Möglichkeiten der „Karrieregestaltung“ aufgezeigt werden konnten.

Am 23. März beschäftigte sich Dr. Michael Denkinger (Ulm) mit dem Thema „Karriere und Weiterbildung in der Inneren Medizin“. In einer sehr schönen Übersicht ist es ihm gelungen, den ‚Wust‘ an Informationen, insbesondere was die Weiterbildungsordnung angeht, verständlich für die Studierenden aufzugliedern und gleichzeitig mögliche Wege der Zukunftsgestaltung darzulegen.

Die Medizin wird weiblich

Am Folgetag stellten sich Dr. Susanne Fröhlich und Dr. Matthias Krüger (Magdeburg) dem Thema „Karrierewege in der Chirurgie“. Frau Dr. Fröhlich ging in ihrer Übersicht im Hinblick auf die Tatsache, dass ein großer Anteil der Studierenden weiblich ist, gesondert auf Anforderungen und Probleme im Arbeitsalltag und bei der Karriereplanung von Frauen ein. „Karriere und Beruf“ ist ein Thema, das immer wichtiger wird. Noch findet sich, wenn man den gesamten Arbeitsbereich der Chirurgie betrachtet, bisher ein Gesamtanteil an Ärztinnen von nur 2,8 Prozent (Amtliche Krankenhausstatistik 2008, Fachserie 12/Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt). In den kommenden zehn bis 15 Jahren wird sich der Anteil von Frauen in der Medizin erheblich erhöhen. Dadurch nehmen Problembereiche wie das nach wie vor veraltete Mutterschutzgesetz, Kinderbetreuung, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten an den Unikliniken und Lehrkrankenhäusern usw. einen zentralen Stellenwert ein und müssen dringend gelöst werden. An der regen Diskussion im Anschluss (nicht nur von weiblicher Seite) war das große Interesse an dieser Problematik zu erkennen, aber auch die Bereitschaft, sich ihr zu stellen und Lösungen voranzutreiben.

Arbeitssitzung der AG Lehre

Parallel fand am 24. März 2012 im Langenbeck-Virchow-Haus die 8. Arbeitssitzung der AG Lehre der DGOU statt. Im Rahmen dieser Sitzung wurden weitere neue Arbeitsfelder bezüglich einer verbesserten Struktur des Medizinstudiums festgelegt (beispielsweise die Entwicklung von Mindeststandards für mündliche Prüfungen und Notenfindung), als auch auf den Start einer bundesweiten Umfrage der Medizinstudierenden hingewiesen, die insbesondere das Problem der Nachwuchsakquise beleuchten soll.

Die zweitägige Veranstaltung muss durchaus als wertvoll bezeichnet werden. Zwar ist es nicht möglich zu beurteilen, ob tatsächlich eine wirksame Vorbereitung auf das mündlich-praktische Examen möglich war oder eine große Zahl von Studierenden für die chirurgischen Fächer gewonnen werden konnte. Es ist allerdings gelungen, 350 Examenskandidaten an einem symbolträchtigen Ort der deutschen chirurgischen Disziplinen zu versammeln und ein für die Teilnehmer interessantes Programm anzubieten.

Es sollte im Interesse der DGOU sein, solche Veranstaltungen und auch die Teilnahme von Referenten der DGOU zu verstetigen. Sowohl die Breite der angebotenen Themen als auch ihre Tiefe (in parallelen Seminaren), das deutliche Mitwirken der DGOU auch in der Kongressleitung und zuletzt das Ausloben von Stipendien (Fahrt und Logis) könnten noch ausgebaut werden. Die nächste Veranstaltung dieser Art ist für März 2013 geplant.

Dr. Susanne Fröhlich
Prof. Dr. Udo Obertacke

Dr. Susanne Fröhlich ist Oberärztin an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Uniklinikum Rostock und Vorsitzende der AG Lehre der DGOU.

Prof. Dr. Udo Obertacke ist stellvertretender Direktor des orthopädisch-unfallchirurgischen Zentrums am Universitätsklinikum Mannheim und Vorsitzender der AG Lehre der DGOU.

SO WAR'S...

Impressionen von der Veranstaltung und PDFs der Vorträge finden Sie unter:
www.hammerexamen-und-karriere.de/de/rueckschau.html

1/3 Anzeige

VLOU-FORUM

Klinikstrukturen im Wandel

Auf der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden fand am 30. April 2012 das 2. VLOU-Forum mit dem Thema: „Entwicklung einer gemeinsamen Klinikstruktur von Orthopädie und Unfallchirurgie: Simple Addition oder Chance zur Spezialisierung?“ statt.

Markus Schmidt vom Sozialministerium Baden-Württemberg, dort verantwortlich für die Landeskrankenhausplanung, stellte zunächst die Aufgaben seines Referates und die Grundzüge der staatlichen Krankenhausplanung vor. Er führte sehr klar aus, dass die staatliche Krankenhausplanung Teil der Daseinsvorsorge des Staates ist und die Sicherstellung der Krankenhauskapazitäten für die Versorgung der Bevölkerung zum Ziel hat. Das heißt, es werden Versorgungsschwerpunkte definiert und Versorgungsaufträge festgelegt. Weiterhin führte Schmidt aus, dass der Krankenhausbedarfsplan der meisten Länder keine detaillierten Festlegungen über Abteilungsgrößen und Abteilungsaufgaben enthält, sondern den Krankenhäusern in dieser Hinsicht ein großes Stück Freiheit lässt: Aus der Detailplanung will sich der Staat heraus halten. Es gibt lediglich einen Kapazitätsrahmenplan und eine medizinische Fachplanung. Zwar wird in speziellen Bereichen, etwa in der Herzchirurgie, landesweit eine exakte Bettenzahl vorgegeben. Doch im Großen und Ganzen haben die Krankenhäuser die Freiheit, ihre Gesamtbettenzahl, die im Rahmenplan festgelegt ist, frei zu verteilen. Die Orthopädie und die Unfallchirurgie gehört zum Gebiet Chirurgie. Das Krankenhaus kann die Bettenzahl zwischen den einzelnen chirurgischen Subdisziplinen frei verteilen – je nachdem, wie viele Betten es in den einzelnen Subdisziplinen für erforderlich erachtet.
Danach stellte Sigrid Dräger von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) zunächst die Aufgaben der BWKG vor. Sie betonte, dass die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft ebenso wie andere Krankenhausgesellschaften die großen Freiräume in der Krankenhausplanung begrüßt und als erhaltenswert ansieht.

In einem weiteren Vortrag stellten Prof. Hans Zwipp und Prof. Klaus-Peter Günther das Dresdener Modell der Strukturierung einer Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie vor. Ziel dieses Modells auf universitärer Ebene ist die Erhaltung von zwei Lehrstühlen, um die Aufgaben der Wissenschaft, Lehre und Krankenversorgung auf einem hohen Niveau erhalten zu können. Die beiden Lehrstühle sind gleichberechtigt in der Klinikleitung repräsentiert. Teams, die unterhalb dieser Führungsebene angesiedelt sind, erledigen die eigentlichen klinischen Aufgaben. In diesen Teams sind die Kompetenzen der Orthopädie und Unfallchirurgie gleichmäßig repräsentiert. Sie sind zum jetzigen Zeitpunkt im Aufbau begriffen, sodass letztendlich noch keine klaren Definitionen der Teamaufgaben und der Teamzusammensetzungen vorliegen. Zwipp und Günther führten aus, dass dabei keine Überschneidungen und Doppelstrukturen vorhanden und dass die Teams weisungsmäßig der gemeinsamen Klinikleitung unterstellt sein sollen.

Vorschlag für Klinikstruktur in kommunalen Krankenhäusern

Im letzten Vortrag stellte Dr. Friedrich Thielemann einen Vorschlag für eine Klinikstruktur in größeren kommunalen Krankenhäusern vor. Neben einer starken Zentralstruktur, deren Aufgabe die organisatorische Leitung der Klinik ist und die einen großen Personalpool hat, sind darin Departementstrukturen vorgesehen. Die Leiter der Departments sind medizinisch weisungsunabhängig und für den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Departments verantwortlich.

Die Zentralstruktur der Klinik ist für die Weiterbildung der Assistenten zuständig und stellt einen großen Teil des ärztlichen Personals für die Departments zur Verfügung. Neben den Departmentleitern sind in den Departments ein Oberarzt und mindestens ein bis zwei Assistenten vorgesehen, die rotieren sollen. Als Departements sind die Chirurgie der oberen Extremität, die Wirbelsäulenchirurgie, die Becken- und Hüftchirurgie sowie die Chirurgie der unteren Extremität vorgesehen. Die Handchirurgie wird in Kooperation mit der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie und einem Rotationspool durch die Klinik für Plastische und Handchirurgie erledigt. Die Leitung der Zentraleinheit übernimmt in diesem Modell ein Orthopäde oder ein Unfallchirurg. Der Klinikstellvertreter muss immer die spiegelbildliche Qualifikation mitbringen. Von der Zentralstruktur werden die allgemeine Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die Polytraumaversorgung, das BG-Wesen und die Abdeckung der Dienstaufgaben im Bereitschaftsdienst und am Wochenende organisiert und erledigt.

Nach den Vorträgen entwickelte sich eine rege Diskussion. Es wurden die Stärken und Schwächen der einzelnen Modelle besprochen und das Für und Wider einer gleichberechtigten Führung, wie sie im Dresdner Modell dargestellt wird, einer zentralen Führungsstruktur mit fachlich unabhängigen Untergliederungen gegenübergestellt. Es ist vor allem dem begrenzten zeitlichen Rahmen geschuldet, dass ein übereinstimmender Konsens nicht gefunden werden konnte. Dies war auch nicht das Ziel der Diskussion. Es zeigte sich, dass viele Modelle ausgestaltet werden können, die vor allem mit den jeweiligen Gegebenheiten in den Krankenhäusern abgestimmt werden müssen.

PD Dr. Friedrich Thielemann

PD Dr. Friedrich Thielemann ist Erster Vorsitzender des Regionalverbandes VLOU-Südwest und damit Mitglied des Gesamtvorstandes VLOU Bund.

Fotos: Wirth

Im Orthopädischen Spital Wien-Speising fand die 26. Jahrestagung der VKO statt. Die Veranstaltung war geprägt vom faszinierenden historischen Ambiente Wiens selbst und des geschichtsträchtigen Veranstaltungsortes.

VKO JAHRESTAGUNG

Kaiserwetter für die Kinderorthopädie

Die diesjährige Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) fand unter der Leitung von Prof. Franz Grill und Dr. Rudolf Ganger vom 15. bis 17. März im Orthopädischen Spital in Wien-Speising statt. Mehr als 300 Interessierte aus Deutschland, der Schweiz und Österreich nahmen daran teil.

Die 26. Jahrestagung nahm den inzwischen bewährten Faden des Angebots verschiedener Hands-on-Kurse und eines abwechslungsreichen wissenschaftlichen Programms auf. Sechs Kurse, deren Inhalt von der 3-D Ganganalyse über die Beckenosteotomien, Deformitätenkorrektur, Botulinumtoxin-Therapie, Ponseti-Klumpfußbehandlung bis zu neuroorthopädischen Operationstechniken reichte, erfreuten sich am Donnerstag und Freitagvormittag mit 140 Teilnehmern eines regen Zuspruchs und zeigten den Erfolg und Bedarf dieses Teils des Kongressangebots. Die Kurse wurden wieder von ausgewiesenen Fachleuten vorbereitet und abgehalten. Am Freitagvormittag fand außerdem die seit vielen Jahren sehr beliebte klinische Visite auf den Stationen des Orthopädischen Spitals statt, die den zahlreichen Interessierten durch Präsentation teilweise komplexer und komplizierter Fälle einen tiefen Einblick in die aktuelle Tätigkeit der Wiener Kollegen ermöglichte. Immer wieder zeigt sich, dass dieser durch Praxisnähe geprägte Programmpunkt unverzichtbarer Bestandteil unserer Jahrestagungen ist.

Herausragende Leistungen der Speisinger Kinderorthopädie

Der wissenschaftliche Kongress wurde am Freitagmittag im Prof.-Spitzy-Auditorium vor vollen Rängen eröffnet. Die erste Sitzung ermöglichte den Gastgebern, ihre klinische und wissenschaftliche Tätigkeit der breiten Zuhörerschaft vorzustellen. In Referaten zur klinischen Ganganalyse, zur Behandlung bewegungsbehinderter Kinder mit neuroorthopädischen Problemen und zur Deformitätenkorrektur an der unteren Extremität stellte die

Im Festsaal des Palais Ferstel fand der Gesellschaftsabend statt.

Prof. Franz Grill erhält die VKO-Ehrenmedaille für seine herausragenden Verdienste um die deutschsprachige Kinderorthopädie.

Prof. Cassiano Neves aus Lissabon wird als Ehrengast ausgezeichnet. Er hielt seinen Vortrag über „Elbow Dislocation in Children: Is there a Need for Soft Tissue Repair?“

Speisinger Kinderorthopädie ihr herausragendes Leistungpotenzial und ihren Pioniergeist in vielen Teilbereichen der Kinderorthopädie heraus. Dabei umriss der Vortrag zur Deformitätenkorrektur die Erfahrungen über drei Jahrzehnte dieser Therapie und zeigte auf faszinierende Weise, welche Fortschritte auf diesem Gebiet durch Weiterentwicklung auf der technischen und chirurgischen Seite erzielt werden konnten. Dieser Vortragsblock wurde durch Überblicke über die im Lauf der Zeit einigem Wandel unterworfene Klumpfußtherapie und aktuelle Therapiemodalitäten der geburtstraumatischen Plexusläsion abgerundet. Am Schluss waren sich alle einig, dass die Speisinger kinderorthopädische Abteilung einen herausragenden Platz innerhalb der deutschsprachigen Kinderorthopädie und im weltweiten Vergleich einnimmt.

VKO-Ehrenmedaille für Prof. Franz Grill

Die sich anschließenden kinderorthopädischen Nachmittagssitzungen beschäftigten sich mit Schwerpunktthemen der Wiener Klinik. Sehr interessante Vorträge gab es zu neuroorthopädischen Themen mit klarer Betonung der infantilen Zerebralparese und zu einer Reihe aktueller Fragestellungen auf dem Gebiet der Erkrankungen und Fehlstellungen des kindlichen Fußes. Die nachmittäglichen Sitzungen wurden durch einige How-to-treat-Fälle, die lebhafte und auch kontroverse Diskussionen brachten, beschlossen. Als kultureller und sozialer Höhepunkt des Kongresses entpuppte sich ein weiteres Mal der Gesellschaftabend, der in dem historischen, den glanz- und liebevollen Charme Wiens zusammenfassenden Palais Ferstel stattfand. Der prunkvolle Festsaal gab den würdigen Rahmen für ein atemberaubendes Konzert der Wiener Sängerknaben, die das versammelte Publikum durch ihre Darbietung eines Potpourris verschiedenster Stücke mit ihren großartigen Stimmen ins Staunen versetzten. Dieser hohe Kunstgenuss ließ ein weiteres Ereignis, das für die Vereinigung für Kinderorthopädie eine ganz besondere Ehrung darstellte, beinahe in den Hintergrund rücken. Dabei wurde einer der renommiertesten, produktivsten und bekanntesten Kinderorthopäden des deutschsprachigen Raumes ausgezeichnet: Prof. Dr. Franz Grill erhielt die Ehrenmedaille der Vereinigung für Kinderorthopädie für seine herausragenden Verdienste um die deutschsprachige Kinderorthopädie.

Zwei weitere bedeutsame Ereignisse des Abends bedürfen außerdem der Erwähnung. Prof. Siegfried Stotz und Prof. Klaus Parsch stellten das Buchprojekt zum 25jährigen Jubiläum der VKO vor. In monatelanger akribischer Kleinarbeit haben sie mit größter Energie und Geduld Daten und Fakten und vor allem Bilder zur Geschichte der deutschsprachigen Kinderorthopädie gesammelt und niedergeschrieben. Auch die diesjährigen Reisefellows der VKO, Frau Dr. Kathrin Schelling aus Gießen und Frau Dr. Julia Funk aus Berlin, kamen zu Wort. Sie berichteten in einem lebendigen und farbenfrohen Vortrag über zwei tolle Reisen in international renommierte kinderorthopädische Zentren, die sie zunächst über Nancy nach Manchester sowie nach Israel (Beer Sheva und Tel Aviv) und Posnan in Polen geführt hatten. Man könnte meinen, dass bei derart vielen Programmpunkten nicht ausreichend Zeit für intensive Gespräche gewesen sei – weit gefehlt. Es wurden alte Freundschaften gepflegt und neue geschlossen.

Wissenschaftlicher Höhepunkt: Vortrag von Prof. Dr. Manuel Cassiano Neves

Am dritten Kongresstag stand zu Beginn der nächste, der wissenschaftliche Höhepunkt auf dem Programm. Prof. Dr. Manuel Cassiano Neves aus Lissabon hielt den diesjährigen Gastvortrag zum Thema „Elbow Dislocation in Children: Is there a Need for Soft Tissue Repair?“ und erhielt das Zertifikat und die Ehrenmedaille der Vereinigung für Kinderorthopädie.

VKO-Wissenschaftspreis für Erich Rutz

Ihre wissenschaftliche Rührigkeit dokumentierte die VKO im Anschluss daran durch die Verleihung des alljährlichen Wissenschaftspreises. Wiederum wurde Erich Rutz aus Basel für eine hervorragende klinisch-wissenschaftliche Arbeit geehrt: Die Ergebnisse seiner Arbeit „Operative Tibialis-anterior-Sehnenverkürzung in Kombination mit Achillessehnenverlängerung beim spastischen Spitzfuß“ werden voraussichtlich auf die Behandlung dieses Krankheitsbildes bedeutsamen Einfluss nehmen. Die sich anschließenden wissenschaftlichen Sitzungen hatten eine weitere Sitzung zu kindlichen Fußdeformitäten und zu How-to-treat-Fällen zum Inhalt. Mit einer Sitzung zur Deformitätenkorrektur und zwei Sitzungen zu freien Themen aus dem großen Feld der Kinderorthopädie wurde diese 26. Jahrestagung der VKO beendet.

Vortrags- und Posterpreis verliehen

Auf der Jahrestagung wurden zum Abschluss nun bereits zum zweiten bzw. dritten Mal der beste Vortrag und das beste Poster ausgezeichnet. Den Preis für den besten Vortrag erkannte die Jury Dr. Kyril Mladenov aus Sankt Augustin zu für seinen Beitrag „Schenkelhalsremodelling nach „in situ“-Pinning für milde und moderate ECF. Prognostische Bedeutung des Oxford Score“. Aus 35 Posterbeiträgen konnten die Juroren den Posterpreis auswählen, den Dr. Andreas Kranzl aus Wien für das Poster mit dem Titel „Funktionelle Evaluation bei subtalarer Schraubenarthrorise“ erhielt.

Die 26. Jahrestagung war eine glanzvolle Bestätigung des hohen Stellenwertes der Kinderorthopädie im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie. Wir erlebten drei Tage voller intensiver Dialoge und Diskussionen, mit wissenschaftlichen Vorträgen zu bewährten und innovativen Behandlungen, die gezeigt haben, dass die deutschsprachige Kinderorthopädie international voll auf der Höhe ist und eine hohe Qualität in der Tiefe, aber auch in der Breite bietet.

Wir, die Vereinigung für Kinderorthopädie und alle Teilnehmer der diesjährigen Jahrestagung, danken Primarius Prof. Dr. Franz Grill und Dr. Rudolf Ganger sowie allen Mitarbeitern der Speisinger Kinderorthopädie für die Organisation und Ausrichtung dieser inspirierenden Jahrestagung. Zwei Dinge müssen zum Schluss noch gesagt werden: Das Zeitmanagement war großartig, es wurde nicht ein einziges Mal eine Minute überzogen. Und: Deutschland hat einen Kaiser Franz, Speising aber auch. Wie sonst erklärt sich das drei Tage anhaltende strahlende Kaiserwetter über Wien während des Kongresses? Wir alle schauen mit Vorfreude ins Jahr 2013, wenn die 27. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie in Augsburg vom 1. bis 2. März 2013 unter dem Motto „All Life is about Balance“ stattfinden wird.

Prof. Dr. Thomas Wirth

Prof. Dr. Thomas Wirth, Olgahospital Stuttgart, ist der 1.Vorsitzende der Vereinigung für Kinderorthopädie.

LESERBRIEF

Wir brauchen Generalisten

In der April-Ausgabe der OUMN veröffentlichten wir einen Leserbrief von Dr. Martina Mittag-Bonsch, Chefärztin der Abteilung für Chirurgie am Klinikum Crailsheim. Sie plädiert darin dafür, Generalisten auszubilden – ohne eine zusätzliche Spezialisierung in einzelnen Bereichen abzulehnen. Dr. Wolfhard Starke, Warburg, bekräftigt an dieser Stelle ihre Aussagen.

Den Leserbrief von Frau Dr. Martina Mittag-Bonsch habe ich mit großem Interesse gelesen. Nach neuneinhalb Jahren Tätigkeit als Volontär an dem abseits gelegenen Amppipal Hospital in Nepal kann ich die geäußerte Forderung nach Ausbildung von mehr „Generalisten" nur unterstützen.

Von Haus aus Unfallchirurg sah ich mich in Nepal mit vielen Problemen konfrontiert. Da ich meist der einzige Arzt an dem 46-Betten-Haus war, musste ich bezüglich sämtlicher Fächer vieles neu lernen. Ich habe dort neben unfallchirurgischen (einschließlich Trepanationen und plastischer Chirurgie mit Hauttransplantationen bis 15 Prozent der Körperoberfläche, Gefäß- und Nervenanastomosen) allgemeinchirurgische (Abdomen, gelegentlich Thoracotomie und Struma), gynäkologische (abdominell und vaginal), teilweise urologische Operationen durchgeführt, lange Zeit auch Anästhesie gemacht und nebenher Zähne gezogen einschließlich Osteotomien und Reinigungen (Scaling). Auch das konservative Krankengut (Innere, Pädiatrie, Psychiatrie, Neurologie, HNO, Augen, Haut etc.) wollte ambulant und auf Station versorgt werden.

Die Weiterbildungsordnung war nach meinem Weggang aus Nepal geändert worden. Viele ältere unfallchirurgische Kollegen sahen wie ich große Probleme für die Zukunft. Wer von den Spezialisten wird denn noch in der Lage sein, die Behandlung etwa eines Polytraumatisierten einschließlich der Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen zu koordinieren? Ich wage es zu bezweifeln, dass es möglich sein wird, an Häusern der Grund- und Regelversorgung rund um die Uhr ein Team von Spezialisten vorzuhalten. Da bei manchen Verletzungen der Zeitfaktor für eine Versorgung eine große Rolle spielt und unter Umständen der Transport zum nächstgelegenen Schwerpunktkrankenhaus zu viel Zeit beansprucht, kann ich nur appellieren, hier die notwendigen Überlegungen anzustellen. Vor einer Hochspezialisierung sollte eigentlich eine breitgefächerte Ausbildung als solides Fundament gesetzt werden. Auch bei Einsätzen in der Dritten Welt sind nach meiner Erfahrung mit Ausnahme der plastischen und Handchirurgie hochrangige Spezialisten weniger, Allrounder sehr gefragt. Da ich mich im April 2012 aus Amppipal zurückgezogen habe (ich werde weiterhin noch einmal im Jahr für circa sechs Wochen zurückgehen), haben wir große Probleme, Chirurgen zu finden, die ein ähnliches Spektrum auch nur annähernd abdecken können. Und das Hospital hat zum großen Teil von den Operationen gelebt. Den Wunsch, dass sich ein Nachfolger findet, haben wir fast aufgegeben.

Die Forderung von Frau Kollegin Mittag-Bonsch, dass sich alle leitenden Ärzte und auch die verantwortlichen Politiker eingehend dieses Problems annehmen sollten, kann ich nur voll unterstützen.

Dr. Wolfhard Starke

Foto: Privat

Freiwilliger Generalist: Unfallchirurg Wolfhard Starke hat neun Jahre in Amppipal in Nepal gearbeitet.

NEPALMED HILFT

Studierende, die sich für eine Famulatur oder ein Praktikum am Amppipal Hospital interessieren, können sich an den Verein Nepalmed wenden, der das Amppipal Hospital unterstützt: Frau Burga Marx, student.nepal@web.de

Weitere Informationen zum Amppipal Hospital und über Nepalmed finden Sie im Internet unter: **www.nepalmed.de/DEU/Projekte-Amppipal.html**

1/1 Anzeige

METALL-METALL-GLEITPAARUNGEN

Aktuelle Konsensus-Empfehlungen

VORBEMERKUNG

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
am 16. April 2012 hat unter Schirmherrschaft der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT), der European Hip Society (EHS), der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) und der Deutschen Arthrosehilfe (DAH) eine internationale Konsensuskonferenz zur Thematik „Metall-Metall-Gleitpaarungen“ stattgefunden. Unter Beteiligung von Mitgliedern der AE als Sektion der DGOU und der DGOOC sowie von Experten aus unterschiedlichen nationalen und internationalen Gremien wurde eine Empfehlung zur Handhabung erarbeitet, die wir Ihnen in deutscher Übersetzung zur Verfügung stellen möchten. Wir hoffen, dass dieses Dokument in der teilweise kontroversen Diskussion um die Thematik für Sie eine Orientierungshilfe ist.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär DGOOC

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther
AE-Präsident

1. Was ist die gegenwärtige Evidenz zum Nutzen (Effektivität), den Risiken und Unsicherheiten von Metall-Metall-Gleitpaarungen (MoM-Gleitpaarungen)

a. Was ist der Nutzen (Effektivität)?

- MoM ist derzeit die einzige Technik für Oberflächenersatz.
- Reine MoM-Gleitpaarungen enthalten keine Polyethylenpartikel, die Osteolysen verursachen könnten.
- MoM-Gleitpaarungen produzieren weniger volumetrischen Abrieb als herkömmliches Polyethylen.
- Es besteht ein geringeres Risiko von Materialbrüchen für MoM-Gleitpaarungen im Vergleich zu Keramik.
- Totalendoprothesen mit MoM-Großköpfen (Kopfgröße 36mm und größer) und auch Oberflächenersatz-Prothesen haben ein geringeres Risiko für Luxationen als Totalendoprothesen mit kleinen Köpfen (Kopfgröße 28-32mm). Bei Totalendoprothesen mit Großköpfen nimmt der Bewegungsumfang mit der Kopfgröße zu (nur bis 40mm).
- Beim Oberflächenersatz kann mehr Knochensubstanz auf der femoralen Seite erhalten werden als bei der konventionellen Totalendoprothese.

b. Was sind die bekannten Risiken?

Lokale Risiken:

- Aufgrund der kleinen Größe von Abriebpartikeln ist bei MoM-Gleitpaarungen die Gelenkkapsel einer höheren Partikelzahl ausgesetzt als bei Gleitpaarungen mit Polyethylen-Pfannen
- Kleine Köpfe: Geringes zusätzliches Risiko für unerwünschte Wirkungen aufgrund metallischem Abrieb (adverse reaction to metal debris / ARMD) im Vergleich zu konventionellen Gleitpaarungen.
- Großköpfe: Höheres Risiko für ARMD im Vergleich zu konventionellen Gleitpaarungen. Erhöhtes Risiko für Konusabrieb und Randbelastung.
- Oberflächenersatz: Risiko für ARMD insbesondere bei kleinen Implantatgrößen, weiblichen Patienten und niedrigem Überdachungswinkel. Risiko des Auftretens von Schenkelhalsfrakturen. Eventuell mehr Knochenverbrauch auf der Pfannenseite bei der primären Versorgung und bei Wechseleingriffen.

Systemische Risiken:

- Verbreitung der metallischen Produkte über den Blutkreislauf in Nervensystem und anderen Organen.
- Ansammlung von Metallionen bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen mit unbekannten Folgen.

c. Was sind ungeklärte Fragestellungen?

- Langfristige Auswirkungen von metallischen Produkten (das heißt Partikel, Ionen, metallorganische Verbindungen) einschließlich systemischer Effekte (das heißt Karzinogenität, Teratogenität und Toxizität).
- Prädiktiver Wert von Metallionen im Blut für unerwünschte lokale und systemische Reaktionen.

2. Bewertung der Sicherheit von Patienten nach Implantation von MoM-Gleitpaarungen:

a. Werden systematische Nachuntersuchungen empfohlen? Wenn ja – für welche Implantate und Patienten?

- Ja, für alle Patienten und alle Implantate. Für Totalendoprothesen mit kleinen MoM-Köpfen sind systematische Nachuntersuchungen wie bei konventionellen Totalendoprothesen ausreichend. Für Totalendoprothesen mit großen MoM-Köpfen und den Oberflächenersatz werden engmaschigere Nachuntersuchungen empfohlen.

b. Wie lange und wie häufig sollten asymptomatische Patienten überwacht werden?
Für die gesamte Lebensdauer des Kunstgelenkes:
- Kleine MoM-Köpfe: So häufig wie konventionelle Totalendoprothesen.
- MoM-Großköpfe: Jährlich.
- Oberflächenersatz: Jährlich für die ersten fünf Jahre, dann entsprechend den lokalen Empfehlungen für Patienten mit konventionellen Totalendoprothesen.

Wenn die Metallionen-Werte in den ersten zwei Jahren postoperativ im Normalbereich sind, kann die Häufigkeit weiterer Nachuntersuchungen den lokalen Empfehlungen für konventionelle Totalendoprothesen angepasst werden. Bei Patienten mit Risikofaktoren wie kleiner Implantatgröße (<50mm femorale Komponente), weiblichem Geschlecht und niedrigem Überdachungswinkel jährlich für die Lebensdauer des Gelenkes.

c. Welche bildgebenden Verfahren sollten während der Nachuntersuchungen zur Anwendung kommen?
- Röntgenaufnahmen bei allen Patienten
- im Fall von klinischen / radiologischen Auffälligkeiten zusätzliche Bildgebung (Ultraschall, CT und / oder MARS-MRT [MRT ohne MARS-Technik ist ineffektiv])
- im Fall von Co-Werten über einem bestimmten Schwellenwert (im Bereich von 2 bis 7 µg/L; genauer Schwellenwert muss noch ermittelt werden): Ultraschall, CT und / oder MARS-MRT

d. Wie soll die Kontrolle der Metallionen durchgeführt werden: Häufigkeit, Medium (Blut / Serum), Technik, Referenzwerte?
- Häufigkeit: Zum Zeitpunkt der regulären Nachuntersuchungen bei asymptomatischen Patienten, bei allen symptomatischen Patienten zusätzlich zwischen den regulären Nachuntersuchungen.
- Medium: Die Metallionenbestimmung von Körperflüssigkeiten kann in Blut, Serum und Urin vorgenommen werden. Derzeit ist die Messung in Vollblut am zweckmäßigsten. Co sollte als Referenzsubstanz überwacht werden.
- Technik: Die Metallionenmessung muss nach den Regeln der internen / externen Qualitätskontrolle durchgeführt werden. GF-AAS und ICP-MS werden als valide betrachtet. Die ermittelten Werte sollten in Mikrogramm/Liter (µg/L = ppb) angegeben werden.
- Referenzwerte: Co-Werte <2 µg/L sind derzeit ohne klinische Relevanz. Der Schwellenwert für klinische Bedenken wird voraussichtlich im Bereich von 2 bis 7 µg/L sein (der genaue Schwellenwert muss noch ermittelt werden).
- Bei einer Erhöhung über diesen Schwellenwert hinaus wird eine zusätzliche Bildgebung auch dann empfohlen, wenn Patienten asymptomatisch sind.

Hinweis: Diese Empfehlungen basieren auf lokalen Effekten; kritische Werte für systemische Wirkungen sind für Patienten nach Implantation von MoM-Gleitpaarungen noch nicht etabliert.

3. Was sind die Indikationen für die Revision von Endoprothesen mit MoM-Gleitpaarung aus Sicherheitsgründen?

a. Was ist die angemessene Vorgehensweise bei lokaler ARMD?
- Bei asymptomatischen Patienten müssen kleine Flüssigkeitsansammlungen, die ein Hinweis auf ARMD sein können, genau überwacht werden (eine wiederholte Bildgebung wird empfohlen).
- Bei symptomatischen Patienten und / oder Patienten mit fortschreitender Osteolyse, großen oder expandierenden Pseudotumoren, und/oder zunehmender Schenkelhalsverdünnung und / oder Co-Ionen oberhalb des Schwellenwertes kann eine Revision in Betracht gezogen werden.

b. Was ist beim Nachweis erhöhter Metallionen-Werte die angemessene Vorgehensweise für asymptomatische Patienten? (was ist ein kritischer Wert/ Grenzwert für klinisch relevante Komplikationen?)
- Bei asymptomatischen Patienten sollte der erstmalige Nachweis erhöhter Werte durch eine Wiederholungsmessung bestätigt werden.
- Oberhalb eines Schwellenwertes von 2 bis 7 µg/L (der genaue Schwellenwert ist noch zu ermitteln) werden

EXPERTENKOMMISSION

Die folgenden 21 Experten (zehn Orthopäden bzw. Orthopäden und Unfallchirurgen, ein Allergologe, zwei Biomechanik-Wissenschaftler, zwei Biomonitoring-Experten, zwei Epidemiologen, zwei Grundlagenforscher / Pathologie-Experten, ein Patientenvertreter, ein Vertreter regulatorischer Behörden) aus insgesamt acht unterschiedlichen Ländern nahmen an der Konferenz teil bzw. haben zur Erstellung der Konsens-Empfehlung beigetragen:

Günther Klaus-Peter, Orthopädische Klinik, Universitätsklinikum Dresden (D) (Koordinator)
Schmitt Jochen, Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Dresden (D) (Co-Koordinator)
Campbell Patricia, Implant Retrieval Laboratory, Orthopaedic Hospital Los Angeles (USA)
Delaunay Christian P., Orthopaedic Surgery, Clinique de l´Yvette Longjumeau (F)
Drexler Hans, Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg (D)
Ettema Harmen B., Orthop. Surgery and Traumatology, Weezenlanden Hospital Zwolle (NL)
García-Cimbrelo Eduardo, Orthopaedic Surgery, Hospital la Paz Madrid (ES)
Hannemann Franziska, Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Dresden (D)
Hartmann Albrecht, Orthopädische Klinik, Universitätsklinikum Dresden (D)
Huberti Helmut, Deutsche Arthrose-Hilfe e.V. Frankfurt/Main (D)
Knahr Karl, Orthopaedic Surgery, Orthopaedic Hospital Vienna-Speising (A)
Kunze Joachim, Zentrallabor Chemische Analytik, TU Hamburg-Harburg (D)
Langton David J., Joint Replacement Unit, University Hospital of North Tees (GB)
Lauer Wolfgang, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Bonn (D)
Learmonth Ian, Orthopaedic Surgery, University of Bristol (GB)
Lohmann Christoph H., Orthopädische Klinik, Universitätsklinikum Magdeburg (D)
Lützner Jörg, Orthopädische Klinik, Universitätsklinikum Dresden (D)
Morlock Michael, Biomechanik-Institut, TU Hamburg-Harburg (D)
Seidler Andreas, Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Dresden (D)
Wimmer Markus A., Section of Tribology, Rush University Medical Center Chicago (USA)
Zagra Luigi, Orthopaedic Surgery, Orthopaedic Institute Galeazzi Milan (I)

zusätzliche Bildgebung und engmaschigere Nachuntersuchungen empfohlen. Im Falle von pathologischen Befunden der zusätzlichen Bildgebung und / oder einer weiteren signifikanten Steigerung des Co-Wertes, sollte eine Wechseloperation mit dem Patienten besprochen werden, da eine signifikante Akkumulation von Metall mit lokaler ARMD zu erwarten ist (vor allem bei Co-Werten > 20 µg/L).
- Im Falle einer übermäßigen Erhöhung der Metallionen-Werte (Co etwa 20 µg/L oder höher) sollte wegen möglicher Osteolysen, Gewebsnekrosen und möglicher langfristiger Auswirkungen auf die Gesundheit eine Revisionsoperation mit dem Patienten besprochen werden.
- Das individuelle Risiko-Nutzen-Verhältnis sollte vor dem Eingriff gewürdigt werden.

c. Ist eine regelmäßige Überwachung der Metallionen-Werte nach der Entfernung notwendig?

- Eine routinemäßige Überwachung der Metallionen nach dem Entfernen der MoM- Gleitpaarung wird nicht empfohlen, da zurzeit keine wirksamen Interventionen bei erhöhten Metallionen-Werten empfohlen werden können.

4. Angemessene Kommunikation / Verteilung der Empfehlungen an Patienten, Ärzte und Interessenvertreter?

a. Wie sollten Patienten informiert werden?

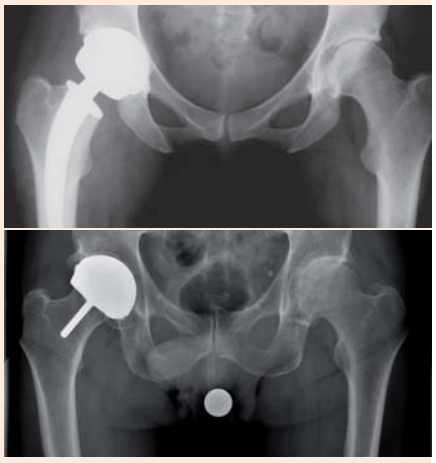
- Vor der geplanten Implantation von MoM-Gleitpaarungen muss jeder Patient umfassend mündlich und schriftlich über Nutzen, Risiken, Unsicherheiten und empfohlene Untersuchungen im Zusammenhang mit MoM-Gleitpaarungen informiert werden. Die Aufklärung sollte im Rahmen eines Dialoges zwischen Patient und Operateur erfolgen.
- Patienten mit bereits implantierter Großkopf-MoM-Gleitpaarung und Oberflächenersatz sollten darüber informiert werden, dass häufigere Nachuntersuchungen als bei MoM-Gleitpaarungen mit kleinen Köpfen empfohlen werden.
- Risiken und Nutzen sollten in den für Patienten relevanten Ergebnisdimensionen (wie zum Beispiel Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Risiko unerwünschter Ergebnisse) ausgedrückt werden. Die Angabe absoluter Risiken ist der Angabe relativer Risiken vorzuziehen. Es sollte hervorgehoben werden, dass eine vollständige (100 Prozent) Vorhersage positive oder unerwünschter Ergebnisse nicht möglich ist. Unsicherheiten sowohl bezüglich der Risiken als auch des Nutzens sollten klargemacht werden.
- Idealerweise sollte die Patienteninformation auf einer systematischen und umfassenden Literaturübersicht basieren.
- Die Information sollte Patienten eine informierte Entscheidungsfindung sowohl hinsichtlich der Implantation von MoM-Gleitpaarungen als auch der Indikation zu Revisionseingriffen bei Problemfällen mit bereits implantierter MoM-Gleitpaarung ermöglichen.
- Unterschiedliche Interessenvertreter – einschließlich, aber nicht notwendigerweise begrenzt auf Patientenorganisationen, Orthopäden und Unfallchirurgen, Toxikologen und Epidemiologen – sollten in die Entwicklung einer Patienteninformation einbezogen sein. Jeder mögliche Interessenskonflikt von Personen, die an der Erstellung einer Patienteninformation beteiligt sind, sollte erklärt werden.
- Der Zugang zu entsprechenden Informationen sollte kostenfrei und ohne jegliche Behinderung möglich sein. Die Verbreitung der Information kann in unterschiedlichen Formaten, Medien und / oder durch unterschiedliche Organisationen erfolgen, sollte aber inhaltlich identisch sein.

b. Wie sollten Operateure informiert werden?

Die Information von Operateuren sollte
- umfassend und verständlich Nutzen, Risiken, Unsicherheiten sowie empfohlene Untersuchungen im Zusammenhang mit MoM-Gleitpaarungen abdecken (einschließlich produktbezogener als auch implantationsbezogener Aspekte)
- den Hinweis einschließen, dass vor der Operation eine patientenindividuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung vorzunehmen und zu berücksichtigen ist.
- die obenangegebenen Empfehlungen zur Sicherheitsbewertung von Patienten nach Implantation von MoM-Gleitpaarungen sowie vor der Indikationsstellung zu Revisionseingriffen einschließen.
- auf einer systematischen und umfassenden Literaturübersicht basieren. Die Information sollte den Evidenzlevel jeder Empfehlung angeben (zum Beispiel Expertenmeinung, RCT bzw. nicht-randomisierte Studie, Meta-Analyse von randomisierten bzw. nicht-randomisierten Studien).
- eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten von Personen, die an der Erstellung der Information beteiligt sind, enthalten.

DGOOC-STELLUNGNAHME

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie hat in den OUMN vom April 2012, Seite 146f., eine Stellungnahme zu den „giftigen Prothesen“, wie Kunstgelenke mit Metall-Metall-Gleitpaarungen in den Medien oft genannt werden, abgegeben. Darin führt die Fachgesellschaft Argumente pro und contra diese Versorgungsform an. Im Text heißt es auch, dass Metall-Metall-Gleitpaarungen nicht pauschal verurteilt werden sollten, um Hüftendoprothesenträger nicht unnötig zu verunsichern. Um ein wirkliches Frühwarnsystem zu etablieren, das valide Rückschlüsse auf die Prozess- und Ergebnisqualität ermöglicht, müsse das Endoprothesenregister schnellstmöglich seine Arbeit aufnehmen.



- in unterschiedlichen Formaten, Medien und / oder durch unterschiedliche Organisationen erfolgen, aber inhaltlich identisch sein.
- anderen medizinischen Disziplinen (zum Beispiel Neurologen, Kardiologen, Onkologen) zugänglich gemacht werden, da Patienten mit MoM-Gleitpaarung dort möglicherweise in Behandlung sind.

5. Bedarf für zukünftige Forschungsaktivitäten

a. Präklinische Forschung:

Es ist notwendig,

- den Einfluss relevanter Parameter auf Abrieb und Korrosion von Konusverbindungen (unter Berücksichtigung von Konusgröße, -durchmesser und -länge) in Abhängigkeit von Material, Oberflächenstruktur, Kopfdurchmesser, Gelenkreibung sowie Fügekraft und -richtung zu untersuchen. Abriebprodukte von Konusoberfläche und Gleitpaarung sollten hierbei nach Möglichkeit differenziert werden.
- die Mechanismen der Freisetzung von Partikeln / Ionen / metallorganischen Verbindungen in großen (≥ 36mm) und kleinen (<36mm) Metall-Metall-Gleitpaarungen sowohl unter idealen als auch suboptimalen Funktionsbedingungen zu bestimmen. Die Größenverteilung von Nanopartikeln sollte hierbei bestimmt werden.
- die mögliche Bedeutung zusätzlicher Metallionen für biologische Reaktionen (zum Beispiel Titan) zu bestimmen.
- die Interaktion zwischen Abrieb und Korrosion von MoM-Gleitpaarungen zu untersuchen und präklinische Testverfahren zu entwickeln, welche in der Lage sind, die klinische Situation zu reproduzieren. Möglichkeiten zur Vermeidung synergistischer Korrosionseffekte (verursacht durch das Design oder die Metallurgie) sollten identifiziert werden.
- in-vitro-Modelle zur Untersuchung lokaler und systemischer Auswirkungen von Metallabrieb (zumBeispiel 3-D trägerbasierte Zellmodelle) zu etablieren.

b. Klinische Forschung

Es ist notwendig,

- vergleichende Untersuchungen durchzuführen, um die Reproduzierbarkeit von Metallionen-Bestimmungen in unterschiedlichen Labors zu prüfen.
- Urin als Medium für Screening-Untersuchungen zu überprüfen.
- Metallionen-Spiegel nach Einbau künstlicher Implantate jeglicher Art (zumBeispiel Knie-Totalendoprothese, Wirbelsäulenimplantate, Osteosynthese-Materialien) zu bestimmen und einen Zusammenhang mit klinischen Symptomen zu untersuchen.
- Endoprothesenregister mit verbesserter Dokumentation von Revisionsursachen zu etablieren.
- Zusammenhänge zwischen dem Nachweis von Abrieb / Korrosion an Konusverbindungen und dem Vorliegen / Ausmaß unerwünschter lokaler Gewebereaktionen (zum Beispiel Nekrose, Pseudotumor) zu untersuchen.
- die tatsächliche Inzidenz und klinische Relevanz von ARMD bei allen Implantaten mit MoM-Gleitpaarung zu bestimmen. Unerwünschte Auswirkungen von MoM-Gleitpaarungen bei Endoprothesen mit kleinen und großen Köpfen sollten mit denjenigen beim Oberflächenersatz verglichen werden.
- die lokale und systemische Verteilung sowie die pathologischen Wirkungen von Partikeln / Ionen / metallorganischen Verbindungen, die in MoM-Gleitpaarungen entstehen, zu prüfen.
- die Auswirkungen einer Langzeit-Exposition gegenüber Metallionen-Konzentrationen zwischen 2 und 7 µg/L mittels einer Überprüfung der Veränderung zirkulierender T- und B-Zellen bei Patienten mit wechselnden Metallionenspiegeln zu untersuchen.
- die Inzidenz und klinische Relevanz möglicher systemischer Effekte von Metallprodukten einschließlich deren Organtoxizität, Karzinogenität und Teratogenität zu untersuchen.

Appendix: Derzeit führen Mitglieder der Expertenkommission einen systematischen Review zu Konzentration und Höhe einer Metallionen-Exposition nach Implantation von MoM-Gleitpaarungen durch. Ein zweiter systematischer Review zum Risiko lokaler und systemischer unerwünschter Wirkungen nach Implantation von MoM-Gleitpaarungen einschließlich angemessener chirurgischer Behandlungsstrategien für Revisionseingriffe erscheint jedoch notwendig, um die gegenwärtigen Empfehlungen weiterzuentwickeln.

Interessenskonflikte: Einige Mitglieder des Expertenkommittees (DC, GKP, HA, LCH, LDJ, MM, WMA) haben angegeben, dass sie von Industrieunternehmen bzw. Implantatherstellern finanzielle Unterstützung zur Durchführung von Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit MoM-Gleitpaarungen erhalten haben (ATI Allvac, Aesculap, Ceramtec, DePuy, Finsbury, Mathys, Plus Orthopaedics, Smith & Nephew, Stryker, Wright Medical, Zimmer).

Foto: Fotolia

Langeweile macht unzufrieden: Ein gutes Terminmanagement hilft, lange Wartezeiten zu vermeiden. Die Patienten sind im Anschluss zufriedener – und der Orthopäde auch, weil sein Arbeitsalltag wesentlich entspannter ist.

TERMINMANAGEMENT

Schluss mit überfüllten Wartezimmern

Müssen Patienten lange Wartezeiten in Kauf nehmen, kann die Behandlung noch so gut sein – ein Quäntchen Unzufriedenheit bleibt immer. Eine gut geplante Terminvergabe, der eine Analyse der Behandlungszeiten zugrunde liegt, kann Abhilfe schaffen.

Sie nennen sie Herrn Schulz oder Frau Meier. Möglichst unauffällig müssen die Namen sein, möglichst alltäglich, sonst fliegt es auf. Herr Schulz bekommt einen Termin für drei Uhr eingetragen, Frau Meier für halb fünf. So steht es dann sauber im Praxisverwaltungssystem des Orthopäden. Nur: Weder Herr Schulz noch Frau Meier werden heute kommen. Sie sind fiktiv, Luftnummern, erfunden von den Arzthelfern, die sich nicht mehr anders zu helfen wissen.

„Es kommt immer wieder vor, dass sich Praxismitarbeiter durch Pseudotermineinträge Luft verschaffen", berichtet Dieter Baitinger vom Weiterbildungs- und Consultinghaus Pharmecon. „Sie bauen sich damit das, was jeder Arzt eigentlich von sich aus einplanen sollte: einen vernünftigen Puffer." Dem ausgetricksten Arzt fielen solche Falscheinträge im täglichen Ablauf meist gar nicht auf, er wundere sich höchstens, dass es „heute so entspannt läuft". Schummeleien dieser Art seien Einzelfälle, versichert Baitinger, der seit Jahren Seminare für Praxismanager und niedergelassene Ärzte veranstaltet, unter anderem auch für Mitglieder des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Aber die Vorkommnisse zeugen davon, wie überfordert manche Frontmitarbeiter sind. „Sie sind es schließlich, die am Empfang alles ausbaden müssen: Sie müssen das Telefon bedienen, das Terminbuch führen, sich um die Patienten an der Theke kümmern – und kriegen so alles ab, wenn das Terminmanagement des Arztes nicht stimmt." Schlimmer noch: Auch die Patienten spüren die Hamsterrad-Atmosphäre, fühlen sich durchgeschleust, ärgern sich, wenn sie viel Zeit im Wartezimmer verbringen müssen. Wenn Patienten mit ihrem Arzt unzufrieden sind, liegt das in rund 50 Prozent der Fälle an langen Wartezeiten, ergab eine Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag der Apotheken Umschau.

In seiner Praxis seien fiktive Eintragungen noch nicht vorgekommen, ist der Orthopäde Dr. Christian Hauschild

Dieter Baitinger:
Der Berater empfiehlt eine Behandlungszeitanalyse mit Stoppuhr und Strichliste.

Fotos: Privat

Dr. Christian Hauschild:
Der BVOU Landesvorsitzende Schleswig-Holstein hält in seinem täglichen Terminplan alle zwei Stunden 20 Minuten frei.

überzeugt. Schließlich sorge er selbst für die nötigen Zeitpolster. „In meinem täglichen Terminplan halte ich alle zwei Stunden bewusst 20 Minuten frei", sagt der Lübecker Mediziner und Landesvorsitzende des BVOU Schleswig-Holstein. Er setzt seit Jahren auf ein strukturiertes und durchdachtes Terminmanagement: „Irgendwann habe ich damals gemerkt: Obwohl meine Sprechstunde nur bis 18 Uhr angesetzt ist, habe ich regelmäßig auch um 20 Uhr noch in der Praxis gesessen und mich um Patienten gekümmert. Das musste aufhören." Auch wenn er wie jede andere Praxis mit einem Verwaltungsprogramm und integriertem Terminkalender arbeite, seien dies nur Hilfsmittel, „die ein Arzt erst mit einer schlauen Struktur füllen muss".

Schwerpunkte setzen

Am Anfang eines gelungenen Terminmanagements steht für Hauschild eine ordentliche Analyse der Praxis und ihrer Patienten. „Man muss sich anschauen: Welche Zielgruppen habe ich, wen will ich versorgen? Und dann für diese Menschen bestimmte Zeiten in der Woche reservieren." Das könnte die morgendliche Sprechstunde für ältere Menschen mit Arthrose sein oder ein Behandlungsnachmittag pro Woche nur für Kinder. „Eine Schwerpunktbildung nimmt unheimlich viel Sand aus dem Getriebe des Praxisablaufs", so Hauschild. Wichtig sei, diese Zeiten von anderen Fällen, selbst leichten Notfällen, freizuhalten. „Es ist klar, dass ich auch in dieser Schwer-

SO KRIEGEN SIE IHR TERMINWESEN IN DEN GRIFF

Patientenfrequenz-/Behandlungszeitanalyse

Was so aufwändig klingt, ist praktisch nicht mehr als eine Strichliste, die ein Mitarbeiter, im Fall der einfacheren Patientenfrequenzanalyse (PFA) auch etwa der Auszubildende, eine Woche lang führt, so Berater Dieter Baitinger: „Mit Stoppuhr, einem Blatt Papier und Bleistift werden bei der PFA ganz simpel die wichtigsten Zeitdaten der einzelnen Behandlungsfälle festgehalten: Wann die einzelnen Patienten in die Praxis kommen, ob mit oder ohne vorher vereinbartem Termin – und wie lang die Arztkonsultation dauert." Die Behandlungszeitanalyse geht etwas tiefer, sollte auch besser von erfahreneren Angestellten durchgeführt werden: Hier wird zusätzlich der jeweilige Grund für das Aufsuchen des Arztes notiert. Zweimal im Jahr durchgeführt, „dadurch trägt man der Saisonalität Rechnung", bekommt der Arzt einen Überblick über die einzelnen Zeitbedarfe – und kann so besser planen. Wichtig: Auch wer glaubt, den Zeitaufwand pro Beschwerdebild „aus jahrelanger Erfahrung im Gefühl zu haben", sollte eine solche Analyse durchführen. Baitinger: „Viele sind dann nämlich überrascht, wie sehr sie mit ihrer Einschätzung daneben liegen."

Foto: Fotolia

Keine Angst vor Pufferzeiten!

„Puffer sind ein Schreckgespenst für die meisten niedergelassenen Orthopäden", weiß Dieter Baitinger. „Aber sie sind unumgänglich, wenn das Tagesgeschäft stress- und konfliktfrei ablaufen soll." Baitinger rät dazu, unterschiedliche Zeitpolster einzubauen. „An einem Montagmorgen könnten Sie ja einen ganz anderen Puffer benötigen als an einem Donnerstagnachmittag." Hier helfe ein Blick auf die Ergebnisse der Patientenfrequenzanalyse: Daraus können die Arzthelfer ablesen, an welchen Tagen und zu welchen Zeiten die meisten unangemeldeten Patienten kommen – und den Puffer entsprechend in den Kalender eintragen. Baitinger: „Mit einem solchen Puffer fangen Sie alle zu normalen Zeiten anfallenden unkalkulierbaren Zeitfresser auf und können die Termine Ihrer Patienten trotzdem gut einhalten." Notfälle, Hausbesuche, länger dauernde Behandlungen – all dies kann durch die freigehaltene Zeit abgefedert werden. Sind doch mal in diesen Minuten keine Patienten zu behandeln, lassen sich Verwaltungsaufgaben und Rückrufe erledigen. Und die Angst vor dem leeren Wartezimmer? Dr. Christian Hauschild, der sich einen pauschalen Puffer von 20 Minuten pro zwei Stunden erlaubt, winkt ab: „Wenn sich bei mir abends nur der Hauch eines Gefühls einstellt, ich hätte heute doch recht wenig Patienten behandelt, dann ist das ein gutes Zeichen für mein Terminmanagement: Dann ist der Tag nämlich einfach nur reibungslos und gut verlaufen."

punktsprechstunde jeden behandle, der mit einem echten Notfall zu mir kommt – aber ansonsten wird hier nicht gemischt, sonst sind am Ende alle Patienten unzufrieden.“ Der Vorteil dieser Art der Terminvergabe: Der Arzt kann den Ablauf viel besser steuern. Hauschild hat am Anfang etwas experimentiert, bis er heraus fand, wie lang er etwa für die Behandlung eines Säuglings braucht oder für das Beratungsgespräch mit einem Arthrosepatienten. „Ich habe schnell gemerkt, wie viele Termine ich in diese Sprechstunden legen darf, ohne einerseits zu viel Leerlauf oder andererseits ein übervolles Wartezimmer zu riskieren.“

Terminmanagement mit Stoppuhr

Seminarleiter Dieter Baitinger rät seinen Teilnehmern zu so genannten Patientenfrequenz- und Behandlungszeitanalysen (siehe Kasten). Dazu werden die Termine über einen überschaubaren Zeitraum hinweg beobachtet und deren Dauer, zum Teil mit der Stoppuhr, gemessen. „Der Arzt und sein Team müssen sich einen Überblick darüber verschaffen, wie viele Patienten, angemeldet oder unangemeldet, zu welchen Zeitpunkten zu ihnen kommen – nur dann können sie Herr über ihren Zeitplan werden.“ Gerade über die Analyse der Behandlungszeiten lässt sich anschließend ein Schema erarbeiten, wonach Patienten fortan gemäß ihrem Beschwerdebild ein bestimmtes Zeitfenster zugeteilt bekommen. Für die Nachsorge einer Knieoperation würde der Arzt dann vielleicht eine andere Minutenzahl kalkulieren als für ein umfassendes Beratungsgespräch. So bekomme der Terminkalender nicht nur eine Struktur, er werde auch steuerbar. Natürlich seien solche Zeitangaben stets nur Durchschnittswerte – „aber das Team wird schnell merken, dass es so besser mit der Zeit umgehen kann und Entspannung in den Praxisablauf kommt.“

Pro Quartal lässt Hausschild nur einmal eine Wartezeit von einer halben Stunde durchgehen. „Andernfalls läuft etwas schief im System.“

Ein ordentliches Terminmanagement läuft nicht ohne die Mitarbeiter am Empfang, davon ist Baitinger überzeugt. Ideal wäre daher, die telefonische Terminvergabe einem erfahrenen Mitarbeiter zu übertragen: Der könne mittels Rückfragen herausfinden, welche Beschwerden der Patient hat und dann – nach dem vorher ermittelten Schema – die entsprechend notwendige Zeit für den Behandlungstermin einplanen.

Die Praxis von Dr. Christian Hauschild, in der täglich etwa 110 Patienten versorgt werden, ist mittlerweile weitgehend wartezeitenfreie Zone. „Dass ein Patient eine Viertelstunde im Wartezimmer sitzen muss, kommt bei uns höchstens zwei Mal pro Woche vor.“ 24 Stühle zählt sein Wartezimmer, von denen, so Hauschild, nie mehr als sechs besetzt sein sollten. Pro Quartal lässt er nur einmal eine Wartezeit von einer halben Stunde durchgehen. „Andernfalls läuft etwas schief im System.“ Dann prüft er gemeinsam mit den Mitarbeitern, wo es gehakt hat, ob etwa zu viele Termine vergeben worden sind und – im kurzfristigen Fall – vielleicht der Rest des Tages weitgehend von neuen Terminen freigehalten werden sollte. „Manchmal besprechen wir so etwas in der Mittagspause und setzen das direkt anschließend um.“ Auf Hinweise und Vorschläge seines Teams hört Hauschild gerade beim heiklen Thema Terminvergabe sehr genau. „Terminmanagement betrachte ich zwar unbedingt als Chefsache“, sagt der Orthopäde und BVOU-Landesvorsitzende. „Aber ohne den Input der Mitarbeiter läuft auch die höchste Chefsache nicht.“

Romy König

Romy König ist freie Journalistin in Frankfurt/Main.

PATIENTENRECHTEGESETZ

Mehr Transparenz für Patienten

Zu dem vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten erklären Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und der Patientenbeauftrage der Bundesregierung, Wolfgang Zöller:

„Sechs von zehn Patienten kennen laut einer Studie ihre Rechte gar nicht oder unvollständig. Viele Patienten beklagen zudem die mangelnde oder ungenügende Information durch den Behandelnden, sie fühlen sich oftmals alleine gelassen“, erläutert Leutheusser-Schnarrenberger. „Die neuen Regelungen gleichen das Informationsgefälle zwischen Behandelndem und Patient aus. Patientinnen und Patienten müssen über die Behandlung umfassend informiert werden. Dies gilt auch für die Kosten einer Behandlung, wenn die Krankenkasse die Kosten ausnahmsweise nicht übernimmt. Alle wesentlichen Fakten von Diagnose bis Therapie müssen verständlich erklärt werden. Bei Streitigkeiten ist die Patientenakte das wichtigste Dokument. Es wird sichergestellt, dass Patienten in die Patientenakte Einsicht nehmen können. Wichtige Beweiserleichterungen für Patienten werden klar geregelt und für jeden nachvollziehbar gemacht. Sie beruhen auf der Rechtsprechungsentwicklung. Bei groben Behandlungsfehlern muss der Arzt beweisen, dass die Behandlung auch ohne den Fehler nicht erfolgreich gewesen wäre.“ Leutheusser-Schnarrenberger fasst zusammen: „Das Gesetz hilft Patientinnen und Patienten, ihre Rechte zu kennen und besser durchsetzen zu können.“

Bild: beermedia/Fotolia

„Das neue Patientenrechtegesetz bringt umfassende und verständliche Informationen für Patientinnen und Patienten", erklärt Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. „Es ermöglicht Arzt-Patienten-Gespräche auf Augenhöhe und stärkt die Rechte der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern. Mit dem gemeinsam vorgelegten Patientenrechtegesetz schaffen wir endlich eine einheitliche gesetzliche Grundlage und sorgen dadurch für mehr Klarheit und Transparenz im Gesundheitswesen. Damit führen wir eine jahrzehntelange Diskussion einer guten und tragfähigen Lösung zu, die direkt den Patienten und Versicherten zu Gute kommt. So werden die Rechte der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter ausgebaut und verbessert. Kranken- und Pflegekassen werden verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies kann durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, zum Beispiel durch medizinische Gutachten geschehen. Nicht fristgemäße Entscheidungen der Krankenkassen werden sanktioniert. Wir stärken die Fehlervermeidungskultur und führen Meldesysteme für Fehler und ein Risikomanagement ein und machen ein Beschwerdemanagement in Krankenhäusern verbindlich und transparent."

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Wolfgang Zöller sagte: „Das Patientenrechtegesetz stärkt die Patienten auf dem Weg vom Bittsteller zum Partner. Der Gesetzentwurf ist ein neues, zeitgemäßes Fundament. Es ist kein Gesetz gegen jemanden, sondern sorgt für einen transparenten sowie fairen Ausgleich der Interessen und stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten. In vielen Gesprächen mit allen Beteiligten konnte ich im Vorfeld einen großen Konsens ausloten. Ein guter Gesetzentwurf wurde vorgelegt und geht jetzt in die parlamentarische Beratung. Es ist ein Gesetzentwurf, der die Rechte der Patienten maßgeblich weiterentwickelt, erstmals zusammenhängend regelt und vor allen Dingen für jedermann unkompliziert nachlesbar macht. Ich bin sicher, dass das Gesetz dazu beiträgt, dass unser Gesundheitssystem von allen Beteiligten als gerechter empfunden werden kann.“

Zum Hintergrund

Der Gesetzentwurf umfasst folgende Regelungsbereiche:

- Der Behandlungsvertrag wird ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Die Regelung erfasst die Vertragsbeziehung zwischen Patienten und Ärzten, aber auch anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten. Patienten müssen verständlich und umfassend informiert werden, etwa über erforderliche

KOMMENTAR

Die Bundesregierung hat erwartungsgemäß den Entwurf eines Patientenrechtegesetzes vorgelegt. Dieser unterscheidet sich vom Referentenentwurf nur marginal, insbesondere sind keine grundlegenden Neuregelungen hinzugetreten, etwa ein Patientenentschädigungsfond nach österreichischem Vorbild oder ein Verbot ästhetisch chirurgischer Leistungen bei Minderjährigen, welches ohnehin verfassungsrechtlichen Zweifeln unterliegen würde. Erfreulich ist aber, dass der bisher vorgesehene Passus, dass ein an der Durchführung des Eingriffs Beteiligter auch die Aufklärung des Patienten vornehmen muss, weggefallen ist. Stattdessen muss nach §630e Absatz 2 BGB-E die Aufklärung – wie bisher üblich – durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt. Problematisch dürfte allerdings die neu aufgenommene Verpflichtung sein, dass dem Patienten Abschriften von Unterlagen auszuhändigen sind, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat. Moderne Aufklärungsdokumentationssysteme sind darauf bereits eingestellt; mancherorts dürften diese Neuregelungen allerdings erheblichen Mehraufwand bedeuten.

Dr. Albrecht Wienke, Fachanwalt für Medizinrecht

Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Die Patienten sind gesondert auf Kosten für solche Leistungen hinzuweisen, die nicht von den Leistungsträgern übernommen werden.

- Aufklärung muss umgehend erfolgen und ist verpflichtend. Vor jedem Eingriff müssen alle Patienten umfassend über die konkrete Behandlung und die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden. Dazu muss rechtzeitig vorher ein persönliches Gespräch geführt werden, damit sich der Patient seine Entscheidung gut überlegen kann. Eine schriftliche Aufklärung reicht alleine nicht aus.
- Auch die Dokumentationspflichten bei der Behandlung sollen im Gesetz festgelegt werden. Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Patienten bekommen nunmehr ein gesetzliches Recht auf Akteneinsicht. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.
- In Haftungsfällen wird es mehr Transparenz geben. Die wichtigen Beweiserleichterungen berücksichtigen die Rechtsprechung und werden klar geregelt. Jeder kann jetzt im Gesetz nachlesen, wer im Prozess was beweisen muss. Bei sogenannten „einfachen“ Behandlungsfehlern muss wie bisher der Patient den Behandlungsfehler sowie die Ursächlichkeit dieses Fehlers für die eingetretene Gesundheitsschädigung nachweisen. Für bestimmte Fallgruppen wie den „groben“ Behandlungsfehler sind Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten vorgesehen. Hierbei handelt es sich um gravierende Fälle, die aus objektiver medizinischer Sicht schlechterdings nicht mehr verständlich erscheinen. Dann muss sich der Behandelnde seinerseits entlasten und beweisen, dass der nachgewiesene Behandlungsfehler nicht generell geeignet war, eine Gesundheitsschädigung der eingetretenen Art herbeizuführen. Weitere Beweiserleichterungen betreffen etwa das sogenannte voll beherrschbare Risiko. So wird ein Behandlungsfehler vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht, das der Behandelnde voll beherrscht – führt zum Beispiel ein defektes Narkosegerät während einer Operation des Patienten zu einer Sauerstoffunterversorgung und dadurch bedingt zu Hirnschädigungen, so wird die Verantwortlichkeit des Behandelnden für diesen Fehler vermutet.

Auch die Versichertenrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung werden gestärkt:

- Werden Verfahrensvorschriften, wie beispielsweise eine fristgemäße Entscheidung bei Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht eingehalten, können sich die Versicherten die Leistung jetzt selbst beschaffen und erhalten die entstandenen Kosten erstattet, wenn die Krankenkassen ohne hinreichenden Grund über einen Antrag auf eine Leistung nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang bzw. innerhalb von fünf Wochen, wenn von der Krankenkasse ein medizinisches Gutachten eingeholt wird, entscheiden.
- Bei Behandlungsfehlern sind die Kranken- und Pflegekassen künftig verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, beispielsweise medizinischen Gutachten, geschehen.
- Im Gesetzentwurf ist die Förderung einer Fehlervermeidungskultur in der medizinischen Versorgung vorgesehen: Behandlungsfehlern möglichst vorzubeugen, hat höchste Priorität. Ein sachgerechtes Qualitätsmanagement im stationären Bereich umfasst zukünftig verpflichtend auch ein Beschwerdemanagement für die Belange insbesondere von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, das entsprechend patientenorientiert auszugestalten ist.
- Die Patientenbeteiligung wird weiter ausgebaut. Patientenorganisationen werden insbesondere bei der Bedarfsplanung stärker einbezogen.
- Um insgesamt mehr Transparenz über geltende Rechte von Patientinnen und Patienten herzustellen, erstellt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung künftig eine umfassende Übersicht der Patientenrechte zur Information der Bevölkerung.

Quelle: *Gemeinsame Pressemitteilung des BMG, BMJ und des Patientenbeauftragten der Bundesregierung*

ZUM WEITERLESEN

Der Gesetzesentwurf steht unter
www.bmj.de
www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenrechtegesetz

1/1 Anzeige

KOOPERATIONSVERTRÄGE

„Honorarärzte“ und andere Dauerbrenner

Die Krankenversorgung in Deutschland wird landauf landab immer stärker von einer Vernetzung des ambulanten und des stationären Sektors geprägt. Niedergelassene Ärzte suchen zunehmend Kooperationsmöglichkeiten mit stationären Einrichtungen. Umgekehrt verfolgen die Krankenhäuser das Ziel, die Wertschöpfungskette immer mehr in den ambulanten Bereich zu verlängern und dadurch am Trog der ambulanten Budgets teilzuhaben. In jüngster Zeit hat der Gesetzgeber auf pragmatische Kooperationen reagiert und für rechtliche Klarstellungen gesorgt.

Konsiliararzt

Der Begriff des Konsiliararztes wird häufig falsch verstanden. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass Kooperationsverträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern häufig die Bezeichnung „Konsiliararztvertrag“ tragen, auch wenn die darin enthaltenen Leistungen des sogenannten „Konsiliararztes“ gar keine Konsilleistungen sind, sondern Kernleistungen des Krankenhauses (Operationen, Anästhesien). Unter einem Konsiliararzt ist nach der Rechtsprechung aber ein Arzt mit einer anderen Fachgebietsbezeichnung zu verstehen, der in einem konkreten Behandlungsfall während eines stationären Aufenthaltes vom behandelnden Arzt hinzugezogen wird und auf seinem Fachgebiet untersucht und Behandlungsvorschläge macht. Dies bedeutet, dass ein Konsiliararzt rein diagnostisch tätig werden darf, nicht jedoch die Kernleistung, also die Behandlung selbst erbringen darf.

Honorararzt

Soll der niedergelassene Arzt auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung für das Krankenhaus Kernleistungen (Operationen, Anästhesien) erbringen, handelt es sich vielmehr um einen Honorararzt. Der Honorararzt ist ein Arzt, der selbstständig, das heißt ohne eine sozialversicherungspflichtige Anstellung am Krankenhaus für das Krankenhaus auf Honorarbasis Leistungen erbringt. Auch der als Belegarzt zugelassene niedergelassene Arzt ist in diesem Sinne kein Honorararzt, sondern Belegarzt im Sinne von § 121 SGB V und genießt damit zulassungsrechtlich einen Sonderstatus.

Unsicherheit über die Zulässigkeit der Erbringung von Krankenhausleistungen durch externe Honorarärzte brachte ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. März 2011 (Az.: B 6 KA 11/10 R). In dieser Entscheidung erklärte das BSG Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Honorarärzten bei ambulanten Operationen für unzulässig. Die Entscheidung des BSG hat der Gesetzgeber nun zum Anlass genommen, im Zuge der letzten Gesundheitsreform durch das Versorgungsstrukturgesetz die gesetzliche Grundlage der ambulanten Operationen in § 115 b SGB V für die Zeit ab dem 1. Januar 2012 zu ändern. Im Gesetz ist nun eine ausdrückliche Vorgabe an die Parteien des AOP-Vertrages aufgenommen worden, wonach ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus auch auf der Grundlage vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen können, die nicht am Krankenhaus angestellt sind und die nicht über eine belegärztliche Zulassung verfügen. Daher ist es zukünftig in Abweichung der oben genannten Entscheidung des BSG rechtlich zulässig, ambulante Operationen im Krankenhaus auch von niedergelassenen Vertragsärzten ohne Belegarztzulassung und ohne Anstellungsvertrag auf der Grundlage von Honorararztvereinbarungen erbringen zu lassen.

> Seit 1. Januar 2012 dürfen niedergelassene Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, ambulante Operationen im Krankenhaus durchführen.

Ebenfalls mit den Änderungen des Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber in § 115 a SGB V eine Klarstellung zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der vor- und nachstationären Behandlung vorgenommen. Daher dürfen auch vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen von Honorarärzten im Krankenhaus oder in der Arztpraxis selbst erbracht werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die vor- und nachstationäre Behandlung erfüllt sind und der Krankenhausträger solche Leistungen durchführen will.

Nicht geregelt hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz bisher die Frage, ob auch voll- und teilstationäre Leistungen durch Honorarärzte erbracht werden dürfen, so dass hinsichtlich dieser Leistungen beim Einsatz von Honorarärzten nach wie vor Zurückhaltung geboten ist, auch wenn der Einsatz von Honorarärzten bei stationären Leistungen nach der aktuellen Rechtslage nicht explizit verboten ist. Diese Lücke möchte der Gesetzgeber nunmehr jedoch schließen und plant zum 1. August 2012 eine gesetzliche Änderung von § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Danach können zukünftig voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen „auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ erbracht werden. Sofern diese gesetzliche Änderung tatsächlich umgesetzt wird, bedeutet dies, dass jedenfalls ab dem

1. August 2012 sichergestellt ist, dass der Einsatz von externen Honorarärzten auch bei der Erbringung von voll- und teilstationären Leistungen zweifelsfrei zulässig ist.

Anstellung am Krankenhaus

Für niedergelassene Ärzte, die auch derzeit schon auf der ganz (rechts-)sicheren Seite stehen wollen, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, sich neben der vertragsärztlichen Tätigkeit bei einem Krankenhaus in Teilzeit anstellen zu lassen. Bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde in § 20 Abs. 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) die Regelung aufgenommen, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes vereinbar ist. Die Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnis neben der freiberuflich ausgeübten Praxisarbeit ist daher ebenfalls ausdrücklich vom Gesetzgeber gebilligt.

Zu beachten waren dabei bislang die zeitlichen Vorgaben des BSG. Das BSG hatte in zwei Entscheidungen (B 6 KA 20/01 R; B 6 KA 40/09 R) festgelegt, dass eine anderweitige Beschäftigung neben der Tätigkeit als Vertragsarzt bei einer Vollzulassung auf einen zeitlichen Umfang von 13 Stunden pro Woche und bei einer hälftigen Zulassung auf 26 Wochenstunden beschränkt sein müsse, damit der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehe.

Auch diese strikten zeitlichen Vorgaben sind nun durch das Versorgungsstrukturgesetz gelockert worden. Durch die Neufassung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV will der Gesetzgeber klarstellen, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit maßgeblich darauf ankommt, dass der Vertragsarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet (also mindestens 20 Wochenstunden Sprechzeiten bei Vollzulassung), soll künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich sein. Wo zukünftig die Grenzen des Umfangs einer solchen Nebenbeschäftigung liegen, bleibt jedoch offen und wird von der Rechtsprechung bestimmt werden müssen.

> Wenn ein Vertragsarzt bei Vollzulassung mindestens 20 Wochenstunden Sprechzeiten in seiner Praxis gewährleisten kann, kann eine Nebenbeschäftigung — etwa eine Teilzeitstelle in einem Krankenhaus — den bislang üblichen zeitlichen Rahmen von 13 Wochenstunden überschreiten.

Vertragsarzt als Amtsträger oder Beauftragter der Krankenkassen

Die Diskussionen über vernünftige patientenbezogene Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten werden – unterschiedlich motiviert – begleitet und zum Teil verwässert durch unsachgemäße Vermengungen mit anderen rechtlich bedeutsamen Umständen. Vorwürfe über korruptes Verhalten im Gesundheitswesen werden meist an exponierter Stelle (Deutscher Ärztetag 2012) ins Blaue hinein platziert. Das Geschäft mit der Angst blüht und bringt manchen Berater auf neue Ideen, um die potenzielle Ärzteschaft zu verunsichern („Viele Ärzte unterschätzen die Folgen von Fangprämien und Rückvergütungen“). Auch manchem Politiker geht es mit der Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen offenbar nicht schnell genug: Nicht anders ist der zwischenzeitlich gescheiterte Antrag von Abgeordneten der SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag zu verstehen, die Korruption im Gesundheitswesen stärker zu bekämpfen (BT-Drucksache 17/3685).

Auch wenn der Große Senat für Strafsachen beim Bundesgerichtshof in den anhängigen Vorlagesachen den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsarzt als Amtsträger oder zumindest als Beauftragten der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der Bestechlichkeitsdelikte einordnen sollte, ändert dies nichts daran, dass zukünftig Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in dem beschriebenen Maße zulässig bleiben, solange jedenfalls ein angemessener Leistungsaustausch in den Kooperationsverhältnissen stattfindet. Die Mitnahme von Provisionen oder die Vergütung von unsinnigen oder vorgeschobenen Leistungen ist auch jetzt schon gesetzwidrig und – je nach Einzelfall – strafbar.

Wer sich also an die Regeln hält, kann Kooperationen, die letztlich doch der Verbesserung der Patientenversorgung dienen sollen, offen gegenübertreten und sollte die nun auch vom Gesetzgeber bereitgestellten Möglichkeiten sinnvoll nutzen.

Dr. Albrecht Wienke
Anna Stenger, LL.M.

Dr. Albrecht Wienke ist Fachanwalt für Medizinrecht, **Kontakt:** awienke@kanzlei-wbk.de

Anna Stenger, LL.M, ist Fachanwältin für Medizinrecht.

HONORARARZTSYMPOSIUM DER DGOU

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat bei ihrem Honorararztsymposium ein Eckpunktepapier zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten erarbeitet. Derzeit laufen politische Gespräche, da auch das Psychiatrie-Entgeltgesetz um entsprechende Regelungen ergänzt werden soll. Die Fachgesellschaft bringt ihre Eckpunkte in diese Gespräche ein. In der kommenden Ausgabe werden wir näher darüber berichten.

CHEFÄRZTE

Für dumm verkauft

Es kracht in deutschen Kliniken: Klinikmanager üben mit knallharten Finanzvorgaben Druck aus. Chefärzte fordern faire Umgangsformen.

Nett und wenig aufregend sind Grußworte gewöhnlich – so wie kürzlich die zahlreichen Ansprachen im Kongressprogramm 2012 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Es ist von wissenschaftlicher Entwicklung die Rede, medizinischem Fortschritt und von demografischer Entwicklung; Berlins Bürgermeister Klaus Wowereit lädt zum Flanieren in den Trendbezirken ein und der Allgemeinchirurg Michael Betzler zu einem Besuch des Zelttheaters Tipi am Kanzleramt. Alles wie immer. Bis der Leser auf das Grußwort von Hans-Peter Bruch stößt, dem Präsidenten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen. Da spritzt die Galle. Partnerschaft? Ein Hohn, so meint er, und nimmt das Verhältnis zwischen Managern und Medizinern in den Krankenhäusern ins Visier. „Das Vertrauen geht verloren. An die Stelle sachbezogener Arbeit treten Machtstrukturen, planwirtschaftliche Vorgaben und Anforderungen an eine permanente Leistungssteigerung, die nur noch der Logik des Kapitals folgen“, schreibt der Klinikdirektor der Chirurgie am Universitätsklinikum Schleswig- Holstein (UKSH).

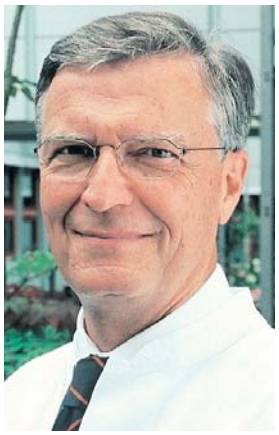
Offene Briefe haben Konjunktur

Der Umgang zwischen Medizin und Management verschärft sich seit Einführung der DRG von Jahr zu Jahr, meint Bruch. Die Analyse scheint nicht aus der Luft gegriffen: Nachrichten über offene Briefe von Chefärzten an ihre Klinikleitung oder gar den Träger haben Konjunktur, besonders in den letzten Wochen. Im Klinikum Augsburg hat sich der Medizinische Direktor Dirk Richter nach anhaltender Aufruhrstimmung und einem offenen Brief der Chefärzte an Landrat und Oberbürgermeister verabschiedet; im Uniklinikum Gießen-Marburg veröffentlichte das gesamte Direktorium eine Grundsatzkritik am Träger, dem Rhön-Klinikurn, nachdem kurz zuvor Geschäftsführerin Irmgard Stippler zurückgetreten war.

> „Wenn der Plan der Geschäftsleitung am Ende nicht erfolgreich ist, werden wir herbeizitiert wie kleine Schuljungen. Wir haben dann den Schaden, der entstanden ist, wieder gutzumachen.“
>
> BDC-Präsident Hans-Peter Bruch

Es mag sich bei Gießen-Marburg und Augsburg um eine zufällige Zuspitzung handeln. Doch eine aktuelle repräsentative Umfrage des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) stützt die Einschätzung von UKSH-Klinikdirektor Bruch. In dieser kritisieren 41 Prozent der befragten 649

BDC-Präsident Hans-Peter Bruch: „An die Stelle sachbezogener Arbeit treten Machtstrukturen, planwirtschaftliche Vorgaben und Anforderungen an eine permanente Leistungssteigerung, die nur noch der Logik des Kapitals folgen."



Fotos: Privat/Tilak

Tilak-Chef Wolfgang Buchberger: „Wir wedeln nicht mit dem Leichentuch, sondern betonen, dass wir Spitzenmedizin fördern und für jede Abteilung eine maßgeschneiderte Strategie entwickeln wollen." Der Medizinische Direktor der Tiroler Landeskrankenanstalten wechselt von Zeit zu Zeit in den Kittel, um für ein paar Stunden wieder als Radiologe zu arbeiten.

Chefärzte, Leitenden Oberärzte und Ärztlichen Direktoren das persönliche Benehmen ihrer kaufmännischen Leitung; 35 Prozent spüren Wertschätzungsdefizite; 32 Prozent bemängeln, es gehe statt um Sachkonflikte um Machtdemonstration. „Die hieraus entstehenden Konflikte und Zerwürfnisse sind aller Erfahrung nach ein Indiz für letztlich unprofessionelles Verhalten, unabhängig von Auslöserfragen", schreiben die Autoren, die Vize-Sprecherin der Chirurginnen im BDC-Präsidium Carolin Tonus und der Sachverständige Thomas Kapitza. Unprofessionelles Verhalten – die Chirurg-Manager-Studie gibt auch Auskunft darüber, was dies konkret bedeuten könnte: Nur 23 Prozent der Befragten erhalten zu Führungskräfte-Besprechungen von der Geschäftsführung ein Einladungsschreiben mit vollständiger Tagesordnung und allen Tischvorlagen. So entstünden „asymmetrische Informationsstände" und Ineffizienzen, meinen die Autoren.

Zahlen sind selten aufbereitet

Dass so häufig Tischvorlagen fehlen, überrascht, weil es in den Besprechungen meistens um Geld-Finanz-Fragen geht, über die sich ohne Unterlagen kaum diskutieren lässt.Themen sind vor allem die Wirtschaftlichkeit (66 Prozent), das Budget (62 Prozent) und Einsparungen und Sanierung (57 Prozent) sowie die strategische Leistungsplanung (70 Prozent), die, so meinen die Autoren, aufgrund alternativer Antwortmöglichkeiten und der gelebten Praxis in vielen Häusern auch als „Finanzthema" interpretiert werden kann. Viel seltener geht es um inhaltliche Fragen wie den Stationsbetrieb (19 Prozent), die Intensivstationen und die Aufwachräume (17 Prozent).

Die Leitenden Ärzte werden in Besprechungen also mit Tagesordnungspunkten konfrontiert, die mehr als alle anderen Themen eine gute Vorbereitung von ihnen verlangen. Doch oft erhalten sie vor der Besprechung keine Zahlen oder – was ebenso wenig hilfreich ist – Tischvorlagen, die schlicht unverständlich sind und ihnen keine Einordnung der Daten erlauben. „Das aber ist eine der Hauptaufgaben der Geschäftsführung und der Verwaltung: Sie müssen die Zahlen so aufbereiten, dass die Ärzte sie verstehen und sich an einer Diskussion beteiligen können. Die Geschäftsführung und die Verwaltung müssen als interner Dienstleister agieren – das ist für die Akzeptanz enorm wichtig", sagt der Geschäftsführer der Mariahilf Gruppe in Dernbach, Alfons Donat.

Die Information und auch die Beteiligung scheinen der wunde Punkt im Verhältnis zwischen Geschäftsführung und Chefärzten zu sein. Denn es ist nicht so, dass Chefärzte wirtschaftliches Denken ablehnen, betont Klinikdirektor Bruch. „Doch die kaufmännischen Direktoren legen Spielregeln und planwirtschaftliche Vorgaben für die Abteilungen fest, ohne uns zu beteiligen. Und wenn der Plan am Ende nicht erfolgreich ist, werden wir herbeizitiert wie kleine Schuljungen. Wir haben dann den Schaden, der entstanden ist, wieder gutzumachen."

Bitte auch medizinische Themen diskutieren!

Auch wenn Veränderungen nötig sind – Ärzte möchten nicht mit Anweisungen konfrontiert werden à la: „Sehen Sie zu, dass Sie mehr Einweisungen bekommen." Nein, sie wollen gemeinsam mit der Geschäftsführung nach Lösungen suchen. Das bedeutet aber: Die kaufmännische Direktion muss ebenfalls ihren Blick weiten und medizinische Themen diskutieren. Dass es sich lohnt, kann die Universitätsklinik Innsbruck bestätigen. Die Uniklinik arbeitet zurzeit zusammen mit der Hamburger Krankenhausberatung Lohmann Konzept an einem medizinischen Masterplan, um ihr universitäres Profil zu schärfen und gut vorbereitet zu sein auf den Wettbewerb, der auch in Österreich in den nächsten Jahren zunehmen wird. „Wir gehen dabei von den medizinischen Leistungen

MEHR INFOS

www.bdc.de

Hier finden sich diverse Aufsätze zum Verhältnis zwischen Medizin und Management unter Archiv →Fortbildung →Management (anschließend auf Management in der linken Navigationsleiste klicken):

- Ergebnisse der BDC-Umfrage 2011 „Kooperation oder Konflikt – Die Zusammenarbeit zwischen Leitenden Chirurgen und Klinik-Geschäftsleitungen" von Thomas Kapitza und Carolin Tonus
- Kommunikation und Führung contra Boni: „Wie miteinander kommunizieren und umgehen? Leistungsträger contra Klinikleitung" von Hans-Peter Bruch
- Spannungsverhältnis Chefarzt – Geschäftsleitung: Ergebnisse einer Befragung bei Deutschen Chefärzten" von Tilman Mischkowsky
- MBA für Chirurgen: Karrieregarantie oder nützliches Zusatzwissen" von Thomas Kapitza

aus und machen die beteiligten Ärzte zu Treibern des Veränderungsprozesses“, erklärt Wolfgang Buchberger, Medizinischer Direktor der Tiroler Landeskrankenhausanstalten (Tilak), die Träger der Uniklinik sind. Zunächst schauen sie sich gemeinsam mit den Ärzten das aktuelle Leistungsportfolio an, um anschließend das Soll-Portfolio zu definieren. „Dabei sehen wir nicht nur auf die Deckungsbeiträge, sondern fragen auch die Ärzte, wo sie die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken ihres Fachs und ihrer Abteilung sehen. Wir wedeln nicht mit dem Leichentuch, sondern betonen, dass wir die Spitzenmedizin fördern und für jede Abteilung eine maßgeschneiderte Strategie entwickeln wollen.“ Dabei fallen Entscheidungen, die sowohl im Sinne der Ärzte als auch der Klinikleitung sind. Ein Beispiel: 50 Prozent aller Patienten der neurochirurgischen Klinik kamen wegen Bandscheibenproblemen. Gleichzeitig hatte die Klinik mit sinkenden Deckungsbeiträgen zu kämpfen. „Eine Analyse ergab, dass die präoperative Verweildauer für die Routineeingriffe zu lange und die Anzahl der Patienten ohne operative Leistung zu hoch war. Durch genauere Indikationsstellung und eine verbesserte Aufnahmeplanung konnten wir den Deckungsbeitrag verbessern und gleichzeitig Ressourcen für zentrumsmedizinische Leistungen frei machen“, sagt Buchberger. Außerdem plant die Tilak jetzt ein Zentrum für die ambulante Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden in einem benachbarten Tilak-Krankenhaus. „Auf diese Weise haben wir das universitäre Profil der Klinik geschärft und die klinischen Prozesse verbessert, weil wichtige Eingriffe wie Tumor-Operationen nicht mehr mit einfachen Bandscheiben-OPs konkurrieren müssen.“

Die Zahlen erhalten die Ärzte an der Uniklinik Insbruck grundsätzlich aufbereitet. „Wir übersetzen die rein ökonomischen Daten der Controller in medizinische Leistungsdaten, aggregieren sie zu Leistungsgruppen und berücksichtigen auch nötige Querfinanzierungen und unseren Versorgungsauftrag.“ Die Zahlen spielen aber nicht die Hauptrolle, sondern das Leistungsprofil. Trotzdem zeigt der Masterplan finanziellen Erfolg: „Obwohl strukturelle Maßnahmen wie die Errichtung von interdisziplinären Behandlungszentren und die Zusammenlegung oder Reduktion von Stationen erst zu greifen beginnen, haben sich die Finanzergebnisse in allen Kliniken erheblich gebessert“, berichtet Tilak-Chef Buchberger. Das bestätigt das Credo des Ärztlichen Direktors Hans-Peter Bruch aus Lübeck: „Wenn die Geschäftsleitung in Vertrauen und medizinische Qualität investiert, stellt sich der wirtschaftliche Erfolg von selbst ein.“

Kirsten Gaede

Kirsten Gaede, Redakteurin bei kma – klinikmanagement aktuell

Der Beitrag erschien erstmals in der Zeitschrift kma – klinikmanagement aktuell, Ausgabe 5/2012. Das Magazin für die Gesundheitswirtschaft erscheint einmal monatlich im Georg Thieme Verlag. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.
kma im Internet:
www.kma-online.de

1/1 Anzeige

ORTHOPÄDIE-MUSEUM

Schätze im Verborgenen

Die Orthopädische Universitätsklinik „Friedrichsheim“ in Frankfurt am Main beherbergt das Deutsche Orthopädische Geschichts- und Forschungsmuseum. Es hält eine große und sehr sehenswerte Sammlung künstlicher Gliedmaßen und Gelenke, orthopädischer Apparate und Instrumente vor, die die Entwicklung des Faches Orthopädie sehr anschaulich dokumentieren.

Fotos: Ehrhardt

Museumsführer aus Leidenschaft: Georg Holfelder, früherer BVOU-Vorsitzender, kümmert sich im Auftrag des Vorsitzenden des Museumsvereins, Prof. Dr. Michael Rauschmann, um das Deutsche Orthopädische Geschichts- und Forschungsmuseum in Frankfurt/Main.

Dr. Georg Holfelder hütet einen Schatz. Neben der ehemaligen Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) in der Orthopädischen Universitätsklinik „Friedrichsheim“ in Frankfurt am Main, die er einige Jahre lang leitete, befindet sich das Deutsche Orthopädische Geschichts- und Forschungsmuseum. Holfelder, mittlerweile 82, kommt immer noch einmal in der Woche in die Klinik, kümmert sich im Auftrag des Museumsvereins um die Korrespondenz und führt Besucher herum.

Zwischen 300 und 400 Menschen – größtenteils Patienten des „Friedrichsheims“, Medizinstudenten und Berufsschulklassen – empfängt Holfelder im Jahr. Das war früher anders. Die Tür stand offen, das Licht brannte immer, 800 bis 1.000 Besucher jährlich schlenderten zwischen den Vitrinen und Ausstellungsstücken entlang. Dazwischen liegen und stehen wahre Schätze, etwa eine Eiserne Lunge oder ein Nachdruck der 1555 erschienenen „De humani corporis fabrica“ aus der Feder des belgischen Arztes und Anatoms Andreas Vesalius – bis vor wenigen Jahren gab es tatsächlich das Original in einem Tresor aus Panzerglas zu bewundern. Mittlerweile ist eine Krankenhaus-Controllerin in die ehemalige Geschäftsstelle eingezogen, und im Museum ist Ruhe eingekehrt.

Erstes fachspezifisches Medizinmuseum in Deutschland

Das Museum, das erste fachspezifische medizinhistorische Museum Deutschlands, ist seit 1998 im „Friedrichsheim“ beheimatet. Georg Hohmann gründete es 1959 am „König Ludwig Haus“, der orthopädischen Universitätsklinik von Würzburg. 1962 übernahm ein privater Verein die Trägerschaft; August Rütt, damaliger Ordinarius, baute Sammlung und Bibliothek weiter aus. Anfangs beherbergte das Museum hauptsächlich künstliche Gliedmaßen. Später kamen Exponate aus allen Bereichen der konservativen und operativen Orthopädie, der Physiotherapie und Anästhesie hinzu. 1995 war der Fundus so groß geworden, dass er die Kapazitäten des „König Ludwig Hauses“ sprengte. Das Glück wollte es, dass im „Friedrichsheim“ gerade eine Krankenstation geschlossen wurde. Prof. Dr. Ludwig Zichner, zu diesem Zeitpunkt Ordinarius für Orthopädie, erreichte, dass dem Museum die leerstehenden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt wurde. „Das war ihm deshalb möglich, weil das ‚Friedrichsheim‘ ursprünglich eine Stiftung war und deshalb über seine Räume frei verfügen konnte“, erklärt Holfelder.

5.000 Jahre Orthopädiegeschichte

1998 wurde das Museum in Frankfurt wiedereröffnet. Auf 150 Quadratmetern präsentiert es 5.000 Jahre Orthopädiegeschichte. Ein aus menschlichen Knochen zusammengesetztes Skelett heißt die Besucher willkommen. Seine Glieder sind so angeordnet, dass sie da Vincis Skizze von den menschlichen Proportionen entsprechen. Einige von ihnen sind mehrere tausend Jahre alt und veranschaulichen das Gebiet der Paläopathologie. Knochenfunde aus längst vergangener Zeit lassen Rückschlüsse über Umwelteinflüsse, Lebensalter und Gesundheitszustand der damals lebenden Menschen zu. „Aus ihnen ergibt sich zum Beispiel, dass Frauen im dritten bis sechsten Jahrhundert nach Christus an Osteoporose litten und Arthrosen bereits bei den Neandertalern auftraten. Auch die Tuberkulose ist keine ‚moderne Krankheit‘, sie bestand schon vor 4.000 Jahren in Europa“, heißt es im Ausstellungskatalog.

Die nachfolgenden Vitrinen ermöglichen einen Einblick in die grundlegenden Entwicklungen der Orthopädie. Orthetik, Endoprothetik, Knochenbruchbehandlung – kaum ein operatives Verfahren wird ausgespart. Die Exponate stammen aus eigenen Beständen oder sind Dauerleihgaben aus dem Hygienemuseum in Dresden, dem Dresdner pathologischen Institut „Georg Schmorl“ und aus der Berliner Virchow-Sammlung. Ein beson-

ders wertvolles Ausstellungsstück ist ein Osteotom aus dem Nachlass seines Erfinders Bernhard Heine. Weltweit gibt es nur noch fünf Exemplare dieser Knochensäge, die hauptsächlich zum Öffnen des Schädels benutzt wurde. Sie erinnert an eine kurbelbetriebene Kettensäge. Damit der Chirurg mit einer Hand die Sägekurbel drehen und mit der anderen den Körperteil, den er gerade operierte, fixieren konnte, befand sich am Griff des Osteotoms eine gabelförmige Halterung, die am Oberkörper des Chirurgen befestigt wurde. So konnte er das Werkzeug vor- und rückwärts, auf und ab bewegen, dorthin, wo er es brauchte.

Urahnen heutiger Fitnessgeräte

Sehenswert sind auch die künstlichen Gliedmaßen und orthopädischen Hilfsmittel. Das Museum beherbergt mehr als 100 Prothesen, Schienenhülsen- und Schellenapparate für die Beine sowie 40 Orthesen und Prothesen für die Arme. Gut erkennbar sind einzelne Entwicklungssprünge, etwa vom Stelzbein über die Holzprothese mit multizentrischem Kniegelenk bis hin zur Modularprothese. Gleiches gilt für die umfangreiche Sammlung von Endoprothesen, Implantaten und Instrumenten. Auch Zeitzeugen der frühen physikalischen Therapie und der Krankengymnastik werden präsentiert, beispielsweise sogenannte „Zander-Apparate“, die Urahnen der Kraftgeräte in heutigen Fitnessstudios, mit denen man um 1900 orthopädische und chirurgische Erkrankungen behandelte; oder auch einen Vorläufer des Ergometers aus schwerem, schwarzen Stahl.

Ein interessantes Ausstellungsstück, das den Orthopäden am Anfang des 20. Jahrhunderts einen gründlichen Blick und geschickte Finger abverlangt hat, ist der Zeichenapparat nach Fritz Lange. Die Ärzte konnten damit den Zustand und Verlauf einer Skoliose dokumentieren – im Grunde genommen macht die heutige 3-D-Wirbelsäulenanalyse nichts anderes, nur schneller. Der Patient wurde mit dem Rücken vor einen Rahmen gestellt, in dem eine Glasplatte fixiert war. Über die Glasscheibe verliefen Längs- und Querlinien, wie auf einer Landkarte, auf der die Landschaft noch nicht eingezeichnet ist. Der Arzt markierte markante Punkte der Wirbelsäule auf der Glasplatte. Damit ihm keine noch so kleine Unebenheit entging, benutzte er dabei eine spezielle Lupe, einen sogenannten Diopter. Die S-förmige Linie, die entstand, wenn er die Punkte miteinander verband, konnte er problemlos auf Papier übertragen und so das Fortschreiten der Verkrümmung genau beobachten.

„Das Exponat, das fast die meisten Diskussionen provoziert, ist die Eiserne Lunge“, erzählt Holfelder. Wie ein grüner, metallener Sarg mit Luken steht das Gerät auf seinem Fahrgestell im hintersten Raum des Museums. Darin mussten Menschen, die an Kinderlähmung erkrankt waren, monatelang liegen, wenn ihre Atemmuskulatur von der Krankheit betroffen war, sie keine Luft mehr bekamen und deshalb auf künstliche Beatmung angewiesen waren. Da man damals nicht intubieren konnte und es noch keine Atemmaschinen gab, kam der Betroffene in die Kammer, nur der Kopf ragte heraus. In der Kammer herrschte abwechselnd ein Über- und Unterdruck, so dass sich der Brustkorb heben und senken, der Patient also passiv atmen konnte – so lange, bis er so weit genesen war, dass er wieder aktiv Luft schöpfen konnte. Ob der Patient sich dabei nicht wie lebendig begraben fühlte? „Ich glaube, solche Gedanken hat sich keiner gemacht“, mutmaßt der

Ausgewählte Einzelstücke

Paläopathologie: Osteoporose und Arthrose sind keine modernen Volkskrankheiten. Schon vor 5.000 Jahren litten die Menschen daran. Das zeigen Knochenfunde aus dieser Zeit, die im Museum zu einem Skelett zusammengefügt wurden.

Chinesinnenfuß: Im chinesischen Kaiserreich schnürte man die Füße von Mädchen, um sie so klein und schlank wie möglich erscheinen zu lassen. Auch der Tippelgang, zu dem die immer schmerzenden Füße die Frauen verdammten, entsprach dem damaligen Schönheits- und Frauenideal.

Osteotom: Ein Highlight der Orthopädiegeschichte und echte Rarität. Von dieser kurbelbetriebenen Knochensäge, die hauptsächlich zum Öffnen von Schädeln verwendet wurde, gibt es auf der Welt insgesamt nur noch fünf Exemplare.

Künstliche Hände: Schon der römische General Marcus Sergius soll um 200 vor Christus viele Kämpfe mit einer Handprothese bestritten haben. Seine künstliche Hand ist in Frankfurt nicht zu sehen – dafür aber zahlreiche andere historische Prothesenversorgungen.

Lähmungsorthese: Orthopädie steht für „das gerade Kind“ (von griechisch ‚orthos‘ = ‚gerade‘ und ‚paideia‘ = ‚Erziehung‘). Zahlreiche orthopädische Hilfsmittel sollen den Menschen aufrichten – so wie diese Lähmungsorthese, die für ein Kind angefertigt wurde, das an Kinderlähmung erkrankt war.

Röntgenröhren: Wie überdimensionale Glühbirnen muten die ersten Röntgenröhren an. „Die orthopädische Chirurgie gehört sicherlich zu den Spezialgebieten der ärztlichen Wissenschaft, die den größten Nutzen von der Anwendung der Röntgenstrahlen haben“, schrieb Albert Hoffa 1906 in einem Radiologie-Atlas.

Zander-Apparat: Mit diesem sogenannten Widerstandsapparat konnten Patienten ihre Rückenmuskeln stärken. Die Idee geht auf den schwedischen Arzt Gustav Zander zurück, der Maschinen zur Heilgymnastik entwarf und damit einen bahnbrechenden Erfolg hatte.

Implantate und Kunstgelenke: Dieses transparente Kunststoffskelett demonstriert künstliche Gelenke und Knochenimplantate. Die operative Knochenbruchbehandlung setzte sich erst durch, als sich 1958 in der Schweiz die Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) gründete.

Eiserne Lunge: In diesen sargähnlichen Apparat wurden Menschen gesteckt, deren Atemmuskulatur aufgrund einer Kinderlähmung versagt hatte. In der Kammer herrschte abwechselnd Über- und Unterdruck, so dass sich der Brustkorb heben und senken konnte. Die Patienten mussten oft wochenlang darin ausharren, nur Hals und Kopf schauten hervor.

Klumpfuß: Dieser Gipsabdruck zeigt den Klumpfuß eines Erwachsenen. Angeborenen und erworbenen Fußfehlstellungen sowie den Therapiemöglichkeiten, wie sie sich im Lauf der Zeit wandelten, ist ein eigener Museumsbereich gewidmet.

Museumsführer aus Leidenschaft. „Man war einfach froh, wenn man am Leben blieb.“

So wie die Eiserne Lunge den Betrachter von heute leicht erschauern lässt, obwohl sie vielen Menschen einst das Leben gerettet hat, so erzählen die ausgedienten, im Museum versammelten Geräte und Instrumente vor allem eine Geschichte: die vom stetigen Fortschritt der Medizin. Sie erzählen diese Geschichte anschaulich und – wenn gewünscht – mit der Stimme von Georg Holfelder. Der Schatzhüter der Orthopäden freut sich immer über Gäste und steht für Fragen gerne zur Verfügung.

Jana Ehrhardt

Jana Ehrhardt,
Redakteurin der OUMN

DIE BIBLIOTHEK IM MUSEUM

Auf die Idee, einen Menschen zu zeigen, der seine Haut über dem Arm trägt, ist nicht erst Gunther van Hagens gekommen. Andreas Vesalius hat solche anatomischen Zeichnungen schon im 16. Jahrhundert angefertigt und in „De humani corporis fabrica“ (1555) veröffentlicht. Das Buch gehört zum Bestand der Museumsbibliothek.

Schon seit der Gründung des Museums ist die Bibliothek ein zentraler Bestandteil der Sammlung. Sie beherbergt chirurgisch-orthopädische Fachliteratur, Literatur zur Orthopädietechnik, Behindertenhilfe, zur Geschichte der Orthopädie, Institutionengeschichte sowie zur Medizingeschichte allgemein. Mit einem Bestand von ca. 6.000 Medieneinheiten ist die Sammlung die größte Spezialbibliothek für Orthopädiegeschichte in Deutschland, viele Werke stammen aus der Frühzeit der Orthopädie vor 1850, manche sogar aus dem 16. Jahrhundert. Auch eine Sammlung von über 600 Hochschulschriften, vor allem Dissertationen, gehört zum Bestand. Die Bibliothek ist für alle Interessierten offen. Sämtliche Medieneinheiten werden für wissenschaftliche Zwecke als Präsenzbestand gehalten. Kopien können in der Bibliothek angefertigt werden. Um eine telefonische Voranmeldung wird gebeten: (0 69) 67 05 377 – Bitte hinterlassen Sie gegebenenfalls eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter.
Mehr Informationen: www.orthopaedie-museum.de

Lust auf einen Besuch?
Wer das Museum besichtigen möchte, meldet sich bitte unter (0 69) 67 05 377 oder per E-Mail bei Herrn Holfelder an: museum@friedrichsheim.de
Auch Führungen für Gruppen können vereinbart werden.

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE

Neuer Vorstand im Amt

Nach Beschluss der Generalversammlung hat Prof. Dr. Stefan Nehrer die Präsidentschaft von 2012 bis 2013 in der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie übernommen, weiters ergaben sich folgende Änderungen in der Zusammensetzung des Vorstandes.

Der scheidende Präsident Prim. Dr. Josef Hochreiter wurde traditionell zum 1. Vizepräsidenten ernannt. Prim. Dr. Peter Zenz wurde zum 2. Vizepräsidenten bestellt. Einige langjährige Mitglieder des Vorstandes haben ihre Funktionen zurückgelegt bzw. die Funktionen wurden neu gewählt. An dieser Stelle möchte sich der Präsident bei Doz. Dr. Christian Berger, Prof. Dr. Martin Dominkus, Dr. Wolfgang Freilinger, Prim. Dr. Johannes Kirchheimer, Dr. Ulrich Lanz, Dr. Richard Lemerhofer, Prim. Prof. Dr. Peter Ritschl, Prim. Prof. Dr. Archibald von Strempel und Doz. Dr. Christian Wurnig als ausscheidende Mitglieder des Vorstandes für ihre Mitarbeit herzlichst bedanken. Neu in den Vorstand gewählt wurden Prof. Dr. Catharina Chiari als Schriftführerin, Doz. Dr. Ronald Dorotka als Vertreter des Berufsverbandes, Dr. Michael Hexel als Vertreter des Mittelbaus, Prim. Prof. Dr. Bernd Stöckl als einen der Primarärztevertreter und Dr. Alexandra Pokorny als Vertreterin der in Ausbildung stehenden KollegInnen.

Alfred Engel hat nach Ausscheiden von Prof. Dr. Peter Ritschl die Funktion des Vertreters der ehemaligen Präsidenten übernommen. Neu als kooptierte Mitglieder wurden Dr. Thomas Motycka in Zusammenhang mit seinen Aktivitäten im Bereich der UEMS und Prim. Doz. Dr. Klemens Trieb, der die Präsidentschaft im Rahmen der European Orthopaedic Research Society übernommen hat, aufgenommen. Member-at-large sind für die nächsten zwei Jahre Prim. Dr. Günter Sinz, Prim. Doz. Dr. Roman Radl und Prim. Dr. Norbert Freund. Mit dieser neuen Zusammensetzung des Vorstandes ist gewährleistet, dass die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie auch in den nächsten beiden Jahren die Anliegen der Orthopäden Österreichs tatkräftig vertreten wird.

Als Tätigkeitsschwerpunkte werden die weitere Entwicklung und Neustrukturierung der orthopädischen Facharztausbildung mit einem systematischen Bildungsprogramm zur Absicherung der Ausbildungsqualität sein, die Etablierung von themenorientierten Fortbildungssymposien um die zentralen Themen der Orthopädie abzudecken und wissenschaftliche Förderung der aktuellen Problemstellungen in der Orthopädie.

Prof. Dr. Stefan Nehrer

Prof. Dr. Stefan Nehrer, Zentrum für Regenerative Medizin und Orthopädie an der Donau Universität Krems, ist Präsident der ÖGO. **Kontakt:** stefan.nehrer@donau-uni.ac.at

NEUER ÖGO-VORSTAND

Präsident: Prof. Dr. Stefan Nehrer
1. Vizepräsident: Prim. Dr. Josef Hochreiter
2. Vizepräsident: Prim. Dr. Peter Zenz
Generalsekretär:
Univ. Prof. Dr. Alexander Giurea
Kassierer: Prim. Univ. Prof. Dr. Karl Knahr
Schriftführerin: Prof. Dr. Catharina Chiari
Internationale Kontakte:
Prim. Prof. Dr. Nikolaus Böhler
Frauenbeauftragte:
Dr. Walpurger Lick- Schiffer
In Ausbildung Stehende:
Dr. Alexandra Pokorny- Olsen
Vertretung ehemaliger Präsidenten:
Prim. Prof. Dr. Alfred Engel
Uniklinik Graz: Prof. Dr. Andreas Leithner
Member at Large:
Prim. Dr. Norbert Johann Freund, Prim. PD Dr. Roman Radl, Prim. Dr. Gütner Sinz
Fachgruppenobmann: Dr. Rudolf Sigmund
Fachgruppe Ost: Dr. Andreas Stippler
Fachgruppe Mitte: Dr. Erich Durnig
Fachgruppe West: Dr. Bernhard Frischhut
Berufsverband: PD Dr. Roland Dorotka
Uniklinik Salzburg:
Prim. Univ. Prof Dr. Ulrich Dorn
Uniklinik Wien:
Prof. Dr. Reinhard Windhager
Uniklinik Innsbruck:
Prof. Dr. Martin Krismer
Mittelbau Vertreter:
Dr. Michael Hexel, PD Dr. Max Zacherl
PrimärärztInnen Vertreter:
Prim Dr. Vinzenz Auersperg, Prim. Prof. Dr. Bern Stöckl, MAS, Prim. Doz. Dr. Manfred Weissinger
Koopierte Mitglieder:
Dr. Thomas Motycka, PD Dr. Klemens Trieb, Doz. Dr. Christian Tschauner

Fortbildungssymposium: Revisionen/Infektionen

Die Ögo veranstaltet vom 5. bis 6. Oktober 2012 in Hartberg in der Steiermark ein Symposium zum Thema „Revision/Infektion“. Das Symposium beginnt am 5. Oktober mit Impulsreferaten zu den Themen: Biofilm, Behandlungsalgorithmen – wie ein- versus zweizeitiger Wechsel – oder Revisionenzeitpunkt; aber auch über perioperative Aspekte wie Patient Blood Management und antiinfektiöse Therapien. Anschließend werden traditionsgemäß wissenschaftliche Beiträge aus den Abteilungen präsentiert.

WEITERE INFORMATIONEN

Dagmar Serfezi
Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Tel.: +43 (0)1 405 1383-35
E-Mail: ds@medacad.org
www.orthopaedics.or.at/

Fotos: Privat

Los Angeles: Besuch des Shriners Hospital for Children in LA mit Prof. Hugh Watts (1. V. li.) und Prof. Georg Neff (3. v. re.)

TRAVELLING FELLOWSHIP 2012 DER INITIATIVE‘93

Zentren der Technischen Orthopädie in Nordamerika

Seit 20 Jahren wird im zweijährigen Turnus das Reisestipendium der Initiative ‘93 Technische Orthopädie an Ärzte und Orthopädietechniker aus den drei deutschsprachigen Ländern zum Besuch der Zentren der Technischen Orthopädie in Nordamerika vergeben. 2012 waren die ausgewählten Fellows Dr. Martin Berli, Zürich, Dr. Christoph Thaler, Salzburg, und Dipl.Ing. (FH) Daniel Heitzman, Heidelberg.

San Francisco

In San Francisco besuchten wir zunächst den Jahreskongress der AAOS (American Academy of Orthopedic Surgeons), der ein beeindruckendes Ereignis darstellt, einerseits wegen seiner Größe, andererseits wegen der geballten Ladung an Fachwissen und Kompetenz im Bereich der Orthopädischen Chirurgie. Diese kommt vor allem bei den allgemein zugänglichen Podiumsdiskussionen zur Geltung, die immer in bester amerikanischer Show-Manier umgesetzt werden. Auf der anderen Seite waren im Programm der AAOS Sessions bzw. Vorträge zum Thema Rehabilitation bzw. Orthopädietechnik nur spärlich gesät. Dies zeigte sich auch bei der angegliederten Fachmesse, bei der die Stände der orthopädischen Industrie eine untergeordnete Rolle neben den großen Endoprothetikherstellern wie DePuy, Zimmer und Biomet spielten. Anlässlich diverser Meetings und Abendessen lernten wir auch verschiedene unserer künftigen Gastgeber persönlich kennen, mit welchen wir vorgängig bereits E-Mail-Kontakt hatten.

San Francisco: Dr. Christoph Thaler, Dr. Martin Berli, Prof. Jessica Rose, Leiterin d. Ganglabors der Standford University, Daniel Heizmann (v. li. n. re.)

An der Standford University in Palo Alto hatten wir Gelegenheit, das Orthopädie-Forschungslabor von Prof. Peter Yang zu besichtigen und das Gait-Labor von Prof. Jessica Rose zu besuchen. Prof. Yang forscht im Bereich der Endoprotetik und versucht mittels spezieller Beschichtungen der Schäfte, das Risiko einer vorzeitigen Lockerung zu reduzieren. Prof. Jessica Rose untersucht mit ihrer Gruppe hauptsächlich Kinder mit neurologischen Gangstörungen. Unter anderem ist diese Gruppe aktiv an einem Gerät zur Funktionellen Elektro-Stimulation (FES) bei Kauergängern mit Infantiler Cerebralparese beteiligt. Weiter befasst sich Frau Prof. Rose mit der frühkindlichen Entwicklung des Gehirns mittels F-MRT, im Speziellen bei Frühgeborenen. An beiden Orten waren wir von den zentralen Forschungsarbeiten sehr beeindruckt.

Los Angeles

Die nächste Reisestation war Los Angeles mit dem ausgesprochen großzügigen und stets um uns Fellows bemühten Gastgeber Prof. John Hsu: Dieser hatte für uns ein intensives fachliches und soziales Programm organisiert, mit dem Besuch des „Magic Castle“ als Höhepunkt, zu dem er als Magier-Mitglied mit Gästen Zutritt hat. Fachlich genossen wir den Besuch des Shriners Hospitals for Children in Los Angeles unter der Führung von Hugh Watts – auch bekannt als „Huge“ Watts – und den beiden neu gewählten Nachfolgerinnen. Wir besuchten unter anderem die Ambulanz der Orthopädie-Technik, in der wir mehrere Patienten mit deren Versorgungen kennen lernten. Unter anderem zwei dysmele Patienten, eine Unterarmamputierte und ein Patient mit einer Umkehrplastik nach Borggreve, die in den USA nur unter dem Namen Van Ness Rotationplasty bekannt ist. Als Überraschung hatten wir auch noch Gelegenheit, Prof. Georg Neff mit Gattin als Mitbegründer der Initiative ‘93 und des Reise-Fellowship-Programms kennen zu lernen und unserer Freude darüber Ausdruck zu verleihen.

Eher erschüttert waren wir beim Besuch der ehemaligen orthopädischen Abteilung des Rancho Los Amigos Spitals über die Schwere der Erkrankungen und Verletzungen der dort stationär behandelten Patienten. Dort hatten wir Gelegenheit, auf der Morgenvisite von Chefarzt Prof. Salah Rubayi – eines plastischen Chirurgen – mitzugehen und eine volle Abteilung paraplegischer Patienten zu visitieren, die hauptsächlich durch Schussverletzungen und Verkehrsunfälle gelähmt waren und mit Lappenplastiken aufgrund schwerer Decubiti versorgt werden mussten. Ein Highlight unserer Reise war anschließend das Zusammentreffen mit Prof. Jacqueline Perry, der Pionierin der Ganganalyse. Mittlerweile 93-jährig, nimmt sie immer noch am Klinikgeschehen teil.

CFI/Quelle: usarmy.vo.llnwd.net

San Antonio: Motek Caren System im Center for the Intrepid

Salt Lake City: Die Fellows beim Testen einer myoelektrischen Prothese bei Motion Control/Harold Sears (li.)

Am darauffolgenden Tag, nach dem Sprechstundenbesuch der Kinderklinik im Orthopedic Hospital Los Angeles mit Prof. John Hsu und Prof. Peter Thaler, statteten wir am Nachmittag noch der Firma Össur in Foothill Ranch einen Besuch ab, wo wir über deren aktuelle Produkte informiert wurden.

San Antonio

Von Los Angeles ging die Reise weiter nach San Antonio in Texas, wo wir erstmals das Brooke Army Medical Center (kurz BAMC) besuchen konnten. Dieser Besuch war einer der Highlights unserer Reise: Besonders beeindruckt waren wir von den scheinbar unlimitierten Mitteln, die dem Zentrum von der Army zur Verfügung gestellt werden, um die verwundeten Soldaten wieder auf die Beine zu bringen. Zusätzlich wurden durch Spenden enorme Geldmittel gesammelt, die den Bau eines auf Amputierte spezialisierten Zentrums, des CFI, ermöglichten. CFI steht für Center for the Intrepid, was frei übersetzt so viel wie „das Zentrum der Unerschrockenen“ bedeutet. Dass all die privat gespendeten Mittel auch sinnvoll und zweckgebunden eingesetzt werden, ist eines der Hauptaufgaben des uns betreuenden LTC MC Dr. Donald Gajewski. Aus den technischen Hilfsmitteln und Rehabilitationseinrichtungen stach vor allem das Labor zur Ganganalyse hervor. Es beinhaltete neben einem sehr großzügig dimensionierten Labor auch ein System der Firma Motek vom Typ Caren (Computer Assisted Rehabilitation Environment). Dieses ist domförmig aufgebaut und erlaubt den Patienten, sich in einer vollständig virtuellen Umgebung zu bewegen und ihn so idealerweise wieder für einen Einsatz aufzubauen. Wenn man von der Tatsache absieht, dass hier eine sehr große Zahl eigentlich gesunder junger Menschen durch Kriegsaktivitäten verstümmelt wurde, dann war diese Begegnung sehr lehrreich, weil in diesem Zentrum die aktuellen Grenzen der Rehabilitation vollständig ausgelotet und neue Möglichkeiten geschaffen werden.

Salt Lake City

Von San Antonio führte unsere Reise nach Salt Lake City: Unser Gastgeber war Harold Sears von Motion Control, einer Firma, die in Europa vor allem für ihren elektronischen Ellenbogen, den sogenannten Utah-Arm, bekannt ist. Harold hatte ein ausgesprochen interessantes Programm zusammengestellt, wobei wir uns vor allem über den tiefen Einblick in die Produktion der Motion Control Produkte freuten, welche fast ausschließlich von Hand gefertigt werden. Ferner stellte uns Harold Sears seine neuen Forschungsprojekte vor, wobei vor allem ein neuer Prothesenfuß mit einem adaptiven hydraulischen Sprunggelenkssystem sehr vielversprechend erscheint. Der Besuch am Shriners Hospital for Children in Salt Lake City bei Prof. Jacques d’Astous und seinem Team war auch ein sehr erfreulicher Anlass, bei dem wir uns im Rahmen eines speziell organisierten Symposiums mit Spezialisten aus dem Rehabilitationsbereich austauschen und sehr spannende Kontakte knüpfen konnten. Diese vertieften wir dann am nächsten Tag, an dem

Minneapolis: Die Fellows beim Besuch der Mayo Clinic in Rochester mit Prof. Kenton Kaufmann (2. v. li.); Prof. Thoms Shives (3. v. re.) und Mark Edwards (Otto Bock/2. v. re.)

wir ins Orthopedic Research Laboratory der University of Utah eingeladen waren und von Prof. Kent Bachus geführt wurden. Diese Forschergruppe beschäftigt sich intensiv mit der Osteointegration von Exoprothesen und der damit zusammenhängenden Infektionsproblematik. Die aktuellen Resultate sind sehr ermutigend, so dass die Gruppe zuversichtlich ist, bis Ende 2013 die FDA-Zulassung für diesen Interventionstyp zu erreichen. Am Nachmittag besuchten wir vor dem Abflug noch ein neues Startup-Unternehmen namens eMotis, wo sich die Gründer auf die Produktion von Carbon-Fußprothesen spezialisiert haben.

Minneapolis

Nach Salt Lake City stand Minneapolis auf dem Programm: Die Firma Otto Bock hatte für uns einen Besuch der Mayo Clinic in Rochester organisiert. Dort wurden wir über den ganzen Tag von Prof. Kenton Kaufmann betreut, dem Leiter des Biomechanics Motion Analysis Labors. In besonderer Erinnerung geblieben sind uns vor allem die neuen Behandlungsansätze im Ganglabor mit der Sturzschulung und das postoperative Rehabilitationsprogramm nach Amputationen von Prof. Thomas Shives. Diesem zufolge werden die Patienten nach Amputationen – Unter- und Oberschenkel – im Schnitt nach fünf bis sieben Tagen mit einer provisorischen Prothese versorgt aus der Klinik entlassen.

Miami: Die Fellows und Prof. Bowker (2. v. li.) in Miami

Vor dem Abendessen besuchten wir noch die Firma Prosthetic Laboratories, die exklusiv die Prothesenversorgung der Mayo Clinic Patienten vornimmt. Vom Besuch der Firma Tamarack von Marty Carlson in Minneapolis waren wir fachlich und menschlich ausgesprochen angetan. Die Firma, die in Europa eigentlich nur für ihre flexiblen AFO (Ankle Foot Orthosis) Gelenke bekannt ist, überraschte mit innovativen Ansätzen zum Beispiel in der Rollstuhlversorgung und in der Dekubitusprophylaxe. Überraschend war Wieland Kaphingst als neuer Mitarbeiter von Tamarack und gleichzeitig eine der „Größen“ der deutschen Orthopädietechnik neben Marty Carlson bei Tamarack unser Gastgeber.

Dallas

Von Minneapolis führte uns die Reise nach Dallas. Hier wurde das Programm von Prof. Frank Gottschalk zusammengestellt, wobei die einzelnen Fellows getrennte Wege gingen: Martin Berli besuchte die Sprechstunde und den OP mit Prof. James Bordsky, einem bekannten Fußchirurgen, Christoph Thaler besuchte das Team des Texas Scottish Rite Hospital for Children, wo er im OP eine Ganz-Osteotomie bei Prof. John Herring und Prof. Daniel Sucato assistierte. Daniel Heitzmann hatte Gelegenheit, das Ganganalyselabor und die Technische Orthopädie des Texas Scottish Rite Hospital for Children und den Leiter der Prosthetics Don Cummings zu besuchen. Am Tag zuvor konnte er die Einrichtungen des Prosthetics and Orthotics Programms in Dallas besuchen und mehrere Vorträge für die Studenten des Studiengangs halten.

Chicago

Nach Dallas stand mit Chicago der nächste Höhepunkt bevor. Das NUPOC (Northwestern University Prosthetics and Or-

thotics Center) hatte für uns ein vollständiges Symposium mit Gastreferent Prof. Michael Pinzur zusammengestellt. Dieses verlief ausgesprochen konstruktiv. Hier gebührt vor allem Prof. Steven Gard und R.J. Garrick großer Dank für die Organisation. Während einer größeren Pause des Symposiums hatten wir Gelegenheit, die einzelnen Forschungsbereiche und deren Räumlichkeiten zu besuchen. Diese bestanden aus dem Motion Analysis Lab, Electronics Lab, CAD/CAM Lab, Mechanical Testing Lab, und dem Machine Shop zur Fertigung von Versuchsaufbauten. Dies verdeutlichte, dass das NUPOC sehr breit aufgestellt ist und aus diesem Grunde zu den Top-Adressen in der Ausbildung im Bereich der Technischen Orthopädie zählt. Erfreulich und spannend für uns waren die Bereitschaft und der Wille verschiedener Teamleiter, uns nach dem offiziellen Programm noch zusätzliche Forschungsprojekte vorzustellen und mit uns zu diskutieren. Leider erlaubte es der Gesundheitszustand von Prof. Dudley Childress diesem nicht, am Symposium teilzunehmen.

Am nächsten Tag stand der Besuch der Forschungsabteilung des RIC (Rehabilitation Institute of Chicago) von Prof. Todd Kuiken und die Neuroplasticity Labors der Northwestern University von Prof. Lee Miller auf dem Programm. Hier erlebten wir an beiden Orten äußerst beeindruckende und wegweisende Pionierarbeit. Die Bandbreite reichte von bilateralen myoelektrischen Armprothesen, die über die „targeted muscle reinnervation“ angesteuert werden, über Handy-Apps zur Erforschung des Patientenverhaltens über GPS bis zur vollständigen Rehabilitations-Testabteilung für die Errichtung eines neuen Spitals beim RIC. Im Neuroplasticity Lab konnten wir diversen Testversuchen am Computer-Hirn-Interface mit trainierten Affen beiwohnen, wo als Ziel Prothesen von Hirnimpulsen computergesteuert werden sollen.

Miami

Nach Chicago stand mit Miami schon die letzte Reisestation auf unserem Programm. Hier durften wir uns über die sprichwörtliche Gastfreundschaft von Prof. John Bowker – mittlerweile 84-jährig und immer noch aktiv im Beruf – und seiner Gattin Alice freuen. Am Department of Physical Therapy der University of Miami besichtigten wir das frisch umgesiedelte, aber noch nicht vollständig aufgebaute Gait-Lab und lernten danach den Energie geladenen Prof. Bob Gailey kennen, einen der bekanntesten Physiotherapeuten für Gangschulung nach Amputation, der uns mit seinen Vorträgen und Ideen voll in seinen Bann zog.

Am letzten Kliniktag stand der Besuch von Prof. John Bowkers Amputierten-Sprechstunde auf dem Programm, wo wir auch die Gelegenheit hatten, uns mit seinem Prothetiker auszutauschen. Anschließend präsentierte uns Prof. Bowker in einem Vortrag seine langjährige Erfahrung in der Amputationschirurgie, illustriert mit interessanten Kasuistiken.

Resümee

Zusammenfassend dürfen wir feststellen, dass die Technische Orthopädie im deutschsprachigen Raum im Direktvergleich mit den USA qualitativ ausgezeichnet abschneidet. Insbesondere die Orthopädische Schuhtechnik darf in den USA als faktisch inexistent bezeichnet werden. Entsprechend beeindruckt waren verschiedene Gastgeber von einem Vortrag zu den hiesigen Entwicklungen dieses Versorgungszweigs. Im Gegensatz dazu ist die Forschung im Bereich der Rehabilitation nach Amputation in den USA im Vergleich mit Europa wesentlich breiter gefächert und mit bedeutend größeren finanziellen und personellen Mitteln ausgestattet. Gemeinsam ist beiden Regionen, dass es schwierig zu sein scheint, motivierten und engagierten Nachwuchs zu finden, der die Zukunft der Technischen Orthopädie sicher stellt. Ganz speziell deswegen stellte das Travel Fellowship-Programm für uns eine unschätzbare Bereicherung dar: Es gibt uns die Möglichkeit, ein Netzwerk mit ausgewiesenen, begeisterten Spezialisten zu knüpfen, um das wohl vielseitigste Fach der Orthopädie im freundschaftlichen Umfeld pflegen, betreiben und weiter entwickeln zu können.

Was bleibt, sind die zahllosen Erinnerungen an das Travel-Fellowship-Programm, das für uns fachlich und vor allem auch menschlich eine unschätzbare Bereicherung war. Wir freuen uns darauf, die neuen Erkenntnisse in die Klinik einfließen zu lassen und zugleich die gewonnenen Freundschaften zu pflegen.

Wir danken dem Kuratorium der Initiative ’93 TO herzlich für die mit diesem Reisestipendium verbundenen vielen großartigen Erfahrungen, und wir sind bereit, uns für die Ziele der Initiative ’93 TO zu engagieren!

Dr. Martin Berli

Dr. Martin Berli,
Orthopädische Universitätsklinik Balgrist Zürich
Kontakt: martin.berli@balgrist.ch

Personalia

PD Dr. Ulf Culemann hat zum 1. Juni die Chefarztstelle der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Neurotraumatologie am Allgemeinen Krankenhaus Celle übernommen. Zuvor war er als Leitender Oberarzt und Chefarztvertreter in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg tätig.

Prof. Dr. Wolf Drescher, Aachen, wurde zum Vizepräsidenten und Schatzmeister der Association Research Circulation Osseous (ARCO) gewählt. Er hat zahlreiche experimentelle und klinische Arbeiten zum Thema Hüftkopfnekrose publiziert. Unter anderem erhielt er 2004 den Arthur-Vick-Preis der Assoziation für Rheumaorthopädie für eine experimentelle Studie zur Hüftkopfnekrose.

Prof. Dr. Andreas Eisenschenk, Chefarzt für Hand, Replantations- und Mikrochirurgie im Unfallkrankenhaus Berlin, ist die Professor-Buck-Gramcko-Stiftungsprofessur des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft verliehen worden. Damit einhergehend wurde er zum Leiter der Hand- und funktionellen Mikrochirurgie an der Universitätsmedizin Greifswald ernannt.

Prof. Dr. Thomas Gösling ist seit April dieses Jahres neuer Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik am Städtischen Klinikum Braunschweig. Er tritt damit die Nachfolge von P**rof. Dr. Heinrich Reilmann** an, der in den Ruhestand geht. Gösling war bisher an der Klinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Hochschule in Hannover tätig, seit 2006 als Oberarzt und seit 2010 als leitender Oberarzt. Reilmann war 23 Jahre im Klinikum Braunschweig tätig und leitete die Unfallchirurgische Klinik seit 1989. Mit dieser personellen Neubesetzung wird die Klinik umbenannt in Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie.

Thomas Kaschewsky leitet seit April die Abteilung für Chirurgie im Evangelischen Krankenhaus von Ludwigsfelde. Zuvor war er als Chefarzt in Dannenberg tätig.

Prof. Dr. Clayton N. Kraft ist zum außerplanmäßigen Professor der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich Wilhelms Universität Bonn berufen worden. Seit 2007 ist er Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie des Helios Klinikums Krefeld. Davor war er an der Orthopädischen Universitätsklinik Düsseldorf als Stellvertretender Klinikdirektor tätig.

Dr. Jürgen Kußmann ist seit Mai neuer Chefarzt der Orthopädie der Klinik Hohenlohe in Bad Mergentheim. Vor seinem Wechsel nach Bad Mergentheim war Kußmann mehr als drei Jahre lang leitender Oberarzt / Bereichsleiter BGSW (berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung) an der Fachklinik Falkenburg in Bad Herrenalb.

PD. Dr. Marcus Müller, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn, habilitierte mit der Arbeit „Evaluation eines 2D-Fluoroskopie-basierten Navigationssystems zur Osteosynthese von Frakturen im Bereich des proximalen Femurs“.

PD Dr. Manfred Nelitz, Geschäftsführender Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, hat die Venia legendi für das Fach Orthopädie erhalten. Thema seiner Habilitationsschrift: „Achskorrigierende Eingriffe am Kniegelenk – Eine biomechanische Untersuchung zur Veränderung von Bandspannung und Gelenkflächenbelastung des Kniegelenkes nach hohen Tibiaosteotomien“.

Prof. Dr. Edmund Neugebauer von der Uni Witten/Herdecke wurde von der Mitgliederversammlung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) im Mai einstimmig zum neuen ersten Vorsitzenden gewählt. Seine Amtszeit erstreckt sich von 2012 bis 2014. Er löst damit Prof. Dr. Holger Pfaff (Universität Köln) ab, der zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt wurde.

PD Dr. Robert Pflugmacher ist neuer leitender Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn. Er leitet bislang den Schwerpunkt Wirbelsäulenorthopädie und folgt in seiner neuen Funktion auf PD Dr. Oliver Weber, der in Recklinghausen eine Chefarztposition antritt.

Dr. Martin Reuter besetzt die Stelle des Chefarztes der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am St. Josefs-Hospital Cloppenburg. Reuter ist bereits seit 2004 im St. Josef-Hospital Cloppenburg als Oberarzt und D-Arzt-vertreter in dem genannten Fachbereich tätig.

Dr. Uli Schmucker, stellvertretender Leiter der Arbeitsgemeinschaft Prävention von Verletzungen der DGU und Leiter der Sektion Prävention der DGOU, früher an der Abteilung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Universitätsmedizin Greifswald tätig, ist als ärztlicher Mitarbeiter in die Geschäftsstelle der AUC – Akademie für Unfallchirurgie GmbH in München eingetreten.

Dr. Uwe Seidenspinner ist zum Chefarzt für Unfallchirurgie an der Missionsärztlichen Klinik Würzburg berufen worden. Im Rahmen einer Strukturänderung wurde die Chirurgische Abteilung in die beiden Bereiche Unfallchirurgie und Allgemein-, Viszeral-, Thoraxchirurgie geteilt. Seidenspinner bildet mit dem Chefarzt der Allgemein-, Viszeral-, Thoraxchirurgie eine Chefarztgemeinschaft.

Dr. Julia Seifert, leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), wurde am 1. Juni 2012 für ihre langjährige Verkehrsunfallforschung an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald mit dem „Goldenen Dieselring" des Verbandes der Motorjournalisten (VdM) ausgezeichnet.

PD Dr. Oliver Weber, bisher leitender Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn, ist ab Juli 2012 der neue Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie des Prosper-Hospitals in Recklinghausen.

Dr. Rainer Zinser ist der neue Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Krankenhaus Wangen. Er folgt auf **Dr. Helge Straube**, die sich nach 22 Jahren ärztlicher Tätigkeit in den Ruhestand verabschiedet. 1990 wurde sie in Wangen Erste Oberärztin der Chirurgie. Als 2004 die Unfallchirurgie zur eigenen Sektion wurde, trat sie an deren Spitze. 2007 wurde sie zur Chefärztin berufen. Zinser arbeitet bereits seit dem vergangenen Jahr in Wangen und war zuvor am Krankenhaus St. Elisabeth in Ravensburg als Oberarzt tätig. Er war dort maßgeblich am Aufbau der neuen Notaufnahme beteiligt.

Prof. Dr. Georg Täger ist seit April neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Kempten. Er war dort zuvor als Leitender Oberarzt tätig.

1/1 Anzeige

Aus unseren Verbänden
Berichte und Angebote

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

DGOU Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Liebe Mitglieder!

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

Sie fragen – Ihr Vorstand antwortet.

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

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

Ganz im Zeichen der Weiterbildungsordnung

Joachim Stier

Immer häufiger fällt das Stichwort „Weiterbildungsordnung“ in den berufspolitischen Vorträgen des BVOU-Vorstandes. Ein untrügliches Zeichen für den Ernst der Lage. So auch auf der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) im Rahmen der 60. Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU).

Bereits zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2011 verknüpfte Vizepräsident Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer als Tagungspräsident die Weiterbildungsordnung (WBO) mit dem Erhalt der konservativen Orthopädie. Jetzt, im Frühjahr 2012 zur VSOU-Jahrestagung in Baden-Baden, konnte Präsident Helmut Mälzer über weitere Fortschritte berichten. Denn kurz zuvor hatten sich der Berufsverband und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zwecks gemeinsamer Diskussion zurückgezogen. Das Wichtigste vorab: Konservative Inhalte der Orthopädie und Unfallchirurgie werden gestärkt durch eine zeitnahe und perspektivische Anpassung. Eine Arbeitsgruppe aus DGOU/DGU und BVOU hat dazu ein entsprechendes Konzept erarbeitet, wie Präsident Mälzer mit Bezug auf Prof. Hartmut Siebert, Mitglied im geschäftsführenden BVOU-Vorstand und Generalsekretär der DGOU und DGU, berichtete. „Wichtig ist“, so Helmut Mälzer, „neben einem verbesserten Angebot konservativ orthopädischer/rheumatologischer Weiterbildungsinhalte deren Nachprüfbarkeit zur Facharztprüfung.“ Und auch schneller sollte es gehen – die Gesamtdauer der Weiterbildungszeit hinterfragte der Präsident ebenfalls. Wichtig sei, zumindest eine Flexibilisierung einzelner Zeitvorgaben zu erreichen.

Weiterbildung: Mehr Einbindung der niedergelassenen Ebene

Prof. Dreinhöfer konnte während der Mitgliederversammlung im erneut sonnenverwöhnten Baden-Baden weitere erfreuliche, aber auch weniger erfreuliche Informationen weiterleiten. Erfreulich ist, dass die Bundesärztekammer (BÄK) die Berufsverbände in Sachen WBO stärker eingebunden sehen möchte. Der zuständige Referent für die WBO bei der BÄK, Dr. Bartmann, schilderte dem BVOU einige wichtige Punkte, durch die speziell die niedergelassenen Praxen hervorgehoben und auch die Berufsverbände stärker in die Weiterentwicklung eingebunden werden sollen. Geplant ist, so Prof. Dreinhöfer, die WBO unter dem Aspekt realistischer Anforderungen zu modifizieren: „Entschlackung und Anpassung.“ Statt einer modularen Weiterentwicklung könnte es eine auf Kernzeiten und kernfakultative Inhalte basierende Ausgestaltung geben. Sehr erfreulich für die niedergelassenen Orthopäden: Die Versorgungsrealität wird durch eine bessere Integration des ambulanten Sektors berücksichtigt werden. Interessant, so Karsten Dreinhöfer, auch: Die Berufsverbände werden als Korrektiv aufgefordert, sich zu beteiligen.

Dies allerdings steht in Kontrast zu Bestrebungen anderer chirurgischer Verbände, den BVOU aus den Beratungen zur WBO herauszudrängen – und das, so Prof. Dreinhöfer, trotz einer bislang guten Zusammenarbeit. Dieser Vorstoß konnte durch die Einigung auf eine beratende Mitgliedschaft abgemildert werden. Wirklich befriedigend und auf Dauer tragfähig ist dies für den BVOU nicht.

Honorarreform: Vieles zielt ins Schwarze

Als zweites großes Thema stieß Präsident Mälzer die Honorar(Reform)Diskussion an. Wichtig ist, dass das Rad der Geschichte in einem entscheidenden Punkt zurückgedreht werden konnte. Seit Anfang 2012 werden die Honorarverteilungsmaßstäbe zum einen wieder regional erstellt, und zum anderen müssen sich die KVen nur noch ins Benehmen mit den Krankenkassen setzen. Beides gab es schon einmal. Doch dann kam die Phase, in der es galt, ein Einvernehmen mit den Kassen herzustellen – „das glich in der Vergangenheit der Quadratur des Kreises“, beschreibt Helmut Mälzer die Totalblockade der Kassen. Und auch jetzt noch zögen die Kassen weiterhin mit der Einstellung durch die Lande, den Orthopäden gehe es immer noch gut.

Vizepräsident Dr. Andreas Gassen konnte in Baden-Baden von einer entscheidenden Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV VV) berichten. Andreas Gassen ist einer der stellvertretenden Vorsitzenden der KBV VV. In Berlin wurden, so der BVOU-Vize, aus der Sicht der Orthopäden und Unfallchirurgen wichtige Punkte durchgesetzt:

1. **Psychotherapie soll über externe Geldmittel finanziert werden.**

2. **Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung:** Heftige Diskussionen um diesen Punkt, so Gassen in seinem Bericht, hatte es dazu mit dem hausärztlichen Lager gegeben. Es geht um die getrennte Entwicklung der Honorartöpfe: „Früher waren die Hausärzte immer sehr dafür, die Gesamtvergütung zu trennen. Doch jetzt ist den Hausärzten aber aufgefallen, dass die Morbiditätsentwicklung eigentlich nur noch bei den Fachärzten stattfinden wird.“ Mit den Psychotherapeuten gemeinsam konnte hier die Mehrheit im fachärztlichen Interesse erreicht werden, so Andreas Gassen. Ferner wird es einexternes Gutachten geben, das die Leistungsverlagerung zwischen den Fachgruppen belegt. Dies soll im Oktober 2012 vorgelegt werden: „Dann wird es zu einem Angleichen der Honorartöpfe kommen“, so BVOU-Vize Gassen.

3. **Weiterentwicklung des EBM:** Die VV lehnte es ab, die Weiterentwicklung des EBM kostenneutral zu gestalten: „Dies läuft der Morbiditätsentwicklung zuwider, die künftig der Motor der Honorarfortentwicklung werden

soll“, so Andreas Gassen. Für die Orthopäden ist ein Halbsatz wichtig, der die Weiterentwicklung „schrittweise für die arztgruppenspezifischen Kapitel des EBMs“ vorsehe. Das orthopädische Kapitel 18 wird vorgezogen, obwohl die Reform erst 2014 abgeschlossen sein soll. Es ist die große Chance, das Kapitel den Zeiterfordernissen anzupassen und mehr Honorar zu generieren, so Andreas Gassen. Mehr Einzelleistungen, differenzierte Darstellung Neu-Alt Patienten: „Wir werden in der Lage sein, den Arthrosepatienten, der das zehnte Mal im Quartal kommt, besser zu führen. Dies sind Details, die in unsere Richtung laufen.“

4. **Das Paradigma der Gegenwart, unbegrenzte Leistung für begrenztes Geld, wird es nicht mehr geben:** Die VV hat beschlossen, die Leistungen des EBM auf das im Sozialgesetzbuch V geforderte Maß zu überprüfen und anzupassen. „Das wird uns die Möglichkeit geben, für unsere Leistung, die wir im EBM differenziert darstellen können, auch mehr Honorar zu erhalten“, so BVOU-Vize Gassen.

Hervorragend organisiert hatte die reibungslos ablaufende Mitgliederversammlung das Team der Berliner BVOU-Geschäftsstelle um Margit Henniger und Sibylle Reichelt. Am Ende blieb Präsident Mälzer nur, erstaunt auf die Uhr zu schauen – soviel Inhalte in kompakter Zeit, das wäre eine Steilvorlage für die Reform der Weiterbildungsordnung.

Joachim Stier

Joachim Stier, freier Journalist in Berlin/Aachen

NICHT EINIGELN

Weitere wichtige Stichworte des Vorstandes, dem neben dem Präsidenten Mälzer und den Vizepräsidenten Dreinhöfer und Gassen, Dr. Peter Heppt (Schatzmeister), Dipl.-Med. Frank Schulz, Dr. Helmut Weinhart, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Prof. Dr. Hartmut Siebert (Generalsekretär DGOU) angehören:

IGeL-Broschüre des BVOU
Der BVOU hat eine mit Durchführungsempfehlungen gespickte Broschüre zu den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) herausgebracht, die die Leistungserbringung für Arzt und Patient transparenter und leichter machen soll. Die Orthopäden und Unfallchirurgen benötigen dieses Segment, deshalb ist es aus Sicht des BVOU-Vorstandes umso wichtiger, dass es nicht durch unseriöse Anbieter entwertet wird. Die Orthopäden und Unfallchirurgen dürfen den Kassen keine Steilvorlage für verschärfte Angriffe liefern.

„Zeigt her eure Füße“
Aktion „Zeigt her Eure Füße“ wird es auch 2012 geben. Schirmherrin wird die Sprecherin des Gesundheitsausschusses, Dr. Carola Reimann, SPD, sein. Der BVOU hat in diesem Jahr den Wunsch der Mitglieder berücksichtigt, auch regionale (Mit)Schirmherren einzubinden – also auch freie Fahrt für die Politiker vor Ort. Diesmal gibt es keinen festen Tag, sondern eine Woche, in der der Aktionstag regional/lokal Tag frei wählbar ist. Diese Aktion hat das Image der Orthopäden und Unfallchirurgen in der Öffentlichkeit deutlich verbessert.

Versorgungskongress 2013
2013 gibt es einen Versorgungsforschungskongress, den die DGOU mit dem BVOU gemeinsam organisiert. Ziel ist es, die Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems dort einzubinden. Ein kleiner Kongress, aber mit einer politisch erheblichen Bedeutung. Es wird in seinem Rahmen auch ein Preis der KKH-Allianz ausgeschrieben in Höhe von 15.000 Euro zur Früherkennung und Prävention orthopädischer Erkrankungen.

DGU = Partner der OUMN
Die DGU bringt sich nun in die Zeitung „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“ ein. Damit wird das Zusammenwachsen der Orthopäden und Unfallchirurgen auch auf medialem Gebiet unterstrichen und unterstützt.

Journalistenpreis O + U
Der Journalistenpreis ging 2011 an „Bild am Sonntag“, die sehr schön dargestellt hat, wie orthopädische Erkrankungen durch unser Fachgebiet behandelt werden. Auch in diesem Jahr wird es wieder einen Preis geben – erfreulich: Alle großen Rundfunkhäuser, Fernsehanstalten und Verlagshäuser haben die Unterlagen angefordert. Das Preisgeld beträgt 5.000 Euro und führt dazu, sich mit den Themen der Orthopädie und Unfallchirurgie zu beschäftigen.

Einheit O + U
Einheit O + U – drei Projektgruppen gibt es dazu: 1. Öffentlichkeitsarbeit; 2. WBO: Basisausbildung unter einem gemeinsamen Label zusammenfassen – das soll erst einmal parallel zu den BDC-Kursen laufen; 3. Nachwuchs generieren, der sich für O u U interessiert, Nachwuchsarbeit soll sowohl für den Verband wie auch das Fach erfolgen. Ein Start wurde mit zwei Medizinstudierenden auf Göttingen gemacht. Beide haben bereits ein sehr interessantes Konzept ausgearbeitet, das nun in die Praxis umgesetzt werden wird.

Pilotprojekt Zweitberatung
AOK Nordost will ein Zweitberatungsprinzip anbieten – der BVOU hat hier mitberaten: In einem Pilotprojekt im Raum Berlin-Brandenburg wird dies mit einer gesonderten Vergütung getestet.

Foto: www.joeykelly.de

Vom Popstar zum Extremsportler: Joey Kelly sprach beim Karlsruher Laufsymposium über seine Leistungen als Ausdauersportler. Insgesamt hat er bereits 44 Marathons, 31 Ultra-Marathons, 13 Ironman-Wettkämpfe, mehr als zehn Wüsten-Ultra-Läufe, drei Races across America, zwei Powerman-Läufe, drei Tough-Guy-Races, über 100 Halbmarathons/Triathlons/Volksläufe und acht 24-Stunden Bike- und Mountainbikemarathons im Team absolviert.

6. Laufsymposium in Karlsruhe: Sport über 40

Prof. Dr. Matthias Buchner

Das zum sechsten Male durchgeführte Karlsruher Laufsymposium stand dieses Jahr unter dem Motto „Sport über 40“. Das interdisziplinäre, aus Internisten, Orthopäden und Sportwissenschaftlern bestehende Organisationsteam unter der Leitung von Dr. Johannes Flechtenmacher, BVOU Landesvorsitzender Baden, hatte hierzu hochrangige Referenten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingeladen, die am 9. Mai 2012 vor einer großen Zuhörerschar im Hörsaal des Städtischen Klinikums ihre Vorträge hielten.

Einst Popstar, heute Extremsportler

Als Ehrengast eingeladen war Joey Kelly, Spross der Kelly Family und inzwischen zum Ausdauer- bzw. Extremsportler avanciert. In einem beeindruckenden Vortrag gab er einen Überblick über sein mit 40 Jahren schon bewegtes Leben, das in einfachen Verhältnissen in der kinderreichen Kelly Family begann, ihm den Ruhm eines Popstars bescherte und schließlich zu seiner neuen Leidenschaft, den Ausdauersport, führte. Er zeigte Bilder von sich als Sportler, der mit einer unglaublichen Ausdauer acht Ironman-Wettkämpfe in einem Jahr, Marathons durch die Sahara und das Death Valley und mehrere Expeditionen zum Südpol bewältigt hat. Das Credo dieses außergewöhnlichen Sportlers lautet: Mit Ausdauer, Wille, Zielsetzung und Leidenschaft kann der Mensch in jedem Alter seine Ziele erreichen und dabei seinem Körper zuvor nicht zugetraute Belastungen abverlangen.

Foto: Privat

Die Organisatoren und Referenten des Laufsymposiums, unter ihnen auch Ehrengast Joey Kelly (2. von. rechts)

Sport beim älteren Menschen

Den Einfluss auf die körperliche Fitness und das psychische Wohlbefinden beim älteren Menschen untersuchte der Direktor des Instituts für Sportwissenschaft in Bern, Prof. Achim Conzelmann, in seinem Vortrag „Erfolgreiches Altern durch Sport und Bewegung?“. Während der ältere Sportler zwar eine geringere Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit aufweist, nimmt die Trainierbarkeit im Alter keineswegs ab, das Leistungsniveau ist wie beim jüngeren Menschen abhängig vom Trainingsniveau. Durch Selektion, Optimierung und Kompensation schafft es der ältere, sportlich aktive Mensch auch zum psychischen Wohlbefinden. Prof. Rainer Hambrecht, Chefarzt der Klinik für Angiologie und Kardiologie in Bremen, hob in seinem Referat den Effekt von körperlicher Fitness auf die Vermeidung von kardiovaskulären Erkrankungen und des metabolischen Syndroms hervor. Körperliches Training auch im Alter im Sinne anaerober Ausdauer von 30 Minuten an drei Tagen in der Woche sowie dynamischer Kraftbelastung hat in Studien nachgewiesene positive physiologische Effekte auf das kardiovaskuläre System (so zum Beispiel auf das Endothelsystem), darüber hinaus auch bei Patienten mit bereits vorhandenen kardiovaskulären Erkrankungen. Enttäuschend sei allerdings, dass nur 25 Prozent der Erwachsenen angeben, regelmäßig Sport zu treiben.

Prof. Winfried Rossmanith, Chefarzt der Frauenklinik im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe, begann seinen Vortrag „Was bringt Sport für die Frau in den besten Lebensjahren?“ mit der Feststellung, dass Frauen Sport als Beitrag zur eigenen Gesundheit betreiben, während Männer Sport eher als Wettbewerbsleistung sehen. Sport kann bei Frauen um und nach der Menopause neben den bekannten internistischen Effekten auch die Wahrscheinlichkeit maligner Erkrankungen, etwa des Mammakarzinoms, bewirken, auch als Effekt einer begleitenden Gewichtsreduktion.

Dr. Torsten Schattenberg, Orthopäde aus dem Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrum der Universität Mannheim, schilderte in seinem abschließenden Vortrag den Einfluss des Alters auf das Skelettsystem, die Muskulatur, die Bänder und den Knorpel. Er wies hierbei auf präventative Maßnahmen wie den Erhalt der Mobilisation bzw der Frühmobilisation nach Verletzungen oder Operationen hin wie auch auf die essenzielle Osteoporosediagnostik und -therapie beim älteren Menschen. Weiterhin gab er einen Überblick über konservative und operative Therapiemöglichkeiten von Verletzungs- und Verschleißerscheinungen beim älteren Menschen, von minimalinvasiven Methoden bis hin zur Endoprothetik.

Zum Abschluss einer gelungenen Veranstaltung wurde das Laufsymposium seinem Namen noch gerecht – ein gemeinsamer Lauf mit Referenten, Moderatoren und Organisatoren rundete den Tag ab.

Prof. Dr. Matthias Buchner, Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz

1/2 Anzeige

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Dr. med. Kai Bauwens · Berlin
Christoph Berbig · Karlsruhe
Dr. med. Andreas Dambon · Kaarst
Alexander Del Savio · Würzburg
Sebastian Moritz Dettmer · Frankfurt am Main
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Rüdiger von Eisenhart-Rothe · München
Dr. med. Ulf Finkewitz · Bremen
Dr. med. Tobias Gebhardt · Ingolstadt
Dr. med. Tobias Heesen · Würzburg
Dr. med. Gerhard Herrmann · Pegnitz
Dr. med. Frank Hesselmann · Neuss
Dr. med. Marcus Hollenstein · Berlin
Dr. med. Michael Joneleit · Offenbach
Dr. med. Alexander Khalisi · Baden-Baden
Dr. med. Christian Lange · Aachen
Dr. med. Peter Meschede · München
Luisa Peter · Göttingen
Dr. med. Fatih Sahin · Augsburg
Dr. med. Matthias Schläfke · Berlin
Dr. med. Klaus Schlüter-Brust · Köln
Dr. med. Christina Schubert · Dresden
Dr. med. Alexander Schultze · Berlin
Tomasz Suchmiel · Offenbach
Dr. med. Dirk-Henning Theurer · Kempten
Birgit Wagner · Berlin
Stefanie Weber · Göttingen
PD Dr. med. Mathias Witt · Rostock
Dr. med. Ines Wolfermann · Pegnitz

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Baden-Württemberg

Bezirk Nord-Württemberg. **Dr. Burkhard Lembeck** aus Ostfildern wurde zum Bezirksvorsitzenden gewählt. **Reinhard Deinfelder** aus Donzdorf wurde zum stellv. Bezirksvorsitzenden gewählt, er ist Nachfolger von Herrn **Dr. Matthias Schenzle** aus Geislingen.

Bremen

Landeswahlen. **Dr. Manfred Neubert** aus Bremen wurde als Landesvorsitzender wiedergewählt, sein Stellvertreter bleibt **Dr. Ludwig W. Ackermann** aus Bremen.
Bezirk Bremen. **Dr. Manfred Neubert** aus Bremen wurde als Bezirksvorsitzender wiedergewählt.

Niedersachsen

Bezirk Verden. **Dr. Andreas Neckritz** aus Achim wurde zum Bezirksvorsitzenden gewählt, er ist Nachfolger von **Dr. Marcus Hausdorf** aus Schneverdingen. Als Stellvertreter wurde wieder **Harald Peters** aus Schneverdingen gewählt.

Westfalen-Lippe

Bezirk Detmold. **Dr. Stephan Lückel** aus Detmold ist von seinem Amt als stellv. Bezirksvorsitzender zurückgetreten.

Neue Kompetenzetze

Im Zuge der Qualitätsoffensive Orthopädische Rheumatologie haben sich in den vergangenen Wochen drei neue regionale Qualitätsnetze Rheumatologie formiert.

Qualitätsnetz Rheumatologie BADEN

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Marc Thomsen, Baden-Baden

Qualitätsnetz Rheumatologie HESSEN

Ansprechpartner:
Dr. med. Gereon Fußhoeller, Frankfurt am Main
Dr. med. Dusan Drahovsky, Nidderau

Qualitätsnetz Rheumatologie NORDRHEIN

Ansprechpartner:
PD Dr. Thomas Pauly, Meerbusch
Dr. med. Markus van Emden, Düsseldorf

ADO-Zertifizierungskurse Orthopädische Rheumatologie

Dr. Uwe Schwokowski

Ab sofort wird die Sektion Orthopädische Rheumatologie in Kooperation mit der Akademie Deutscher Orthopäden ihre Fortbildungskurse zertifizieren. Hintergrund für diese Aktion ist die Tatsache, dass der Facharzt für Orthopädie in der Diagnostik und Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen immer weniger Beachtung findet, obwohl er hierin bestens ausgebildet ist. Die Strukturverträge in der Früherkennung Rheumatischer Erkrankungen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Hausärzten und internistischen Rheumatologen inzwischen fast flächendeckend in der Bundesrepublik abgeschlossen. Der Facharzt für Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Orthopäde, wird bewusst ausgeschlossen. Aus meiner persönlichen Sicht wird hier politisch versucht, den Orthopäden, der im europäischen Sinne der „Rheumatologist" ist, schrittweise durch die beiden anderen Fachgruppen überflüssig zu machen. Das kann allerdings nicht gelingen, da die 660 internistischen Rheumatologen nicht in der Lage sind, dass augenblickliche Versorgungsdefizit in der Rheumatologie zu beherrschen.

> Eine vertrauensvolle Kooperation von Orthopäden/Orthopädischen Rheumatologen und Internistischen Rheumatologen ist das Ziel der Sektion Orthopädische Rheumatologie im BVOU.

Foto: Fotolia

„Früharthritis in orthopädischer Hand - Früherkennung rheumatischer Erkrankungen":
Unter diesem Titel bieten die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und die Sektion Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurse an.

Der kompetente Ansprechpartner bei Erkrankungen des Bewegungsapparates in Deutschland ist der Facharzt für Orthopädie. Er selektiert zwischen entzündlich und nicht-entzündlich im Rahmen der Frühdiagnostik. Damit der Orthopäde auch auf dem neuesten Stand der Früherkennung der entzündlichen Erkrankungen ist, bieten wir die Zertifizierungskurse über die ADO an und werden die Namen der zertifizierten Orthopäden den KVen mitteilen, mit der Aufforderung, diese für die Strukturverträge zuzulassen.

Inhalt dieser Zertifizierungskurse „Früharthritis in Orthopädischer Hand – Früherkennung rheumatischer Erkrankungen" wird die Frühdiagnostik der **Rheumatoiden Arthritis**, der Psoriasisarhritis und der **Axialen Spondyloarthritis** sein. Aber auch die **Polymyalgia rheumatika** und die Gicht werden thematisiert werden.

Weitere Themen:

- Bildgebung
- Labordiagnostik
- Untersuchungsscores
- Falldiskussionen
- Differentialdiagnostik

Der Kurs wird an einem Samstagvormittag in jedem Bundesland mit einem Qualitätsnetz von dem Sektionsleiter Dr. Uwe Schwokowski mit dem jeweiligen QN-Leiter angeboten werden und durch eine kurze schriftliche Prüfung abgeschlossen.

Der 1. ADO-Zertifizierungskurs Orthopädische Rheumatologie I ist für den 25. August 2012 in Berlin unter der Leitung von Dr. Uwe Schwokowski und Dr. Martin Talke geplant. Der nächste Termin wird der 1. Dezember 2012 sein, möglicherweise in Hannover oder Frankfurt.

Mir ist klar, dass Sie als Orthopäden in der Niederlassung von Zertifizierungen „erschlagen werden". Bei diesen Kursen geht es allerdings nicht nur um Verbesserung der Qualität und Darstellung unserer Kompetenz, nein – es geht schlichtweg um die Zukunft der konservativen Orthopädie in Deutschland! Aus diesem Grunde ist Ihre Teilnahme dringlichst notwendig. Nur mit einer großen Zahl zertifizierter Orthopäden – in der Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen – können wir die Politik überzeugen.

Dr. Uwe Schwokowski leitet die Sektion Orthopädische Rheumatologie des BVOU.

Protokoll der Klausurtagung der AG 11 Implantatallergie

Prof. Dr. Alexander Schuh

Im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in Berlin fand am 28. Oktober 2011 die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft 11 Implantatallergie der DGOU statt.

Die Veranstaltung wird vom Leiter der Arbeitsgemeinschaft, Prof. Dr. Marc Thomsen aus Baden-Baden, eröffnet. Prof. Marc Thomsen gibt zunächst einen Überblick zur Problematik und Wertung von Cobalt/Chrom-Spiegeln im Blut. Der Normwert für Cr wird in der Literatur v. 0,4 – 0,7 µg/l angegeben, wobei eine normale Schwankbreite v. 1 - 4 µg/l beschrieben wird. Für Co wird in der Literatur ein Normalwert v. 0,9 µg/l angegeben (Schwankbreite v. 1 - 4 µg/l). De Smet beschrieb ein schlechtes klinisches Ergebnis von Hüftendoprothesen mit Metall/ Metall-Gleit-Paarung bei Werten > 10 µg/l (Cr) und > 9 µg/l (Co). Bei Werten > 15 µg/l (Cr) und > 15 µg/l (Co) werden von Hart et al. 2009 in 98 Prozent negative Folgen beschrieben im Sinne einer sogenannten „painful hip". Prof. Thomsen stellt einen Algorithmus für Co/Cr Spiegel bei M/M-Gleit-Paarungen vor: Beträgt der Cr- bzw. Co-Wert < 5 µg/l, empfiehlt Prof. Thomsen regelmäßige halbjährliche klinische Kontrollen und eine Epicutantestung. Beträgt der Cr- bzw. Co- Wert 5 - 10 µg/l, empfiehlt Prof. Thomsen ein MRT (MARS) bzw. Sonographie zum Nachweis bzw. Ausschluss eines Granuloms „Pseudotumors", bei einem schlechten Ergebnis die PE. Beträgt der Cr- bzw. Co-Wert > 10 µg/l, empfiehlt Prof. Thomsen nach drei Monaten eine Blutmetallionenspiegelkontrolle. Bei persistierend hohen Werten und klinischen Beschwerden „painful hip" sollte mit dem Patienten über die Wechseloperation gesprochen werden.

Im Rahmen einer regen Diskussion wird der im englischen Sprachgebrauch geläufige Begriff „Pseudotumor" analysiert. Die Diskutanten kommen einhellig zu dem Schluss, dass der Begriff zu Ängsten bei Patienten führen kann, jedoch aufgrund der Geläufigkeit im englischen Schrifttum nicht vollständig geändert werden kann. Prof. Krenn aus Trier unterbreitet den Vorschlag, den Begriff Pseudotumor zu modifizieren in „Inflammatorischer Pseudotumor", da mit dem Begriff inflammatorisch die Abgrenzung zur Neoplasie rhethorisch gelingt. Einstimmig wurde in der Sitzung der AG 11 beschlossen, dass Herr Prof. Krenn aus Trier als Referenzpathologe der AG 11 fungieren soll. Prof. Thomsen weist darauf hin, dass in England Metall/Metall-Gleit-Paarungen seit 4/ 2010 unter Beobachtung stehen.

Im Rahmen der Klausurtagung wird beschlossen, die Empfehlung der AG 11 zu aktualisieren und in den relevanten Journalen zu publizieren. Als aktuelles Vorgehen wird bei dem Problem Implantat/ Allergie vorgeschlagen:

1. Anamnese, Röntgen, Epicutantestung und im Einzelfall der LTT Test
2. ein bis zwei Gelenkpunktionen mit Bebrütung von 14 Tagen
3. Sonographie, bzw. MRT (MARS- Technik) zum Nachweis eines „Pseudotumors"
4. Bestimmung der Co/ Cr Werte im Blut
5. Arthroskopie und PE
6. Histopathologische Untersuchung bei Prof. Krenn in Trier
7. Bestimmung der Zytokine bei Prof. Thomas in München

Des Weiteren empfiehlt Prof. Thomsen bei schmerzhaften Knieendoprothesen die Bestimmung von Co bzw. Cr Blutionenspiegel.

Zur Problematik der Aussagekraft des LTT Wertes wird sich Prof. Thomas mit der Allergologischen Fachgesellschaft abstimmen zur Aktualisierung der Überarbeitung der Empfehlung Implantat/ Allergie der AG11.

Die Firma Ceramtec berichtet, dass gehäuft wieder Testplättchen von Operateuren angefordert werden bei v.a. Metallallergie und anstehender Endoprothetik, diesem Thema soll erneut Rechnung getragen werden in der aktualisierten Empfehlung.

Abschließend wird auf den Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenkongress vom 14. bis 16. Juni 2012 in Hamburg verwiesen, bei dem die AG 11 einen Workshop organisiert. Die nächste Sitzung der AG 11 findet am 28. April 2012 in Baden-Baden statt.

Wertung der CoCr-Blutspiegel		
Cr µg/l	Co µg/l	Weitere Schritte
< 5	< 5	Regelmässige 1/2 Jährliche Kontrolle, ECT
5-10	5-10	MRI(MARS), Sono -> poor outcome ?, PE ?
> 10	> 10	painfull hip -> neg. outcome -> drohender Wechsel ??
> 20	> 20	Wechsel empfohlen
	> 25	mögliche Vergiftungssymptome

Tab. Wertung der COCr-Blutspiegel

Prof. Dr. Alexander Schuh leitet das Muskuloskelettale Zentrum Klinikum Neumarkt. Er ist Schriftführer der AG 11.
Kontakt: Alexander.Schuh@Klinikum.Neumarkt.de

1/1 Anzeige

DGOU-Zukunftsworkshop: Fehlerkultur und Behandlungssicherheit

Prof. Dr. Hartmut Siebert

Unterlaufen uns Unfallchirurgen und Orthopäden tatsächlich die meisten Behandlungsfehler? Welche Ursachen und welche Konstellationen im Behandlungsverlauf führen in unserem Fach zu Fehlern und Schäden? Was können wir als Operateure, Prozess-, Personal- und Budgetverantwortliche zur Fehlerminimierung und Erhöhung der Sicherheit beitragen? Beim Zukunftsworkshop der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie Unfallchirurgie 2011 unter dem Motto „Der Patient im Mittelpunkt" versuchten die Teilnehmer am Thementisch „Fehlerkultur und Behandlungssicherheit", Antworten auf diese Fragen zu formulieren.

„Am Beginn von Arzthaftungsstreitigkeiten steht immer eine Komplikation."

Der Patient sieht in jeder Komplikation, jedem unerwünschten Behandlungsergebnis eine ärztliche Fehlleistung. Der Arzt argumentiert, Risiken seien unvermeidbar, deshalb könne er dafür nicht haftbar gemacht werden. Den Richter interessiert ausschließlich die Frage, ob die Komplikation durch fehlerhaftes Vorgehen oder trotz aller Vorsicht des Operateurs aufgetreten ist.

Rechtsanwalt Johann Neu von der norddeutschen Schlichtungsstelle sieht in dieser unterschiedlichen Wahrnehmung eines unerwünschten Vorkommnisses den Hauptgrund für Behandlungsfehlervorwürfe von Seiten des Patienten. Er präzisiert: Rechtsstreitigkeiten aufgrund einer Komplikation resultieren meist aus einer gestörten Kommunikation. Bei Behandlungsfehlern findet in 33 Prozent der Fälle kein Arzt-Patienten-Gespräch statt, bzw. der Patient empfindet dieses als unzulänglich. In 67 Prozent der Fälle interpretieren Arzt und Patient den Begriff Komplikation völlig unterschiedlich.

Nicht nur in Deutschland, sondern weltweit werden Behandlungsfehlervorwürfe am häufigsten an Unfallchirurgen, Allgemeinchirurgen und Orthopäden adressiert. Die wenigsten Fehler scheinen aufs Konto von Hals-Nasen-Ohrenärzten und Neurochirurgen zu gehen. In unserem Fach sind Behandlungsfehlervorwürfe zu den Diagnosen Koxarthrose, Gonarthrose, Sprunggelenk- und Unterarmfrakturen am häufigsten – dieser Trend ist seit dem Jahr 2000 ungebrochen. 28 Prozent der Vorwürfe bezüglich der Koxarthrosenbehandlung sind nach Einschätzung der Schlichtungsstelle begründet, wohingegen sie in 36 Prozent aller Behandlungsfehlervorwürfe diese als berechtigt attestierte. In Schweden und Dänemark ist die Situation vergleichbar.

65 Prozent der Fehler ereignen sich während der OP und danach: So sind Komplikationen auf eine fehlerhafte OP-Planung, falsche Gelenkimplantate und/oder auf eine zu späte oder unzulängliche Reaktion auf postoperative Infektionen zurückzuführen. In der Unfallchirurgie liegen die wesentlichen Ursachen in einer unzureichenden Diagnostik und einer fehlerhaften OP-Technik. Dies bestätigen die Untersuchungen von Biberthaler et al aus dem Jahre 2011 zu dieser Fragestellung [1].

Der Patient hat immer Recht – zunächst

Aus diesen Gründen empfiehlt Neu, noch während des stationären Aufenthalts offen mit dem Patienten über die vermeintlichen Ursachen einer Komplikation zu sprechen. Der Arzt sollte dabei die Sichtweise des Patienten akzeptieren, auf die Möglichkeit einer unabhängigen Klärung hinweisen und danach seine eigene Sicht darlegen. Dieses Vorgehen versachliche das Gespräch und helfe in manchen Fällen, weitere Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Stephan Kirschner von der Orthopädischen Universitätsklinik Dresden bestätigt in seinem Beitrag „Was können wir als Ärzte zur Förderung der Sicherheitskultur konkret beitragen?" die von Herrn Neu dargestellten Daten und Fakten mit Hinweisen aus der US-amerikanischen Literatur. Neben erheblichen Mängeln in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sieht er als Hauptgefahrenquelle für unerwünschte Vorkommnisse den häufig über Jahre tradierten und eher unabgestimmten Prozessablauf von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung. Es könne nicht sein, dass es in einem komplexen und vielschichtigen Prozessablauf wie zum Beispiel der Endoprothetik nur einen Verantwortlichen des Verfahrens gibt. In der Regel ist es so, dass ein Hauptverantwortlicher allein den Prozess im Verlauf unterbrechen könne. Das ist jedoch nur möglich, wenn er in der Krisensituation unmittelbar dabei ist. Jedoch könne niemand sämtliche Behandlungsschritte überblicken, um gezielt und zeitnah einschreiten zu können, wann immer dies erforderlich ist.

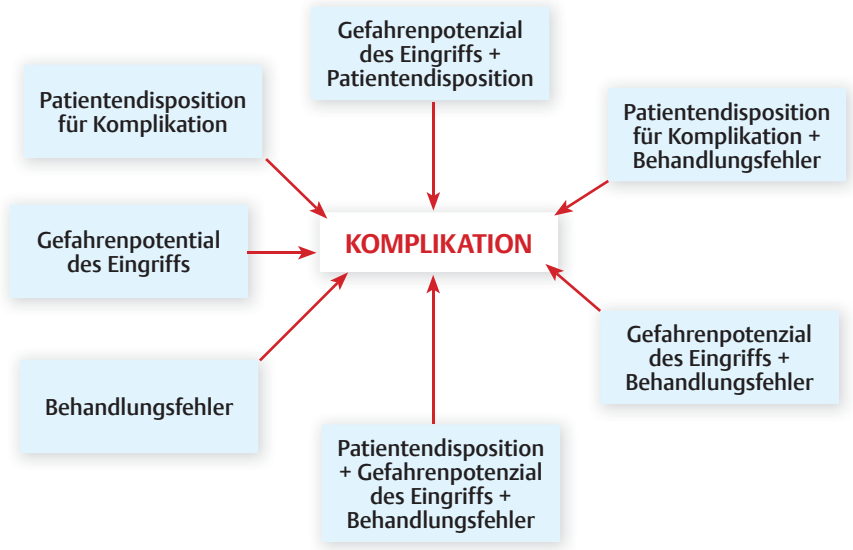
Fehlerprophylaxe
Besteht eine medizinische Indikation für eine Endoprothese?
Feste Kontrollmechanismen für eine exakte OP-Planung
Feste Kontrollmechanismen für ordnungsgemäße Positionierung von Pfanne und Schaft
Feste Kontrollmechanismen zur Frakturerkennung intra- und postoperativ
Bei Infektionsverdacht postoperativ: Kein bloßes Gottvertrauen
Bei bestätigter Infektion postoperativ: Kompromissloses Vorgehen
Bei Zeichen einer Nervenläsion postoperativ: Kein tatenloses Abwarten
Aufklärung: Je relativer die Indikation, desto intensiver die Aufklärung

J. Neu, www.schlichtungsstelle.de

Ein Beispiel aus der Praxis: Wenn ein Patient in den OP eingeschleust wird, bei dem die zu operierende Seite nicht markiert ist oder relevante Unterlagen fehlen, müsse der „Einschleuser“ das Recht und die Pflicht haben, den nächsten Schritt im Prozessablauf – die Einleitung durch den Anästhesisten zur OP – zunächst bis zur Klärung zu stoppen. Diese Verantwortung müsse dem Einschleuser – als gleichberechtigtem Mitglied in der „Prozesstreiber-Kette“ – übertragen werden. Kirschner fordert ein Umdenken aller Beteiligten insbesondere in der Führungsebene: Jeder am Prozess Beteiligte muss anhand klarer Vorgaben (SOPs, Checklisten) darin geschult werden, den Prozess gegebenenfalls zu unterbrechen. Eine OP kann und sollte nicht begonnen werden, wenn Unklarheiten über die zu verwendenden Implantate, keine ausreichende Planung oder ein unvollständiges Instrumentarium vorliegen. Nicht nur der verantwortliche Operateur hat in diesem Fall als „Prozesstreiber“ die Verantwortung, den Prozess bei Feststellung dieser Mängel zu unterbrechen und aufzuhalten. Auch die Instrumentier-Pflegekraft muss im Zweifelsfall vor Beginn des Eingriffes ein „time out“ fordern und umsetzen können.

Eine Änderung der Prozesssteuerung, bei der alle am Prozess Beteiligten Verantwortung tragen, vermindert die Rate von unerwünschten Vorkommnissen und Beinahe-Schäden ebenso erheblich, wie sie die Motivation im Team fördert.

Weshalb ist die Differenzierung der Ursachen einer Komplikation so schwierig?



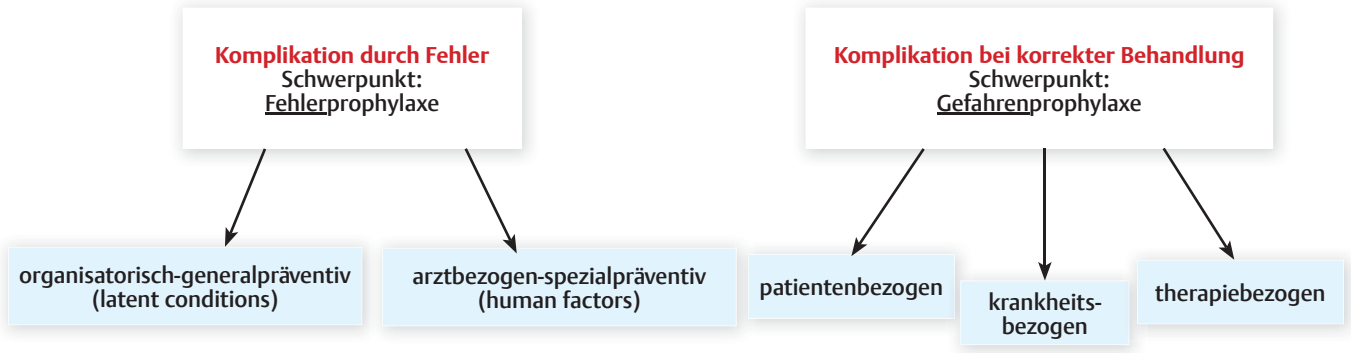
Quelle: J. Neu, www.schlichtungsstelle.de

Was können wir konkret noch tun:

- regelhafte Schulungen des Teams bestehend aus Schwestern, Ärzten, Funktionskräften und der für die Sicherheit von Medizinprodukten und -technik zuständigen Stabstelle, ob im OP oder auf Station.
- Klinikeigene Checklisten für kritische Ereignisse müssen jedem Mitarbeiter bekannt sein und beispielsweise im Intranet vorliegen; jedes Teammitglied sollte auf kritische Situationen zum Beispiel in einem Simulationstraining vorbereitet werden, um angemessen und professionell reagieren zu können.

Gegenstand der Schulungen sollten neben den allgemeinen vor allem fachspezifische Risiken zur Fehlervermeidung (Dokumentation, Eingriffsverwechslung, Patientenidentifikation – vermeiden, dass zwei Patienten mit dem Namen

Weshalb ist die Differenzierung der Ursachen einer Komplikation so wichtig?



Beide Bereiche dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Es muss stets auch die Kombination gesehen werden (root cause analysis).

Die Kommunikation mit dem Patienten muss sich auch an der Ursache der Komplikation ausrichten (Fehlerfolge/unvermeidbar/ungeklärt).

Quelle: J. Neu, www.schlichtungsstelle.de

Müller in einem Zimmer liegen – , Einführung neuer Implantate und / oder Instrumente) sein.

„Mit zunehmender Professionalität und steigendem Selbstanspruch übernimmt die Pflege den größten Teil der Pflege und Heilmaßnahmen am Patienten. Daher ist die aktive verantwortliche Einbindung der Pflege in das Qualitäts- und Risikomanagement zur Verbesserung der Patientensicherheit unabdingbar", beschreibt Frau Vera Lux, Betriebswirtin, Pflegedirektorin und Vorstand der Universitätsklinik Köln, die Aufgabe und Verantwortung der Pflege in einem zunehmend komplexen, ökonomisierten und erheblich Personal deprivierten Krankenhaus-Betrieb. In ihrem Beitrag „Pflege – Was können wir beitragen?" fordert auch sie, ähnlich wie Stephan Kirschner, ein Umdenken. Es kann ihrer Ansicht nach nicht sein, dass man gerade in Orthopädie und Unfallchirurgie im Team gemeinsam agiert und aufeinander angewiesen ist, um erfolgreich zu sein, berufsgruppenübergreifende Arbeitsteilung fordert, Mitverantwortung der einzelnen Teammitglieder zwar fordert, aber nicht „lebt" .

WIR MÜSSEN REDEN!

Schulung Implantate und Techniken
- Ärzte
- Schwestern
- Teams

Veränderung der Prozesstreiber: Q
- Jeder kann den Prozess unterbrechen

Änderung der Arbeitsorganisation
- Auslösen / Abtreten vom Tisch
- Übergabe Springerwechsel...

Stephan Kirschner, Dresden

> Der Arbeitsleiter im Krankenhaus ist nicht nur für die Sicherheit, sondern auch für das Budget verantwortlich. Diese konfliktbehaftete Doppelrolle steht einer patientenorientierten Sicherheitskultur im Weg.

Wie häufig finden berufsgruppenübergreifende Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Qualitätszirkel oder Risikomanagement-Besprechungen statt? Finden gemeinsame Schulungen statt? Muss der Chef immer allein die Verantwortung übernehmen und deshalb jede Entscheidung selbst treffen?

Rechtsanwalt F.M. Petri – Moderator dieses Thementisches – sieht es aufgrund seiner Erfahrungen in einem Haftpflichtversicherungsunternehmen – speziell für Krankenhäuser – sehr kritisch, die Verantwortung zu teilen. Von den Teilnehmern wird vor allem aber ihre Not hervorgehoben, diese den meisten bekannten und geförderten Maßnahmen in der Praxis nachhaltig umzusetzen. Als Budgetverantwortliche verfügen sie häufig nicht über ausreichende Ressourcen, um diese konkreten Maßnahmen dauerhaft umzusetzen, zu evaluieren und anzupassen. Im Gegensatz zu einem Piloten, der den Start eines Flugzeuges abbrechen könne, könne der gleichermaßen für Sicherheit und Budget verantwortliche Leiter einer Abteilung nicht ohne Weiteres einen begonnenen Behandlungsprozess (OP) wegen eines „kleinen Versäumnisses" bei der Umsetzung der Sicherheitsmaßnahmen (Checkliste) stoppen. Der Pilot trage ja nicht die Verantwortung für den ökonomischen Erfolg oder Misserfolg seiner Luftfahrtsgesellschaft, der Leiter schon! Diese konfliktbehaftete Doppelrolle, ein häufiges Unverständnis und fehlende Unterstützung der Führungsebenen in Krankenhäusern werden als wesentliche Hindernisse bei der Umsetzung einer patientenorientierten Sicherheitskultur in der Praxis formuliert.

Um unerwünschte Vorkommnisse auch zur Optimierung der Behandlungsprozesse zu nutzen, bedarf es nicht nur der inzwischen von vielen Einrichtungen erarbeiteten konkreten Schulungen, Simulationstrainingsprojekte und Qualitätszirkel, sondern im Besonderen einer nachhaltigen ideellen wie materiellen Unterstützungen der Leitungsebene und damit der Geschäftsführung in den Krankenhäusern.

Die Teilnehmer des Thementisches stellen dem Plenum deshalb folgende konkrete Maßnahmen zur Umsetzung einer praxisorientierten Sicherheitskultur vor:
- kontinuierliche Risikoanalyse des Behandlungsprozesses vor allem perioperativ,
- Evaluation der eingesetzten Maßnahmen zur Verminderung von Fehlern und Vorkommnissen (CIRS Meldesysteme, auch bei Implantatbezogenen Vorkommnissen)
- Mitverantwortung des Teams, unterstützt durch eine flache Hierarchie bei der Unterbrechung von Handlungsprozessen in akuter Gefahrensituation
- kontinuierliche Förderung auch in materieller Hinsicht durch die Geschäftsführung
- zeitnahe und ausführliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen bei perioperativen Komplikationen und Unstimmigkeiten bei der Beurteilung des Behandlungsergebnisses.

Im Anschluss daran entspinnt sich eine lebhafte Diskussion darüber, dass in aller Regel der leitende Arzt als Vorbild und Prozesstreiber die alleinige Verantwortung zu tragen und im konkreten Haftpflichtfall vor Gericht zu verantworten habe. Er habe nachzuweisen, dass er seiner Sorgfaltspflicht in Bezug auf Fehlerprävention, Fehlererkennung, Schulung und Evaluation nachgekommen ist. Zu selten gehe das Gericht der Frage nach, inwieweit der so in die Pflicht genommene Leiter ausreichende Ressourcen zur Umsetzung dieser Maßnahmen habe. Mit dieser Feststellung einher ergeht die Aufforderung an die im Plenum anwesenden Vertreter von Geschäftsführungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sich nicht aus ihrer Verantwortung zu stehlen, indem sie neben der fachlichen Verantwortung auch die Budgethoheit und damit die Ressourcenverwaltung auf den Abteilungsleiter übertragen.

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär der DGOU und der DGU

Literatur

1 P. Biberthaler, J. Seifert, M. Post, R. Smektala, K. Ottmann, A. Braun, H. Siebert, D. Stengel: Identifikation von Risikofaktoren anerkannter Vorwürfe von ärztlichen Behandlungsfehlern aus dem Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie; Unfallchirurg 2011, 114: 768–775

Neue Mitglieder

A
Arndt, Michael · Magdeburg
Arntz, Ulrike · Berlin

H
Hallhuber, Christian · Offenberg

I
Imig, Dr. med. Ralf · Erlenbach am Main

K
Khesrawie, Pashtoon · Königswinter

M
Meder, Dr. med. Adrian · Tübingen
Millrose, Dr. med. Michael · Berlin

P
Pohl, Hans-Joachim · Olsberg

R
Rutkowski, Dr. med. Marek · Berlin

S
Seidl, Bernd · Burgberg im Allgäu
Shemyakova, Dr. med. Eva Shenia · Berlin
Smponias, Georgios · Bernau

T
Tures, Dr. med. Clemens · Berlin

W
Weber, Dr. med. Matthias · Kürnach
Wolke, Dr. med. Julia · Berlin

1/2 Anzeige

Bericht der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie

Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Volker Bühren, Dr. Hartmut Bork

Die Leitung der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie – der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) liegt unverändert bei Herrn Prof. Bernd Kladny, Herrn Prof. Dr. Volker Bühren und Herrn Dr. Hartmut Bork. Die Sektion besteht nun nahezu seit drei Jahren und konnte erneut einen Mitgliederzuwachs von 137 auf 144 Mitglieder verzeichnen. Die Verlagerung der Aufgaben in die gemeinsame Sektion hat neben einer deutlichen Verbesserung der thematischen Ausrichtung nicht nur zu einem stetigen und deutlichen Mitgliederzuwachs geführt, sondern auch zu einer Zunahme der Aktivitäten.

Psychosomatik

Der Arbeitskreis Psychosomatik (Dr. Ulrich Peschel) nimmt regelmäßig an den Sitzungen der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) teil, um den Stellenwert der fachbegleitenden Psychotherapie zu verbessern. Es ist unverändert ein großes Anliegen, die psychosomatische Grundversorgung in der Facharztausbildung zu verankern. Die Psychosomatik in der Orthopädie und Unfallchirurgie wird regelmäßig auf Kongressveranstaltungen präsentiert. Der Arbeitskreis war an der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ beteiligt. Aktuell wird ein Leitfaden erstellt, der aufzeigt, welchen Stellenwert die Psychosomatik im operativen Fachgebiet hat. Der Leitfaden wird auf der Homepage des Arbeitskreises eingestellt.

Assessments und Scores

Der gleichnamige Arbeitskreis (Prof. Dr. Kohlmann) führt aktuell eine Untersuchung zur Validierung von Assessmentverfahren und Scores im Hinblick auf mittel- und langfristige Heilungsverläufe im Geltungsbereich der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durch. Die Formulierung allgemeiner Empfehlungen für die Verwendung von Assessments und Scores in der Rehabilitation ist nach wie vor eine Zielsetzung.

Patientenschulung

Ausgehend von den positiven Erfahrungen mit dem Schulungsprogramm PASTOR (Dr. Bork) im Rahmen eines Wissenschaftsprojekts (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF und der Deutschen Rentenversicherung DRV)Bund in Kooperation mit dem Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg und dem Institut für Sportwissenschaften und Sport der Friedrich-Alexander-Universität FAU Erlangen/Nürnberg) bei chronischen Rückenschmerzen wurde von der Sektion ein interdisziplinäres interaktives Patientenschulungsprogramm konzipiert. Dieses Programm setzt sich aus vier Modulen zusammen. Ein Modul (Arzt) vermittelt Wissen zu Ursachen, Diagnose und rationeller leitliniengerechter Therapie von Rückenschmerzen. Dieses Modul wird ergänzt durch ein Modul mit vier verhaltenstherapeutischen Einheiten zum Umgang mit Schmerz und Schmerzerleben sowie ein Modul mit sechs Einheiten zur Vermittlung von bewegungstherapeutischer Kompetenz, ergänzt durch ein Modul Sozialmedizin zum besseren Verständnis hinsichtlich der Leistungsbeurteilung. Das Programm wird in geschlossenen Kleingruppen von acht bis zwölf Rehabilitanden durchgeführt, der Umfang beträgt 16 Stunden.

In Anlehnung an das kurrikulare Konzept des Gesundheitstrainings der DRV Bund existieren nun drei interdisziplinäre und interaktive Schulungsprogramme zu den Themenbereichen „degenerative Gelenkerkrankungen“, „Osteoporose“ und „chronischer Rückenschmerz“. Die Sektion bietet regelmäßig Veranstaltungen an, um den Schulungsteams im Hinblick auf Inhalte und Lernziele der Programme die Schulungsmethodik und -didaktik zu vermitteln. Der letzte Schulungskurs für „degenerative Gelenkerkrankungen“ fand Anfang des Jahres in Braunschweig statt, im Herbst wird ein Trainingskurs für das Programm „chronischer Rückenschmerz“ angeboten.

Leitlinien

Herr Dr. Schneider vertritt die Sektion bei der Erstellung der S3-Leitlinie zum Thema ankylosierende Spondylitis. Der Prozess der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ist abgeschlossen. Inzwischen wurde auch eine Patientenleitlinie zu dem Thema erstellt.

Traumatologie

Die Sektion Rehabilitation und Physikalische Therapie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) besteht eigenständig fort und stellt aber gleichzeitig auch den Arbeitskreis Traumatologie der Sektion Rehabilitation der DGOU dar (Prof. Dr. V. Bühren).

Die zunehmende Akademisierung der Physiotherapie und der Umgang damit werden von der Sektion auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2012 in Berlin im interprofessionellen Teil „Physiotherapie“ eingebracht.

Die Sektion ist beratend tätig bei der Neuregelung des BG-lichen Heilverfahrens. Die Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung werden umfangreich neu strukturiert. Die Rehabilitation wird einen deutlich verbesserten Stellenwert erhalten.

Für das Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU erfolgte die Bearbeitung und Vorlage des Kapitels Rehabilitation von Schwer- und Schwerstverletzten. Es werden die verschiedenen Phasen der Rehabilitation dargestellt, beginnend mit der Frührehabilitation in der Akutklinik.

Die Jahrestagung der Sektion am 16. März 2012 in Erfurt hatte als Schwerpunktthema die neuen Heilverfahren der DGUV. Anforderungen an spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen für Schwerstverletzte zu erarbeiten und die Rehabilitation chronischer Schmerzpatienten als Folge von Verletzungen zu verbessern sowie die fachliche Begleitung bei der Umsetzung von Konzepten zur arbeitsplatzorientierten und tätigkeitsspezifischen Rehabilitation Unfallverletzter sind wesentliche Betätigungsfelder.

Forum ambulante Rehabilitation

Das Forum ambulante Rehabilitation thematisierte Probleme im Rahmen des Zulassungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund. Auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation werden Modelle der medizinisch berufsorientierten Rehabilitation zur Anwendung kommen. Man sieht sich mit ähnlichen Problemen wie im Bereich der stationären Rehabilitation hinsichtlich unverständlich niedriger und oft unterschiedlicher Tagessätze konfrontiert. Die Steuerung der Verfahren ist oft bürokratisch und lässt nur wenig Raum für Flexibilisierung.

Expertenanhörung Manuelle Therapie durch Masseure

Die Sektion wurde gebeten, im Rahmen einer Expertenanhörung hinsichtlich des Erwerbs der Zusatzbezeichnung „Manuelle Therapie“ durch medizinische Bademeister und Masseure präsent zu sein. Dem liegt ein seit Jahren andauernder Rechtsstreit zugrunde, und das zuletzt zuständige Gericht hat nochmals hinsichtlich einer außergerichtlichen Einigung zu einer Expertenanhörung geraten. Die unterschiedlichen Standpunkte, wie der Rückstand von über 1.500 Stunden Ausbildung zwischen Physiotherapeuten und medizinischen Bademeistern und Masseuren praktikabel ausgeglichen werden soll, damit gleiche Eingangsvoraussetzungen für die Qualifikation im Bereich der Manuellen Therapie bestehen, konnten bei der Expertenanhörung nicht angenähert werden. Die Sektion vertritt den Standpunkt, dass nur eine hochwertige, der physiotherapeutischen Ausbildung vergleichbare Qualifikation Eingangsvoraussetzung für die Qualifikation im Bereich der Manuellen Therapie sein kann.

Konservative Inhalte Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Sektion war an mehreren Sitzungen beteiligt, die sich mit den erforderlichen konservativen Inhalten im Rahmen der Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie und deren praktikabler Nachweisbarkeit im Sinne einer qualitativen Verbesserung der Weiterbildung beschäftigten. Die bisherigen Ergebnisse wurden bei einem vom Ausschuss Fort- und Weiterbildung der DGOU organisierten Symposium zusammengetragen und befinden sich ebenso wie eine Weiterqualifikation im Bereich der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell in einem Diskussionsprozess. Die Sektion wird sich an dem Prozess weiter aktiv beteiligen.

Weißbuch Forschung und konservative Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Sektion hat für das Weißbuch Forschung ein Kapitel zum Thema Rehabilitation formuliert. Zahlreiche Mitglieder sind an der Erstellung des Weißbuches konservative Orthopädie und Unfallchirurgie beteiligt.

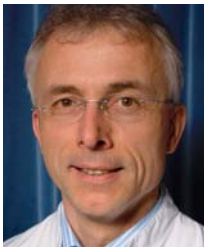
Veranstaltungen

Die Sektion hatte zwei Mitgliederversammlungen am 26. Oktober 2011 beim DKOU in Berlin und im Rahmen der Jahrestagung der VSOU in Baden-Baden am 29. April 2012. Es wurden weiterhin Sitzungen zum Thema „Qualität in Rehabilitation – Messung von Erfolg“ beim DKOU 2011 gestaltet, ebenso in Baden-Baden zur Thematik „Der alte Patient in der Rehabilitation“. Wir hatten weiterhin Gelegenheit, beim EFORT-Kongress in Berlin Aspekte der Rehabilitation in einer Sitzung „Modern Concepts in Rehabilitation“ international vorzustellen und zu diskutieren. Erstmals wird die Sektion auch ein Symposium im Rahmen der Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV) in Hamburg abhalten zur Thematik „Problemfelder und Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation“.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und eines sich durch eine veränderte Altersstruktur der Gesellschaft abzeichnenden Arbeitskräftemangels ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der Rehabilitation zunehmen wird. Wir bedanken uns bei allen aktiven Mitgliedern für die wertvolle geleistete Arbeit und laden alle Interessierten ganz herzlich ein, der Sektion beizutreten und dieses interessante Aufgabengebiet mitzugestalten.

Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach, leitet die Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie.

Prof. Dr. Volker Bühren, Murnau, ist stellvertretender Sektionsleiter.



Dr. Hartmut Bork, Schaufling, ist stellvertretender Sektionsleiter.

DGOOC-Kurs „Schulter“ 2012

Univ.-Prof. Dr. Andreas Imhoff, PD Dr. Chlodwig Kirchhoff, Dr. Tim Saier

Bereits zum vierten Mal durften wir vom 29. bis 31. März 2012 den Schulterkurs im Rahmen der DGOOC-Weiterbildungskurse „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ im Langenbeck-Virchow Haus in Berlin ausrichten.

Wie in den vorangegangenen Jahren durfte der Kurs, neben der Schirmherrschaft der DGOOC, auch mit dem Gütesiegel der Patronanz von der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. (DVSE), Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA) und der Zertifizierung durch die Berliner Ärztekammer sein anspruchsvolles Curriculum untermauern.

Kleine Teilnehmerzahl, offene Atmosphäre

Das positive Feedback der vorangegangenen Kurse hat uns auch 2012 angespornt, ein interessantes und qualitativ anspruchsvolles Kursprogramm anbieten zu können. Wie in den Jahren zuvor hat die bewusst klein gewählte Teilnehmeranzahl und die Offenheit unserer Referenten eine ungezwungene Atmosphäre sowohl in den theoretischen als auch den praktischen Blöcken zur Folge gehabt. Geprägt von den Erfahrungen aus verschiedenen schulterchirurgischen Schulen und Zentren konnten wir auf hohem Niveau aktuelle Behandlungswege und Techniken rund um den Schultergürtel erarbeiten und um zahlreiche Feinheiten und Tipps und Tricks ergänzen.

Die Ruhe vor dem Sturm: Blick auf einen der arthroskopischen Arbeitsplätze vor Beginn der praktischen Übungen.

Es hat uns außerordentlich gefreut, auf die Hilfe und das Engagement von zahlreichen erfahrenen und renommierten Kollegen mit ausgewiesener Expertise in der Schulterchirurgie zurückgreifen zu können. Die wiederholte Bereitschaft, zum guten Gelingen des Kurses in Berlin beizutragen, freut uns sehr und bestätigt uns in der steten Weiterentwicklung des Kurses.

Fotos: Privat

Zwei der Referenten: Prof. Andreas Imhoff und Prof. Ulrich Brunner (v. li. n. re.) beantworten Fragen der Teilnehmer.

Der erste Kurstag wurde von einem einführenden Block zur topographischen Anatomie, aktuellen Bildgebungsverfahren und der Repetition von arthroskopischen und offenen Zugangswegen rund um den Schultergürtel eröffnet. In den folgenden Modulen schloss sich die theoretische und praktische Erarbeitung von Indikationsstellungen und Therapieoptionen des Schulter-Impingements, der ACG-Arthrose, Tendinitis calcarea, adhäsiven glenohumeralen Tendinitis und Behandlung von ACG-Luxationen und Schulterinstabilitäten an. Die anschließenden zwei Kurstage behandelten, von der Theorie in die Praxis transferiert, spezielle Aspekte der Schulterinstabilität und von Pathologien der langen Bizepssehne, der Rotatorenmanschette und Indikationen zum endoprothetischen Ersatz. Abgerundet wurde das Programm durch Vorträge zum Infekt-Management und Fragen zur gutachterlichen Tätigkeit bei Pathologien des Schultergürtels.

Neu: „My worst case“

Neu in diesem Jahr war der Themenblock „My worst case“. Hier stellten unsere Referenten kritisch komplikative Fälle und deren Lösungsstrategien vor. Die Teilnehmer hatten damit die Gelegenheit, anstatt an den sonst üblichen „Musterfällen“ mit exzellentem Outcome auch einmal an schwierigen Heilverläufen zu lernen und die Überlegungen und Therapieschritte der Referenten nachzuvollziehen.

Als Novum haben wir 2012 eine Ausstellung für unsere Industriepartner organisieren können. Der Realisierung eines solchen Kurses, mit den Kriterien eines engen Teilnehmerfelds mit guten Bedingungen zum theoretischen und praktischen Lernen, stehen nicht unerhebliche Kosten gegenüber, die aus den Kursgebühren allein nicht finanziert werden können. Insbesondere gilt dies unter Berücksichtigung der sehr günstigen Konditionen für Mitglieder der DGOOC. Trotz eines eng gehaltenen Budgets – so verzichteten sämtliche Referenten beispielsweise auf ein Honorar – werden zukünftige Veranstaltungen dieser Art nur mit

der unverzichtbaren Unterstützung von Seiten unserer Industriepartner zu realisieren sein. So ist es uns ein großes Anliegen, unseren Dank an die Firma Braun-Aesculap für die Vorhaltung der hervorragenden vollumfänglichen Organisation und der Infrastruktur im Langenbeck-Virchow Haus sowie in der Anatomie der Charité zu richten. Desweiteren danken wir unseren Industriepartnern, welche durch ihre Unterstützung beispielsweise bei den praktischen Workshops maßgeblich zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben. Wir möchten in diesem Zusammenhang namentlich den Unternehmen (in alphabetischer Reihenfolge) Arthrex, Arthrocare, Biomet, ConMedLinvatec, Depuy, Litos, Medi, Medical-Park-Gruppe, Smith & Nephew und Tornier herzlich für ihr professionelles und großzügiges Engagement danken.

Wir bedanken uns für das Vertrauen in unsere Arbeit und freuen uns auf die Ausrichtung des 5. DGOOC Kurses Schulter 2013 in Berlin.

Prof. Dr. Andreas Imhoff leitet die Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie am Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München.

PD Dr. Chlodwig Kirchhoff ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München.

Dr. Tim Saier ist Assistenzarzt an der Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie am Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München.

1/2 Anzeige

31. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative ‘93 Technische Orthopädie

Dr. Hartmut Stinus, Northeim

Vom 10. bis 12. Februar 2012 fanden das Kursmodul II „Amputationen und deren prothetische Versorgung“ sowie das Modul IV „Orthopädieschuhtechnik und Kompressionstherapie“ der Initiative ‘93 in der Universität Göttingen statt. Die wissenschaftliche Leitung hatten Herr Dr. Hartmut Stinus (Orthopädie/Unfallchirurgie, Northeim) und Herr Prof. Dr. Wolfgang Schultz (Direktor Orthopädie, Universität Göttingen).

Das faszinierende Programm bot eine breitgefächerte Themenauswahl. Den wissenschaftlichen Leitern war es gelungen, dafür Experten mit großem Spezialwissen zu gewinnen. Insgesamt 18 Referenten, die in ihrem Bereich über eine hohe Kompetenz verfügen, sei es in der täglichen orthopädisch-klinischen Patientenversorgung, in der orthopädietechnischen Forschung und Entwicklung, bezüglich rechtlicher Aspekte des Medizinrechtes oder biomechanischer Erkenntnisse, hielten ihre informativen Vorträge. Da der Kurs interdisziplinär Interesse fand, waren neben einer großen Anzahl von Fachärzten (Orthopädie/Unfallchirurgie) auch Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), Orthopädie-(Schuh-)Techniker, Physiotherapeuten und Studenten des Göttinger Studiengangs Orthobionik zugegen.

In der ersten Hälfte des Kurses lag der Schwerpunkt auf der Vermittlung der Amputationen und deren prothetischer Versorgung an den unteren und oberen Extremitäten. Hier beeindruckte insbesondere die Vielzahl an äußerst kompetenten Vorträgen mit gutem Bildmaterial.

Klare Kursstruktur

Der Kurs punktete mit seinem klar strukturierten Charakter. Zunächst wurden die Historie der Technischen Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die Biomechanik des Gehens dargelegt. Daraufhin widmete sich die erste Hälfte des Kurses Amputationen unterer und oberer

Fit for Prothetik: Das Kursmodul II der Initiative '93 behandelt "Amputationen und deren prothetische Versorgung". Die Vorträge präsentierten die Möglichkeiten der Prothesenversorgung, zu denen unter anderem auch Prothesengebrauchsschulungen und Gangschulungen gehören.

Extremitäten mit Prothesenversorgung, postoperativer Rehabilitation und orthopädietechnischen Versorgungsmöglichkeiten. So wurde deutlich, wie komplex und interdisziplinär solch ein Behandlungsverlauf sein soll.

Die orthopädietechnischen Beiträge demonstrierten die Möglichkeiten einer durchdachten Prothesenversorgung, welche deutlich durch Prothesengebrauchsschulungen, Gangschule sowie Ganganalyse nach Amputation objektiviert wurden. Es zeigte sich, dass eine gute und innovative Prothese ein Produkt mit „Köpfchen“ ist, das nur im Rahmen einer guten und innovativen Teamarbeit zwischen Orthopädietechnikern, Ärzten und Physiotherapeuten und dem betreuenden Pflegepersonal entstehen kann. Hier ist auch die Fort- und Weiterentwicklung aller Sparten von großer Bedeutung.

Interessant waren die orthopädietechnischen Möglichkeiten, welche gut an den unterschiedlichen Prothesenarten demonstriert wurden. Es wurde herausgefiltert, wie wichtig ein Ganglabor mit Videoaufzeichnung zur Analyse des Bewegungsmusters ist, da sich daraus Konsequenzen für die Gestaltung der Prothese ergeben.

Die zweite Hälfte des Kurses war nicht weniger eindrucksvoll. Hier ging es um die Orthopädieschuhtechnik und Kompressionstherapie, welche in ihrer Komplexität sehr übersichtlich vorgetragen wurde. Es wurde unterteilt in die Prinzipien der Orthopädieschuhtechnik, Indikationsstellungen, Aspekte der Einlagenversorgung, medizinische Kompressionstherapie und vieles mehr.

Ein hohes Maß an Wissen

In diesem Kurs wurde sehr stringent ein hohes Maß an Wissen in der Technischen Orthopädie vermittelt, wie es besser kaum gemacht werden kann. Als einziger Kritikpunkt kann genannt werden, dass einzelne Vorträge nicht im Rahmen der vorgegeben Zeit abgehandelt wurden. Bei einem so intensiven Kurs fallen Überziehungen jedoch kaum ins Gewicht; außerdem zeugt dies von der hohen Motivation der Vortragenden, „ihr“ Thema gut abzuhandeln.

Nota bene: Das Gesamtbild des Kurses zeigt, dass die innovative und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Orthopädietechnikern, konservative und chirurgisch tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen die Zukunft der patientenorientierten Versorgung ist. Es wird klar, dass diese Fort- und Weiterbildungskurse unter dem neuen Slogan „Fit for Prothetik“ ein neues Zeitalter schreiben.

Dr. Hartmut Stinus ist assoziierter Beirat der Initiative ‘93.

Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOOC gestellt. Laut Satzung der DGOOC § 5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den Orthopädie Mitteilungen) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Beckmann, Dr. med. Nicholas · Heidelberg
Brockmöller, Dr. med. Tobias · Bockhorn
Drescher, Prof. Dr. med. Wolf · Aachen
Engelmann, Dr. med. Sabrina · Berlin
Gómez Rakebrand, Ivo · Göppingen
Hüring, Dr. med. Holger Heinz · Reute
Kraczyk, Jenny · Düsseldorf
Lolo, Ahmed · Münster
Pimpl, Sabine · Hamburg
Piroth, Dr. med. Christian · Köln
Riess, Dr. med.Peter · Siegburg
Schmitz, Bernd · Meppen
Schmolders, Dr. med. Jan · Köln
Shosha, Mohamed Hamdy · Dresden
Wagner, Dr. med. Markus · Jena
Werber, Dr. med. Andreas · Heidelberg
Werner, Isabel · Neustadt an der Weinstraße

1/2 Anzeige

Kongressbericht zum 4. Jahreskongress TraumaNetzwerk DGU

Catrin Dankowski, Dr. Steffen Ruchholtz, Florian Debus

Der diesjährige Jahreskongress des Projektes TraumaNetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) fand am 31. März 2012 in Halle/Saale statt. Mit ca. 200 größtenteils leitenden Ärzten aus unfallchirurgischen Kliniken war die Veranstaltung wie in den Vorjahren sehr gut besucht.

Traditionell setzte sich das Programm aus fünf Themenblöcken zusammen, welche einen Überblick über die aktuellen Projekte im TraumaNetzwerk boten. Mit Vorträgen von Kollegen aus der Viszeralchirurgie, Neurologie, Rehabilitations- und Transfusionsmedizin gestaltete sich der Kongress in diesem Jahr ausgesprochen interdisziplinär.

Zu Beginn erfolgte die Begrüßung durch den Präsidenten der DGU, Herrn Prof. Dr. Josten, und durch den Sprecher des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch / TraumaNetzwerk DGU® (AKUT), Herrn Prof. Dr. Ruchholtz.

Der erste Block zum Thema „Aktueller Stand“ wurde durch Herrn PD Dr. Kühne eröffnet. Er konnte in seinem Vortrag eindrücklich die Entwicklung des TraumaNetzwerkes innerhalb des letzten Jahres darstellen. Herr Kühne zeigte, dass mit bereits 31 zertifizierten Netzwerken bald eine flächendeckende Versorgung für ganz Deutschland erreicht ist. Zudem stellte er aktuelle Zahlen zur Zertifizierung und zur Drop-Out-Rate vor. Aktuell sind 885 Kliniken registriert. Es wurden bereits 552 Audits durchgeführt. Zudem zeigte Herr Dr. Kühne, dass sich das Projekt TraumaNetzwerk mit bisher 18 ausländischen Kliniken auch über die Landesgrenzen durchsetzt. Als Ziele für das Jahr 2012 nannte er die Veröffentlichung der zweiten Auflage des Weißbuches, die Zertifizierung aller noch ausstehenden Netzwerke sowie die Fokussierung auf die Einbindung der Rettungsdienste und Rehabilitationskliniken.

Strukturen in der klinischen Versorgung

Im Anschluss sprach Herr Dr. Mand zum Thema „Wer hat was – Strukturen in der klinischen Versorgung“. Als Grundlage für seinen Vortrag dienten Daten aus 464 Auditberichten. Herr Dr. Mand ging auf die Anforderungen und die tatsächliche Ausstattung in den Schockräumen der einzelnen Kliniken ein. Des Weiteren berichtete er über die strukturellen, personellen und organisatorischen Veränderungen, welche die Kliniken innerhalb der einzelnen Versorgungsstufen unternommen haben. Hierbei zeigten sich erhebliche Unterschiede in der strukturellen Ausstattung von Traumazentren (TZ) der unterschiedlichen Kategorien. So verfügen zum Beispiel 99 Prozent der überregionalen TZ (ÜTZ) über eine Multislice-CT, welches in 91 Prozent der Fälle im bzw. neben dem Schockraum gelegen ist. In regionalen TZ (RTZ) haben 92 Prozent der Kliniken ein MSCT, dieses ist jedoch häufig (21 Prozent der Kliniken) auf einer anderen Etage gelegen (▶ **Tab. 1**).

	ÜTZ (74)	RTZ (176)	LTZ (214)
Schockraum-Größe (m2)	50 (22-100)	37 (15-78)	32 (15-60)
Installierte Röntgenanlage im Schockraum	84%	68%	50%
Labor im Krankenhaus mit 24h Bereitschaft	99%	98%	97%
Blutbank / Blutspendedienst	74%	36%	17%
Vorhaltung von Konserven (0 neg.)	10	8	5
Multislice-Computertomograph*	99%	92%	69%
Davon im Schockraum oder daneben	92%	64%	42%

*alle anderen Kliniken verfügen über ein konventionelles CT

Tab. 1 Ausstattungsmerkmale in den Traumazentren unterschiedlicher Versorgungsstufen (Auswertung von 464 Auditberichten)

Abschließend konnte er zeigen, wie sich die neurochirurgische Versorgung gestaltet. Eine Auswertung von 167 regionalen Traumazentren zeigte, dass 20,4 Prozent dieser Kliniken über eine eigene Abteilung für Neurochirurgie verfügen. 44,3 Prozent haben eine Kooperation mit einer anderen Klinik. Der Rest der regionalen Traumazentren organisiert die neurochirurgische Versorgung über Belegärzte. Auf Basis des TraumaRegisters DGU soll in Zukunft analysiert werden, ob es bei den Kliniken ohne eigene Neurochirurgie relevante Qualitätsprobleme bei der Versorgung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma gibt.

Auswirkungen des TraumaNetzwerkes auf die Versorgungsqualität

Im Anschluss stellte Herr Prof. Dr. Ruchholtz die ersten Auswirkungen des TraumaNetzwerkes auf die Versorgungsqualität dar. Hierzu wurde die tatsächliche Letalität mit der Prognose anhand des

Fotos: Wikipedia, AOK, BVMed, Fotolia, DRG

RISC-Scores verglichen. Es zeigte sich im Vergleich der Situation vor und nach Durchführung der Audits bisher kein signifikanter Unterschied in der Versorgungsqualität. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass Kliniken mit ausreichend großen Patientenfallzahlen vor Durchführung eines Audits schon lange am TraumaRegister DGU teilnahmen und damit bereits vorher eine hohe Versorgungsqualität aufwiesen. Für einen großen Teil der Kliniken kann aufgrund fehlender Daten kein ‚Vorher – Nachher'-Vergleich durchgeführt werden. Innerhalb der einzelnen Versorgungsstufen zeigte sich eine tendenziell verbesserte Prognose in überregionalen TZ (2,9 Prozent ÜTZ versus 1,5 Prozent RTZ versus 0,2 Prozent lokalen TZ). In diesem Zusammenhang zeigten sich bei ÜTZ deutlich verkürzte Schockraumzeiten und Zeiten bis zur Not-OP bei Blutungsschock (▶ **Tab. 2**).

Im letzten Thema dieses Blockes berichtete Herr Prof. Dr. Siebert über die zweite erweiterte Auflage des Weißbuches der DGU zur Schwerverletztenversorgung, welches im Juni 2012 erscheinen wird. Die überarbeitete Version wurde unter anderem um die Themen kinderchirurgische Versorgung, ambulante Mitbehandlung und Rehabilitation ergänzt. Daneben wurden die Normen für Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Qualität und Sicherheit in der stationären Behandlung auf Grundlage der S3-Leitlinie Schwerverletztenversorgung und der Erfahrungen der letzten vier Jahre bei der Einrichtung des Projektes TNW präzisiert und erweitert.

Frau Pries konnte dann über die ersten Re-Auditierungen berichten. Diese fanden in einer Pilotphase in zehn Kliniken statt. Dabei zeigte sich eine gute generelle Akzeptanz des Ablaufprozesses. Allerdings waren weitere Optimierungen bezüglich der Fallkontrollen des TraumaRegisters notwendig, welche vor Start des allgemeinen Reaudits durchgeführt wurden.

Im zweiten Themenblock der Veranstaltung informierte Herr Prof. Sturm über das Projekt Telekooperation TNW. Er konnte eindrücklich die Weiterentwicklung des Projektes darlegen. Herr Prof. Sturm zeigte die Möglichkeiten der Einbindung von Spezialkliniken, Hausärzten und Ärzten in Rufbereitschaf auf. Zudem machte er darauf aufmerksam, dass auch weitere Fachdisziplinen an das multidisziplinäre Netzwerk angeschlossen werden können. Im Anschluss erfolgte eine Live-Demonstration durch Dr. Ernstberger. Er wählte sich über eine Internetverbindung direkt in das System ein und erklärte Funktionen wie Login und Authentifizierung sowie das Versenden von Daten. Zum Ende der Präsentation wurden die verfügbaren Varianten und deren Kosten erläutert.

	ÜTZ	RTZ	LTZ
	n=12177	n=3944	n=451
Letalität:	15,1%	12.9%	8,9%
RISC-Score:	18,0%	14,4%	9,1%
ISS	24,5	21,5	17,9
Differenz:	2,9%	1,5%	0,2%
CI	2,3-3,5	0,5-2,5	2,4-2,8
Präklinische Zeit:	68 Min.	62 Min.	60 Min.
Schockraum Zeit:	62 Min.	72 Min.	91 Min.
Zeit bis Start Not-OP:	33 Min.	43 Min.	# *

*# - Fallzahl zu gering

Tab. 2 Unterschiede in Letalität und Versorgungszeiten für schwerverletzte Patienten (ISS≥16), die in auditierten Kliniken in den Jahren 2008 bis 2010 behandelt wurden

Zusammenarbeit zwischen Akut- und Rehakliniken verbessert sich

Der dritte Abschnitt des Jahreskongresses befasste sich mit dem Thema Rehabilitation. Zu Beginn berichtete Herr Debus über den aktuellen Stand der Situation bezüglich der Weiterverlegung und der Rehabilitation in den Akutkliniken des TraumaNetzwerkes. Hier stellte sich heraus, dass es einen deutlichen Trend zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den Akut- und den Rehabilitationskliniken gibt. In einer bundesweiten Umfrage unter den Kliniken des TraumaNetzwerkes konnte er aufzeigen, dass erhebliche Probleme bei der Weiterverlegung und der Kommunikation zwischen Akut- und Rehakliniken bestehen. Nur in 56,4 Prozent aller Kliniken sind den behandelnden Ärzten die Rehakliniken persönlich bekannt. Spezielle Rehabilitationsteams für die Betreuung und Visitierung der polytraumatisierten Patienten gibt es lediglich in 17,6 Prozent aller Akutkliniken. Weiterhin präsentierte Herr Debus einen Überblick über die Anzahl und die Verteilung der Rehabilitationskliniken innerhalb der Bundesrepublik. Hier konnte er zeigen, dass insgesamt 554 Kliniken verzeichnet sind, welche orthopädisch-unfallchirurgische bzw. geriatrische Rehabilitation durchführen. Es stehen über 95.000 Betten in diesen Rehabilitationskliniken zur Verfügung. Herr Debus konnte eine sehr inhomogene Verteilung der Rehakliniken innerhalb der Bundesrepublik aufzeigen (▶ **Abb. 1**).

Der anschließende Vortrag von Herrn PD Dr. Wohlfarth beschäftigte sich mit den Merkmalen einer Rehabilitationsklinik für Schwerverletzte. Herr Dr. Wohlfarth konnte hier interessante Einblicke in ein als Phasenmodell organisiertes Rehakonzept geben. Hier zeigte er die Ziele und Ausstattungsmerkmale der einzelnen Phasen wie beispielsweise Akutbehandlung, Frührehabilitation, Stabilisierungsphase und weiterführende Rehabilitation.

Ein weiterer interessanter Vortrag folgte von Prof. Dr. Lefering, der sich mit dem Thema Lebensqualität auseinandersetzte. Er beschäftigte sich mit den Definitionen von Lebensqualität bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und präsentierte im Detail den Polytrauma-Outcome (POLO) Chart als modulares Messinstrument für die Lebensqualität. Dieser setzt sich aus Glasgow Coma Outcome Scale (GOS), EuroQoL, SF-36 und Trauma Outcome Profile (TOP) zusammen.

„Das schwere Trauma des Rumpfes“

Als vierter Block folgte das Thema „Das schwere Trauma des Rumpfes“, in welchem ein wichtiger Fokus auf die interdisziplinäre Kooperation gerichtet wurde. Zu Beginn referierte Herr Prof. Bouillon über die Inzidenz, Therapie und Prognose von Rumpfverletzungen. Hierzu stellte er interessante Zahlen aus dem TraumaRegister vor. Herr Prof. Bouillon konnte aufzeigen, dass das Thoraxtrauma (AIS > 2) mit 60 Prozent deutlich häufiger ist als das Abdominaltrauma (AIS > 2) mit 20 Prozent. Das Auftreten schwerer Abdominalverletzungen führt jedoch zu einer Verdopplung der Letalität. Zudem zeigen die Zahlen aus dem TraumaRegister, dass die Anzahl an konservativ therapierten Patienten mit schwerem Abdominaltrauma (AIS 2 bis 4) über die Jahre deutlich zunimmt. Dieses Thema wurde im nächsten Vortrag durch Herrn Prof. Klar aufgenommen. Herr Prof. Klar beschäftigte sich mit dem Anforderungsprofil für die Versorgung eines schweren Abdominaltraumas. Er zeigte den Prozess von der Diagnostik bis zur Entscheidung zwischen konservativem und operativem Vorgehen. An einem Fallbeispiel präsentierte er eindrücklich den Erfolg eines Non-Operative-Managements und gab einen Überblick über die deutschlandweite Verteilung von Einrichtungen mit der Möglichkeit zur Angio-Embolisation. Hier konnte er darstellen, dass 100 Prozent der überregionalen Traumazentren über die Möglichkeit zur Angioembolisation verfügen. Regionale TZs verfügen in 16,7 Prozent und lokale TZs in 2,8 Prozent der Fälle über diese Möglichkeit. Am Ende seines Vortrages wies Herr Prof. Klar aus Sicht des Viszeralchirurgen darauf hin, dass die Expertise für Notfalleingriffe aufgrund der seltenen Inzidenz in der täglichen Routine nur aus elektiven Eingriffen gewonnen werden kann. Im Anschluss entwickelte sich eine Diskussion über das chirurgische Ausbildungskonzept zum Abdominaltrauma, in der aufgezeigt wurde, dass für die Zukunft allgemeine Ausbildungsstrategien entwickelt werden sollten.

„Massenblutung – Anforderungen an die Blutbank“

Im letzten Vortrag dieses Themenblockes gab Herr PD Dr. Strasser einen Überblick zum Thema „Massenblutung – Anforderungen an die Blutbank / Blutdepot“. Er zeigte personelle und strukturelle Voraussetzungen für die Versorgung auf und verwies auf die Wichtigkeit einer adäquaten Gerinnungstherapie bei der Erstversorgung des Traumapatienten. Des Weiteren ging er auf Strategien für die Bedarfsplanung ein und gab abschließende Empfehlungen, welchen Anforderungen eine Blutbank bzw. ein Blutdepot entsprechen sollte. Für ein lokales Traumazentrum wurde hier die bedarfsgerechte Bereitstellung von fünf bis zehn Notfallkonserven (Erythrozytenkonzentrate der Blutgruppe O Rh neg.) genannt. Zudem sollte ein größerer Vorrat an gefrorenem Frischplasma (GFP) und Fibrinogenkonzentraten vorgehalten werden, da diese Blutprodukte länger haltbar und damit lagerbar sind. Diese Medikamente sind somit für die Erstversorgung von Blutungen bei Traumapatienten rasch verfügbar und können kosteneffizient eingesetzt werden. Bei einem alleinigen Blutdepot wurde von Herrn Dr. Strasser eine Kooperation mit einem Blutgruppenlabor gefordert, welches 24 Stunden zur Verfügung stehen sollte, um die erforderliche immunhämatologische Diagnostik im Rahmen der Versorgung mit Erythrozytenkonzentraten gemäß Hämotherapie-Richtlinien adäquat durchführen zu können.

„Leitung eines Traumazentrums“

Im letzten Themenblock der Veranstaltung wurde das Thema „Leitung eines Traumazentrums“ in den Fokus gesetzt. Diese Vortragsrunde wurde von Herrn Dr. Stiebler als Chefarzt eines lokalen Traumazentrums eröffnet. Herr Dr. Stiebler präsentierte seine Abteilung und zeigte die Versorgungszahlen von polytraumatisierten Patienten in seiner Klinik. Er stellte die strukturelle und ap-

parative Ausstattung dar und berichtete über Probleme bezüglich der personellen Situation in einem lokalen Traumazentrum. Zudem stellte er die Frage nach finanziellen Aspekten beispielsweise in der Ausbildung in ATLS. Insgesamt wurde das Projekt TraumaNetzwerk eindeutig als positiv bewertet. Besonders in den interklinischen Absprachen und Weiterverlegungen habe sich eine Verbesserung ergeben. Im Anschluss sprach Herr Prof. Prokop als Chefarzt eines regionalen Traumazentrums. Er berichtete über seine persönlichen Erwartungen und Befürchtungen im Rahmen der Zertifizierung. Insgesamt wurde das Projekt auch von ihm als positiv bewertet. Kritsch sah er die Mehrarbeit im Rahmen der Dokumentation, das Prozedere bezüglich der VAV-Zulassung und das Thema Weiterverlegung. Der Blickwinkel des Chefarztes eines überregionalen Traumazentrums wurde durch Herrn Prof. Mittlmeier gezeigt. Er beschäftigte sich ebenfalls mit personellen Voraussetzungen. Zudem sprach er über die Einbindung der Rettungsdienste in die Netzwerke und zeigte die Organisation von ATLS-Inhouse-Kursen und Schockraumkursen in seiner Klinik. Im Anschluss an die drei Vorträge entwickelte sich eine spannende Diskussion zwischen den drei Referenten, welche von Fragen aus dem Auditorium unterstützt wurde. In der Zusammenschau dieser Diskussion wurde der Eindruck der einzelnen Vorträge bestätigt. Insbesondere für lokale Traumazentren scheint es schwierig, bestimmte Teile der Anforderungen zu erfüllen. Allerdings sind sich die Vertreter aller Versorgungsstufen einig, dass das Projekt TraumaNetzwerk für ihre Kliniken einen deutlichen Vorteil bringt. Themen wie die allgemeine Verbesserung der Versorgungsqualität schwerverletzter Patienten, die einfachere Weiterverlegung von Patienten und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen standen hier im Vordergrund und wurden besonders positiv bewertet.

Catrin Dankowski ist Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch / TraumaNetzwerk DGU® (AKUT).

Florian Debus ist Assistenzarzt an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg.

Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen/ Marburg, Sprecher des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch/ TraumaNetzwerk DGU® (AKUT).

Schwerpunkt des diesjährigen alterstraumatologischen Kongresses war die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Bericht vom Kongress Alterstraumatologie

Prof. Dr. Erich Hartwig

Am 1. und 2. März dieses Jahres fand in Ettlingen der erste alterstraumatologische Kongress statt, der unter der gemeinsamen Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und den deutschen sowie der österreichischen geriatrisch-gerontologischen Gesellschaften organisiert werden konnte (DGG, DGGG, ÖGGG).

Der demografische Wandel spiegelt sich bereits im Anteil älterer und hochaltriger Patienten in unfallchirurgischen Abteilungen wieder. Patienten im Rentenalter stellen heute über die Hälfte unseres Krankengutes.

Interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlungskonzepte befinden sich auf dem Vormarsch, hier reicht das Spektrum von einer inzwischen orthogeriatrischen Tradition in England seit Ende der 50-er Jahre bis hin zur vergleichsweise jungen und vereinzelten Zentrenbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In Deutschland wurden erste Zentren für Alterstraumatologie in Oberhausen, Karlsruhe, Sindelfingen und Hagen nach DIN EN ISO zertifiziert.

Eine wissenschaftliche Diskussion über die Grenzen der einzelnen Fachgesellschaften hinaus fand bisher in Deutschland nicht strukturiert statt. Hierfür bot der Alterstraumatologie-Kongress in Ettlingen eine überaus geeignete Plattform. Neben Themen der Versorgungsforschung und spezifisch unfallchirurgischen Entitäten fanden anlässlich der Tagung auch pflegerische und physiotherapeutische Maßnahmen Berücksichtigung. Die interdisziplinäre Diskussion zwischen Geriatern und Unfallchirurgen bot neben dem wissenschaftlichen Gedankenaustausch die Möglichkeit, gemeinsame Projekte zu diskutieren und Netzwerke aufzubauen.

Prof. Dr. Erich Hartwig, Karlsruhe, Leiter der AG Alterstraumatologie der DGU, war Kongresspräsident.

Auditierung einzelner Kliniken hat begonnen

Einen großen Raum der Diskussion nahm am Kongress die Initiative zur Steigerung von Qualität und Sicherheit in der interdisziplinären Alterstraumatologie mit dem in der AG entwickelten Zertifizierungsverfahren ein. Mit dem Kongress konnte mit der Auditierung einzelner Kliniken begonnen werden.

Mit einer Teilnehmerzahl von über 300 Personen unterschiedlicher Professionen und über 50 wissenschaftlichen Beiträgen aus dem deutschsprachigen Raum fand diese Veranstaltung einen breiten Zuspruch.

Für die wissenschaftlichen Beiträge und die breite Unterstützung in der Planung und Durchführung des Kongresses darf ich mich in aller Form bei der AG Alterstraumatologie und der DGU bedanken. Nur durch das gemeinsame Zusammenwirken von Geriatrie und Unfallchirurgie wurde diese Veranstaltung ein Erfolg und ein Eckpfeiler einer strukturierten Zusammenarbeit zur Verbesserung der Behandlungsqualität unserer Patienten.

Bericht über die 7. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner

Die Handchirurgie ist nicht nur ein anspruchsvolles und facettenreiches Gebiet, sie bietet auch vielfältigen Stoff für Kontroversen und fachliche Diskussionen. Dies bewies zum siebenten Mal die diesjährige Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU, welche ein bewährtes und vielbesuchtes Forum für den Umgang mit disputablen Themen ist. In diesem Jahr behandelte sie "Kontroverses in der Handchirurgie: Frakturbehandlung".

Die erste Jahrestagung der Sektion Handchirurgie fand im Jahr 2006 in Düsseldorf unter dem Motto „Kontroverses in der Handchirurgie: Osteosynthesen“ statt. Bereits diese Auftaktveranstaltung erfreute sich eines großen Interesses bei mehr als 200 Teilnehmern, da sie praxisnahe Diskussionen zu verschiedenen Behandlungsverfahren in den Mittelpunkt stellte. Seitdem wurden die „Kontroversen“ als wesentlicher Inhalt der Jahrestagungen beibehalten und in den folgenden Jahren Sehnenverletzungen, Gelenkverletzungen, Infektionen, Weichteildefekte, Standardeingriffe und schwierige Fälle diskutiert. Die 7. Jahrestagung am 21. April 2012 bot mit dem Thema „Frakturbehandlung“ Chancen und Herausforderungen: Chancen durch die Möglichkeit des Rückblickes auf die beständigen Weiterentwicklungen der Osteosyntheseverfahren seit 2006 und Herausforderungen im Sinne einer zukunftsorientierten Bewertung neuer Techniken. Darüber hinaus stellt die Frakturbehandlung das zentrale unfallchirurgische Thema in der Handchirurgie dar und steht damit besonders im Fokus.

360 Teilnehmer - mehr als im Vorjahr

Die 7. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU fand wie in den Vorjahren im Universitätsklinikum Düsseldorf unter der wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Joachim Windolf und Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner statt. Die bewährte Zusammenarbeit mit dem Kongressorganisator Intercongress garantierte eine professionelle Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung. Die Teilnehmerzahl betrug 360 und konnte gegenüber dem Vorjahr nochmals gesteigert werden. Damit bilden die Jahrestagungen die zweitgrößte handchirurgische Kongressveranstaltung in Deutschland.

Wesentlich für das Konzept der Jahrestagungen ist die Synthese aus Expertenvorträgen und offenen Diskussionsrunden. Geladen waren in diesem Jahr 17 handchirurgische Experten. Am Ende jeder wissenschaftlichen Sitzung stehen Fallpräsentationen der Sektionsmitglieder, in welchen schwierige Kasuistiken, problematische Verläufe und oft auch überraschende Lösungen präsentiert werden. Dadurch werden die nachfolgenden Diskussionen um weitere interessante Aspekte bereichert.

Nicht alle Frakturen der Hand müssen (aufwändig) operativ behandelt werden. Deshalb ging es in der ersten Sitzung um konservative und minimalinvasive Behandlungsverfahren. Unter dem Motto „Weniger ist mehr“ wurde insbesondere die Indikationsstellung bei dorsalen Endgliedbasisfrakturen, knöchernen Ausrissen der palmaren Platte und subkapitalen Metakarpalfrakturen diskutiert. Es wurde deutlich, dass die knöchernen Ausrisse der palmaren Platte an der Mittelgliedbasis überwiegend konservativ behandelt werden und die operative Indikationsstellung für dorsale Endgliedbasisfrakturen rückläufig ist. Erstaunlicher-

Foto: Privat

Wie in den vergangenen Jahren fand die Jahrestagung 2012 der Sektion Handchirurgie im Universitätsklinikum Düsseldorf statt.

weise gibt es für die subkapitalen Frakturen des Metakarpale 5 keine Evidenz, die den Vorteil einer Operation belegt, solange keine Torsionsabweichung vorliegt.

Weniger ist mehr

Winkelstabile Implantate erfuhren in den letzten Jahren auch in der Handchirurgie eine zunehmende Anwendung. Deshalb wurde in der nachfolgenden Sitzung erörtert, ob diese Implantate tatsächlich vorteilhaft sind. Bei Phalangenfrakturen kommen Plattenosteosynthesen, auch mit winkelstabilen Implantaten, wegen der delikaten Weichteildeckung nur in Sonderfällen zum Einsatz. Dagegen haben winkelstabile Platten an der Mittelhand immer dann eine Berechtigung, wenn Trümmerzonen vorliegen oder ein weichteilschonendes Vorgehen gefragt ist. Insbesondere die instabilen Basisfrakturen des Metakarpale 1 stellen eine gute Indikation dar. Am Karpus sind winkelstabile Platten-Schrauben-Kombinationen vor allem für Fusionen eine gute Option.

Spannend war auch die nachfolgende Sitzung zu innovativen Operationsverfahren. Gewindekirschnerdrähte bieten bei der Versorgung von Grundgliedschaftfrakturen Vorteile, allerdings ist diese Methode noch nicht etabliert. Dagegen stellen Distraktionsfixateure, sowohl in der ursprünglichen Technik von Suzuki als auch in Form verschiedener, konfektionierter Produkte bereits ein bewährtes Vorgehen für die Behandlung der problematischen Mittelgliedbasisfrakturen dar. Einen völlig neuen Ansatz repräsentiert die intramedulläre Osteosynthese mit photodynamischen Polymeren.

Schließlich bot die letzte Sitzung zur winkelstabilen Plattenosteosynthese am distalen Radius die Möglichkeit eines Rückblicks auf die vergangen zehn Jahre, in denen sich dieses Verfahren weitgehend durchgesetzt hat. Dank einer kontinuierlichen Verbesserung der Implantate und des Wissens um operationstechnische Fallstricke zeichnet sich die winkelstabile palmare Plattenosteosynthese vor allem durch hohen Komfort und Verlässlichkeit für Patienten und Anwender aus. Wahrscheinlich führt die kürzere Ruhigstellungszeit nach winkelstabiler Osteosynthese nicht zu einem schlechteren Outcome für mögliche karpale Begleitverletzungen. Insbesondere bei jüngeren Patienten zeichnet sich ein Trend zur frühzeitigen Metallentfernung ab, da nur so chronische Beugesehnenschädigungen sicher vermieden werden können.

Traditionelle Behandlungsstrategien und aktuelle Trends

Zusammenfassend konnte die 7. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU das erfolgreiche Konzept der „Kontroversen“ fortsetzen. Mit Teilnehmern aus ganz Deutschland konnten in diesem Jahr zum Thema Frakturbehandlung wiederum traditionelle Behandlungsstrategien und aktuelle Trends kritisch hinterfragt und praxistaugliche Empfehlungen abgeleitet werden.

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner, Düsseldorf, leitet die Sektion Handchirurgie der DGU. **Kontakt:** schaedel@uni-duesseldorf.de

Neue Mitglieder

Seit dem Redaktionsschluss des vorigen Heftes bis zum Redaktionsschluss dieses Heftes haben folgende Personen einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGU gestellt:

Awwad, Aisar · Düsseldorf
Bahr, Dr. med. Barbara · Dogern
Delhey, Dr. med. Patrick · München
Duwe, Tobias · Itzehoe
Engelmann, Dr. med. Sabrina · Berlin
Erdle, Benjamin · Freiburg
Freund, Kai · Kempten
Gärtner, Dr. med. Katharina · Tutzing
Hedrich, Tom · Küritz
Hoffmann, Dr. med. Felix · Unna
Hoock, Dr. med. Thomas · Frechen
Kohn, Dr. med. Britta Katja · Niederrohrdorf
Krieger, Dr. med. André · Cottbus
Lauer, Dr. med. Andreas · Saarbrücken
Memari, Dr. med. Behnaz · Berlin
Mittelmeier, Prof. Dr. med. Wolfram · Rostock
Nolting, Dr. med. Irina · Berlin
Olk, Dr. med. Alexander · Nürnberg
Ott, Dr. med. Hans-Jürgen · Saarbrücken
Roch, Dr. med. Simone · Düsseldorf
Schöneberg, Dr. med. Carsten · Essen
Stahn, Dr. med. Romana · Berlin
Wagner, Matthias · Nürnberg
Wilke, Dr. med. Jan · Köln

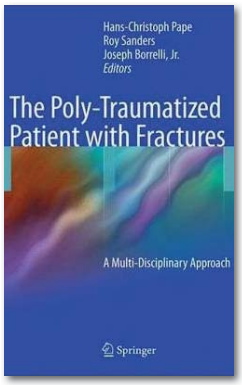
Laut §4 Abs. 3 der Satzung der DGU gelten die vorgenannten Antragsteller als endgültig aufgenommen, sofern nicht innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung Einspruch gegen die Mitgliedschaft erhoben wird.

Bühren · Keel · Marzi
Checkliste Traumatologie
Thieme Verlag, 2012
44,99 Euro

Umfassender Überblick

Die Unfallchirurgie hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Die Behandlungskonzepte sind differenzierter geworden, der Grad der Spezialisierung hat zugenommen. Vor diesem Hintergrund gelingt es der aktuellen 7. Auflage der „Checkliste Traumatologie", einen breiten und umfassenden Überblick über unfallchirurgische Krankheitsbilder zu geben. Das Buch gliedert sich in: Erstversorgung, diagnostische und therapeutische Grundlagen; Organtrauma und spezielle Verletzungsformen; Traumatologie des Skelettsystems und allgemeine Operationstechniken sowie Frakturbehandlung. Die Autoren stellen auch Organ- und Höhlenverletzungen vor und werden damit auch der Behandlung von Schwerverletzten und polytraumatisierten Patienten gerecht. Inhaltlich gut gegliedert und farblich ansprechend werden neben den Verletzungen von Weichteil- und Skelettsystem auch präklinische Aspekte sowie allgemeine Operationstechniken und Nachbehandlungskonzepte vorgestellt. Die strukturierte Aufteilung der einzelnen Themengebiete vermittelt einen schnellen und guten Überblick über die Vorgehensweise bei verschiedenen Verletzungsmustern. Zusätzlich eingearbeitete Tabellen und Algorithmen geben gerade in der Weiterbildung gute Möglichkeiten, theoretische Grundlagen zu erwerben. Verzichtet wurde auf die Abhandlung rein orthopädischer Krankheitsbilder, die den Umfang des Checklistenformates deutlich überschritten hätten. Für den klinischen Alltag in der Notaufnahme und auf Station ist die Checkliste ein hervorragendes Nachschlagewerk, um gezielt und schnell entsprechende Krankheitsbilder zu erfassen. **Fazit:** Für den Arzt in Weiterbildung, aber auch für den Facharzt ist die „Checkliste Traumatologie" ein guter und wertvoller Begleiter im klinischen Alltag.

Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, Hamburg

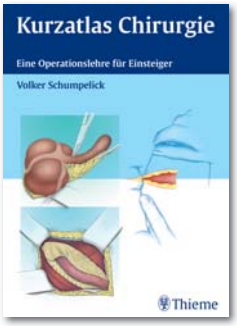


Pape · Sanders · Borelli
The Poly-Traumatized Patient
Springer, 2011
139,99 Euro

Ein multidisziplinäres Nachschlagewerk

Der polytraumatisierte Patient leidet an einer Vielzahl von Verletzungsfolgen, so dass alle operativen und nicht-operativen Fachgebiete in die Behandlung eingebunden sein müssen. Genau dieser Tatsache wird dieses Buch gerecht. Die Beiträge reichen von immunologischen und pathophysiologischen Aspekten, über Management von Abdominal- und Thoraxtrauma bis hin zu seltenen Aspekten, etwa das Trauma der Schwangeren. Auch den posttraumatischen Belastungsstörungen wird ein lesenswertes Kapitel gewidmet. Der Hauptfokus des Buches sind jedoch die Verletzungsfolgen an den Extremitäten und dem Stammskelett sowie deren Spätfolgen wie posttraumatische Deformitäten, gestörte Knochenbruchheilung oder posttraumatische Infektionen. Viele Einzelkapitel sind mit gut illustrierten Ablaufschemata untermalt, die dem Leser eine Take Home Message vermitteln. Darüber hinaus sind die meisten Einzelkapitel, insbesondere im Bereich der Extremitätenverletzungen, mit gut illustrierten Fallbeispielen ergänzt. Die Beiträge sind nicht nur multidisziplinär, sondern auch international geprägt. Die Autoren der 29 Kapitel stammen aus insgesamt elf verschiedenen Nationen. Sie haben lesenswerte Beiträge über das gesamte Spektrum der Polytraumaversorgung zusammengestellt. **Fazit:** Ein lesenswertes Buch für jeden am Polytrauma interessierten Chirurgen. Während es dem Spezialisten als Nachschlagewerk für spezielle Fragestellen dienen mag, bietet es dem noch nicht so weit ausgebildeten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Möglichkeit, einen Blick über den Tellerrand zu werfen.

Prof. Joachim Windolf, Düsseldorf



Schumpelick
Kurzatlas Chirurgie
Thieme Verlag, 2012
59,99 Euro

In aller Kürze

Die äußerlich anspruchslose Broschüre füllt eine im Schrifttum lange bestehende Lücke, die der in die Chirurgie als Gegenfach wie für eine volle Weiterbildung Eintretende durch umfassende Lehrbücher nicht befriedigend schließen kann, vorangegangenes Studium und Famulatur führten ihn meist nicht an den OP-Tisch. In gekonnt klarer wie knapper Diktion, begleitet durch übersichtliche Situationszeichnungen, wird anschaulich und einprägsam das operative Handwerk, auf dem alle operativen Fortschritte aufbauen, vermittelt. Für den Anfang in der Unfallchirurgie wären einige ergänzende Kapitel wünschenswert: zum Beispiel Drahtextension, Nagelung, Plattenosteosynthese, Fixateur externe, insbesondere die verschiedenen Nahtmaterialien.

Prof. J. Probst, Murnau

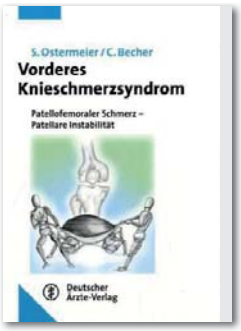
Für Sie gelesen

Magosch (Hrsg.)
Konservative Therapie und Rehabilitation von Schultererkrankungen
Urban & Fischer, 2011.
302 Seiten
149 Euro

Schulterschluss

Nachdem sich die „Schulterchirurgie“ von Habermeyer als Standardwerk etabliert hat, erscheint nun aus gleichem Hause ein Werk, welches sich der konservativen Therapie und Rehabilitation von Schultererkrankungen widmet. Das Buch ist 300 Seiten stark und hat über 480 Zeichnungen und Farbbilder in herausragender Qualität. Es ist klassisch strukturiert. Nach einer kurzen Einführung in die Anatomie, Biomechanik und Befunderhebung liegt der Fokus auf der konservativen Therapie und Rehabilitation. Es werden die jeweiligen Krankheitsbilder dargestellt und die Phasen der Nachbehandlung praxisnah erläutert. Das hervorragende Bildmaterial ermöglicht es dem Leser, die einzelnen Übungen problemlos nachzuvollziehen und direkt anzuwenden. Sehr ausführlich werden die neurologischen Aspekte sowie die klinischen und radiologischen Befunderhebungen dargestellt. Dabei durchdringt das Autorenteam das Dickicht der Differentialdiagnostik von akuten und chronischen Schulteraffektionen und stellt es sehr übersichtlich tabellarisch dar. Das 7. Kapitel steht im Zeichen der Schmerztherapie. Detailliert und wissenschaftlich fundiert werden die Facetten medikamentöser und invasiver Therapieoptionen erläutert. Akupunktur und Neuraltherapie kommen leider etwas zu kurz, können doch gerade diese Therapieformen effektiv und kostengünstig in der Praxis eingesetzt werden. Auffallend ist, und das spricht für den hohen Anspruch des Autorenteams, das sich alle Texte an der aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Lehrmeinung orientieren und entsprechende Studien zitieren. **Fazit:** Dieses Buch richtet sich an alle, die sich tagtäglich mit der komplexen Diagnostik und Therapie von Schultererkrankungen beschäftigen. Der Preis ist mit 149 Euro zwar recht hoch angesetzt, aber absolut gerechtfertigt, da der Leser ein Werk mit einer hohen Halbwertzeit erhält.

Dr. Christian Martin Smit, Gelsenkirchen



Ostermeier · Becher
Vorderes Knieschmerzsyndrom
Deutscher Ärzteverlag,
2011, 116 Seiten
69,95 Euro

Strukturierter Einblick

Die Ursachen des vorderen Knieschmerzsyndroms sind oft vielfältig. In diesem Buch nehmen sich die Autoren gezielt der komplexen Beschwerdesymptomatik bei Pathologien des Patellofemoralgelenkes an. Sie zeigen sehr übersichtlich Ursachen und Therapiemöglichkeiten auf, stellen biomechanische und (patho-)anatomische Grundlagen sowie die verschiedenen patellofemoralen Schmerzsyndrome dar. Das Buch gliedert sich in vier Abschnitte. Die Einleitung gibt einen Überblick über Definition und Anamnese des vorderen Knieschmerzsyndroms sowie über klinische und bildgebende Untersuchungsmethoden. Im zweiten Teil werden die Grundlagen der Anatomie, Biomechanik, Histologie und der Pathoanatomie bzw. -physiologie dargestellt. Der klinische Abschnitt befasst sich mit Anamnese, Untersuchung und Bildgebung. Der letzte Abschnitt des Buches widmet sich den therapeutischen Möglichkeiten. Hier werden zunächst die konservative Therapie mit Ganganalyse, Physiotherapie, Verbandstechniken sowie medikamentöser und physikalischer Therapie dargestellt. Abschließend werden die verschiedenen operativen Möglichkeiten inklusive (Kontra-)Indikationen, technischer Ausführung sowie Nachbehandlung beschrieben. Abgebildet ist zusätzlich ein Therapiealgorithmus, welcher im klinischen Alltag eine schnelle und übersichtliche Hilfestellung geben kann. Schemazeichnungen und Farbabbildungen runden das Ganze hervorragend ab. **Fazit:** Das Buch ist sowohl dem in der Weiterbildung befindlichen Arzt als auch dem erfahrenen Orthopäden und Unfallchirurgen sehr zu empfehlen.

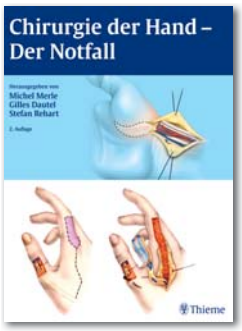
Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, Hamburg

Haas · Krettek · Tscherne
Unfallchirurgie – Hüfte und Oberschenkel
Springer Verlag, 2011
249 Euro

Modernes und unverzichtbares Nachschlagewerk

Die Reihe „Tscherne Unfallchirurgie“ gilt im deutschsprachigen Raum zu Recht als das Standardwerk der Unfallchirurgie. Wie die zuvor erschienenen Bände dieser Reihe zeichnet sich auch der Band „Hüfte und Oberschenkel“ durch seine ausführliche Behandlung dieser Körperregion aus. Hierbei beschränken sich die Ausführungen nicht alleine auf die Klassifikation, die ausführliche Darstellung der operativen Therapie und die Nachbehandlung, sondern umfasst auch die Epidemiologie, die Biomechanik sowie anatomische und altersspezifische Besonderheiten. Hierdurch wird dem Leser die patientenspezifische Anwendung der ausführlich und mit zahlreichen Tipps und Tricks beschriebenen Therapiemöglichkeiten erleichtert. Die verständlich dargestellten biomechanischen Grundlagen helfen dem Leser darüber hinaus, Operationen zielgerichtet zu planen. **Fazit:** Zahlreiche Zeichnungen, intraoperative und klinische Farbabbildungen sowie Röntgenbilder von exzellenter Qualität runden das durchweg positive Urteil zu diesem modernen Lehrbuch ab, welches als Nachschlagewerk in keinem Bücherschrank eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie fehlen sollte.

PD Dr. Ralph Gaulke, Hannover



Merle · Dautel · Rehart
Chirurgie der Hand – Der Notfall
ThiemeVerlag, 2011
199,99 Euro

Handchirurgie nach der Nancy Schule

Die gegenüber anderen Körperregionen einmalige Komplexität der Struktur der Hand, Voraussetzung der Erfüllung ihrer Aufgaben und funktionellen Möglichkeiten, hat zur Folge, dass jede ihrer Verletzungen den Anspruch erhebt, als Notfall betrachtet und behandelt zu werden. Ein Viertel aller Arbeitsunfälle in Deutschland betrifft die Hand (in Frankreich ein Drittel); darin kommt die hohe sozioökonomische Bedeutung ihrer Verletzung zum Ausdruck. Nicht alle Verletzten gelangen primär in handchirurgische Behandlung. Umso wichtiger ist es, dass die Erkenntnisse der speziellen Handchirurgie unmittelbar abrufbereit zur Verfügung stehen. Diesem Ziel dient das der Nancy-Schule entstammende vorliegende Buch, indem es in folgerichtigen Schritten den Ablauf von der präklinischen Notversorgung über die Inspektion zur Lokal- und Regionalanästhesie samt der dabei möglichen Schäden (Reperfusion) sehr subtil beschreibt; im Vordergrund steht stets die Trias Frakturstabilisierung, Revaskularisierung, Hautdeckung, um bereits durch den primären Eingriff ein funktionell und dauerhaft brauchbares Ergebnis zu erzielen oder aber bestmögliche Voraussetzungen für eine sekundäre Rekonstruktion zu schaffen. In 13 Einzelkapiteln, die sämtlich mit einer Vielzahl hervorragend ausgesuchter Abbildungen (Situs-Fotos, anatomische Zeichnungen, schematische Darstellungen, Röntgenaufnahmen) ausgestattet sind, werden alle Verletzungsarten beschrieben, sie reichen von einfachen Substanzverletzungen über Amputationen bis zur Fingerreplantation und Replantation der Hand. Es fehlen auch nicht die Verfahren der Frühmobilisierung sowie der Verbandtechnik. Der durchaus eingehenden Beschreibung der operativen Vorgehensweisen steht eine textliche Konzentration von bemerkenswerter Schärfe und Eindeutigkeit gegenüber, die auch im Akutfall eine rasche und vollständige Information gewährleistet. Ein großes Lob ist dem Übersetzer St. Rehart zu zollen, der bei der Übertragung aus dem Französischen ein hohes Sprachgefühl hat walten lassen. Das Buch sollte überall, wo handchirurgische Verletzungen behandelt werden, griffbereit liegen.

Prof. J. Probst, Murnau

Ridder
Craniomandibuläre Dysfunktion
Urban & Fischer, 2011
234 Seiten
66,95 Euro

Kiefergelenk im Fokus

Bestimmte anatomische Übergangsregionen stehen von Zeit zu Zeit im Fokus der Diagnostik und Behandlung von Schmerzen am Bewegungsapparat. Hierzu zählen neben dem Iliosakralgelenk und den Kopfgelenken immer häufiger auch die Kiefergelenke. Der Autor, ein orthopädischer Kollege aus Freiburg mit umfangreicher osteopathischer Ausbildung, stellt uns in dieser Monographie über die craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien vor. Er zeigt anatomische und funktionelle Zusammenhänge zwischen CMD und dem Körper auf, die sich gegenseitig beeinflussen und Beschwerden auch in weit entfernten Strukturen verursachen können. Wie immer bei einer neuerdings für klassisch-orthopädische Beschwerden verantwortlich gemachten funktionellen Störung ist zunächst die Eingrenzung wichtig, was unter dem Krankheitsbild verstanden werden kann und was nicht dazu gehört. Erst so kann eine erfolgversprechende spezifische Behandlung ermöglicht werden. Folgerichtig widmet sich der erste Teil des Buches der Erkennung, Untersuchung und Diagnosesicherung der CMD. Ein zweiter großer Teil stellt die Fachgebiete dar, in denen eine CMD symptomatisch wirksam werden kann. Diese reichen von der Orthopädie und Zahnmedizin hinein in die Neurologie, aber auch in den Bereich der Sinnesorgane (Augen, HNO) bis hin zur Kardiologie und der gesamten inneren Medizin. Überraschend wenige Seiten sind psychologischen und psychosomatischen Krankheitsbildern gewidmet. Welche Therapieformen es gibt, wird im abschließenden Teil des Buches vermittelt, wobei insbesondere die lokale Behandlung des Aufbisses entscheidend ist. In der konservativen Orthopädie mittlerweile bekannt, wenngleich noch nicht vollends bewiesen sind Zusammenhänge betreffend das sogenannte cranio-sacrale System bzw. die cranio-sacrale Therapie, während das Fasziensystem für das Verständnis der Osteopathie eine wichtige Grundlage spielt. Die hierzu ausgewählten anatomischen Abbildungen und Schemazeichnungen tragen sehr gut zur Vermittlung der Theorie bei und unterstreichen den wissenschaftlichen Zugang zum Thema durch den Herausgeber. Für die einzelnen von der CMD betroffenen Fachgebiete finden sich interessante praxisnahe Behandlungsbeispiele. **Fazit:** Das Buch widmet sich einem aktuellen, wenngleich durchaus kontrovers diskutierten Thema, mit dem Orthopäden häufig in ihrer Praxis beschäftigt sind. Es finden sich viele Erklärungen für manche möglicherweise bisher schlecht zuzuordnende Krankheitsbilder. Es ist somit sämtlichen Kollegen empfohlen, die sich mit der konservativen Therapie solcher Erkrankungen befassen und die mehr über die Rolle und Wirkung einer craniomandibulären Dysfunktion wissen wollen.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München

Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) schreibt den mit

10.000 Euro

dotierten Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik für das Jahr 2012 aus. Einreichungsschluss ist der **31. Juli 2012** (Poststempel). Für den Preis können Arbeiten eingereicht werden, die Innovationen in der Endoprothetik beschreiben. Er kann für diagnostische oder anwendungstechnische Ideen vergeben werden. Die Preisarbeit kann in dem der Verleihung vorangehenden Kalenderjahr in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht sein. Auch publikationsreife Manuskripte können angenommen werden. Arbeiten, die bereits ausgezeichnet oder die für eine andere Preisauszeichnung eingereicht wurden, können nicht angenommen werden. Eine schriftliche Bestätigung ist der Bewerbung beizulegen.

Die Bewerbung um den Themistocles-Gluck-Preis für Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ist zusammen mit acht anonymisierten Exemplaren der Preisarbeit sowie einem unanonymisierten Exemplar und der entsprechenden Erklärung einzusenden an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: (0 30) 84 71 21 31
Fax: (0 30) 84 71 21 32
E-Mail: info@dgooc.de

Kinderorthopädie-Reisestipendium 2013

Die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) schreibt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ein jährliches Reisestipendium aus. Im Rahmen dieses Stipendiums soll mit einer finanziellen Unterstützung von

6.000 Euro

für zwei Kandidaten eine vierwöchige Studienreise zu europäischen Zentren der Kinderorthopädie ermöglicht werden. Voraussetzung für eine Bewerbung von Assistenzärzten/innen im letzten Ausbildungsabschnitt bzw. von Fachärzten für Orthopädie ist die nachweisbare Schwerpunkttätigkeit in der Kinderorthopädie, die durch entsprechende Arbeiten belegt werden sollte. Darüber hinaus sind gute englische Sprachkenntnisse erforderlich. Bewerbung mit Lebenslauf, Darstellung des beruflichen Werdeganges und wissenschaftlicher Qualifikation sollten bitte bei der Schriftführerin der Vereinigung für Kinderorthopädie bis spätestens **30. November 2012** eingereicht werden:

Prof. Dr. Andrea Meurer
Orthopädische Universitätsklinik
Friedrichsheim gGmbH
Marienburgstraße 2
60528 Frankfurt am Main

Wissenschaftspreis 2013 der VKO

Die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) schreibt den gemeinsam von der Firma Implantcast, Buxtehude und der VKO gestifteten Preis in Höhe von

5.000 Euro

für eine innovative Arbeit auf dem Gebiet der Kinderorthopädie aus. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden, Kinderärzte und Biomechaniker. Vorgelegt werden können auch Arbeiten, welche bereits für andere Preise eingereicht worden sind, nicht aber bereits prämierte Arbeiten, die vor mehr als zwei Jahren veröffentlicht wurden. Es kann nur eine Arbeit eingereicht werden, die den Umfang einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Original-Abbildung) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeiten in deutscher und englischer Sprache in fünffacher Ausfertigung bis zum **30. November 2012** an den Vorsitzenden des Preisrichtergremiums, Prof. Dr. Fritz Hefti, ehemaliger Chefarzt beider Basler Universitätskinderspitäler und aktueller Leiter des Wissenschaftsboards der Vereinigung für Kinderorthopädie, Postfach, CH-4005 Basel/Schweiz, einzureichen. Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie.

Prof. Dr. Fritz Hefti
Kinderorthopädische Uniklinik
Basler Universitätskinderspitäler
Postfach
CH-4005 Basel/Schweiz

Ausschreibungen der AFOR-Stiftung 2012

Forschungsförderung

Die AFOR-Stiftung unterstützt im Jahre 2012 Forschungsvorhaben. Gefördert werden Vorhaben mit einem klinischen Hintergrund oder klarem klinischen Bezug zur Orthopädie oder Traumatologie bis jeweils maximal

10.000 Euro

Förderung im Bereich der technischen Orthopädie

Die AFOR-Stiftung unterstützt 2012 Forschungsvorhaben im Bereich der konservativen oder post-operativen/rehabilitativen Orthopädie mit einem starken Bezug zur Orthopädietechnik bis maximal

10.000 Euro

Bei Auswahl eines Forschungsvorhabens basierend auf dem eingereichten Studienprotokoll werden 50 Prozent des Preises zweckgebunden, bei Beginn des Projektes zur Verfügung gestellt. Nach Publikation der Studie stehen dem Erstautor 50 Prozent des Preisgeldes frei zur Verfügung.

Reisestipendien

Reisestipendien dienen der Unterstützung junger Kliniker und Wissenschaftler (Ärzte) für einen Ausbildungsaufenthalt an einer anerkannten Klinik, zum Zwecke des Kennenlernens der gegebenen wissenschaftlichen Einrichtungen und dem Erlernen von Arbeitstechniken. Die Höhe des Stipendiums beträgt jeweils

2.000 Euro

Weitere Information sowie Bewerbungsformulare finden Sie im Internet unter www.afor.org. Einsendeschluss für Anträge und Bewerbungen ist der **15. August 2012**.

1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (0 30) 79 74 44-51, -59,
Fax: (0 30) 79 74 44-57,
E-Mail: info@institut-ado.de.

Veranstaltern sind wir bei der Zertifizierungen Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.

Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharzt-vorbereitungskurs	26.11. – 01.12.2012	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 0 30 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de	590 €[1] 790 €[2]	46

Praxisgründungskurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Wichtige Punkte bei der Praxisgründung	09. – 10.11.2012	Prof. Wich, Dr. John	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 0 30 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de	200 €[1] 350 €[2]	8

Kindertraumatologie für den D-Arzt

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ludwigshafen	Trauma	12. – 13.10.2012	Prof. Schmittenbecher, Prof. Grützner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 0 30 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 €[1] 240 €[2]	N.N.
Berlin	Trauma	14. – 15.12.2012	Prof. Wich			N.N.

Kurse zum DKOU 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Oberflächen EMG Kompaktkurs	25.10.2012	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 0 30 / 79 74 44-59 E-Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125,00 €	8
	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	26.10.2012	Dr. Jahn		100 €[1] 130 €[2]	6
	DIGEST Stoßwellen Zertifizierungskurs	26.10.2012	Dr. Gleitz, Dr. Thiele		220€	9
	K-Logic-Taping-Kurs	26. – 27.10.2012	Geuenich		190€ 230 €[2]	17
	4D motion Kurs	26.10.2012	Dr. Jahn		45 €[1] 55 €[2]	4
	Rheuma Update	27.10.2012	Dr. Schwokowski		100 €[1] 130 €[2]	8
	Röntgen Update	27.10.2012	Dr. T. Abt		100 €[1] 130 €[2]	9
	Begutachtung Grundkurs	27.10.2012	Prof. Wich		180 €[1] 260 €[2]	8
	Begutachtung Aufbaukurs	28.10.2012	Prof. Wich		180 €[1] 260 €[2]	8

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

K-Logic-Taping Kurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Basiskurs	21. – 22.09.2012	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden, Kantstr. 13, 10623 Berlin, info@institut-ado.de, Tel. 030 / 797444 -51/-59	190 €[1] 230 €[2]	16
Berlin	Aufbaukurs	26. – 27.10.2012	Ingo Geuenich			17
Aachen	Aufbaukurs	17. – 18.11.2012	Ingo Geuenich			16

QM Schulungen BVOUcert

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Quereinsteiger	11.08.2012	Dr. Krenzlin	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 / 797444-51/59 E-Mail: info@institut-ado.de, *Quereinsteigerschulungen nur für Ärzte die bereits das alte BVOUcert oder eine Schulung über den BVOU hatten.*	Quereinsteiger 500 € Einsteiger 1.500 € inkl. Zertifizierung	keine
Berlin	Einsteiger	12.08.2012	Dr. Krenzlin			keine
Stuttgart	Quereinsteiger	15.09.2012	Deinfelder			keine
Frankfurt a.M.	Einsteiger	10.11.2012	Dr. Dürig			keine

Gutachten und Begutachtungstermine 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Sozialgericht Modul III	29./30.09.2012	Prof. Dr. Wich	Akademie Deutscher Orthopäden, Kantstr. 13, 10623 Berlin, E-Mail: info@institut-ado.de, Tel. 030 / 797444 -51/-59	220 €[1] 300 €[2]	N.N.
Berlin	Rentenbegutachtung Unfallversicherung I (Grundkurs)	27.10.2012	Prof. Dr. Wich		180 €[1] 260 €[2]	8
Berlin	Rentenbegutachtung Unfallversicherung II (Aufbaukurs)	28.10.2012	Prof. Dr. Wich		180 €[1] 260 €[2]	8

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	15.09.2012	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 / 797444-51/59 E-Mail: info@institut-ado.de in Kooperation mit Indermed-Forum e.V.	3D/4D-Mitglieder:150 € Nichtmitglieder 200 € 4D-motion-Mitglieder: 45 € Nichtmitglieder: 55 € inkl. Handouts und Verpflegung, 3D-Kurs zum DKOU Sonderpreis	11
Nordhrein	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	10.11.2012	Dr. Jahn			11
DKOU Berlin	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	26.10.2012	Dr. Jahn			6
	4D motion Kurs	26.10.2012	Dr. Jahn			4

Rheuma-Zertifizierungskurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Früharthritis in Orthopädischer Hand - Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen	25.08.2012	Dr. Schwokowski, Dr. Talke	Akademie Deutscher Orthopäden	100 €[1] 130 €[2]	

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

ADO Kooperationen

ATOS Heidelberger Castle Meeting

mit Live Operation und Videos

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Heidelberger	Hüft- und Kniegelenk	11. – 13.10.2012	R. Siebold, H. Thermann, F. Thorey, H.H. Pässler	Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH,Heike Fischer,Gartenstraße 29,61352 Bad Homburg, Tel.: 06172/6796-0, Fax: 06172/679626, E-Mail: info@kmb-lentzsch.de, www.kmb-lentzsch.de	Arzt/in: 350€ Weiterbildungs-assistent/in: 250€ Physiotherapeut/in, med. Fachpersonal 200€ Student/in 120€	N.N.

Sonographiekurse Hamburg

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Abschlusskurs B III	25. – 26.08.2012	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum, Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg, Frau Habermann, Tel.: 04193/ 959966, sono-kurse@t-online.de, www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	20
	Grundkurs B I	14. – 16.09.2012				30
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	20.–21.10.2012				14
	Aufbaukurs B I	02. – 04.11.2012				31

MRT-Kurse in Stuttgart

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Untere Extremitäten	06. – 07.07.2012	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 300€ alle 5 Kurse: 1400€	80
	Differentialdiagnose MRT	12. – 13.10.2012				
	Zusammenfassung	16. – 17.11.2012				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2012

LBB 1 Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	LBB1	08. – 12.08.2012	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	46
Nürnberg	LBB1	19. – 23.09.2012				36
Boppard	LBB1	24. – 28.10.2012				46
Hamburg	LBB1	21. – 25.11.2012				40
Boppard	LBB1	05. – 09.12.2012				46

Masterkurse 2011 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie

Ort	Kursthema	Termin	
Boppard	Muskuloskeletale Med. 2	24. – 26.08.2012	26
Boppard	MSM 1	07. – 09.09.2012	26
Trier	Lenden Becken Hüft Region	22.09.2012	12
Boppard	MSM 2	09. – 11.11.2012	26
Nürnberg	obere Thoraxapertur u. Lymphsysteme	24. – 25.11.2012	16
St. Goar	Kopfschmerz, Schwindel, Tinnitus	24.11.2012	11
Hamburg	HWS- Schultergürtel	08.12.2012	10

GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik

Grundlagen der Propriorezeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensomotorische, propriorezeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Grundkurs	14.09. – 15.09.2012	Dr. Pfaff	Freitagstermin: 14.30 – 20.00 Uhr, Samstagtermin: 09.00-16.30 Uhr, GHBF, Fax: 089-33 04 03 05, www.ghbf.de	Grundkurse (zweitägig) 300 € Abschlußkurse 350 € (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke)	
München	Abschlusskurs	30.11. – 01.12.2012	Dr. Pfaff			

Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2012

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie/ Manuelle Medizin.
Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e.V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Isny	Einsteigerkurs	11. – 18.08.2012	Dr. med. Herman Locher	Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 0 75 62 / 97 18-0 Fax: 0 75 62 / 97 18-22 E-Mail: info@aerzteseminar-mwe.de www.aerzteseminar-mwe.de	auf Anfrage	
Karlsruhe	Einsteigerkurs zweiteilig	21. – 30.09.2012				
Hannover	Einsteigerkurs	24.11. – 01.12.2012				
Damp	Einsteigerkurs	24.11. – 01.12.2012				
Berlin	Einsteigerkurs zweiteilig	30.11. – 09.12.2012				
Königstein	Gesamtrefresher	04. – 11.08.2012				
Ascheffel	Tagesrefresher Manualmed. Algorithmus u. Behandlungskonz. B. Verkettungssynd.	27.10.2012				
Hannover	Tagesrefresher LWS/ SIG	17.11.2012				
Neuss	Tagesrefresher HWS	24.11.2012				
Isny	Wochenendrefresher LWS/SIG	13. – 14.10.2012				
Bad Iburg	Osteopathie Einführung (E)	06. – 08.09.2012				
Dresden	Sonderkurs (Kurs I) von MWE und ÄMM, Wirbelsäulengrundkurs	17. – 24.09.2012				

AGR-Fernlehrgang Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention

Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen Referent für rückengerechte Verhältnisprävention

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	01.07.2012	AGR e.V.	Aktion Gesunder Rücken e. V., Tel. 0 42 84 / 926 99 90, Fax: 0 42 84/ 926 99 91, info@agr.de, www.agr-ev.de	295 €[1]	39
		01.08.2012				
		01.09.2012				
		01.10.2012				
		01.11.2012				
		01.12.2012				

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	AE-Forum Experts meet Experts - Schwierigkeiten im Umgang mit Medizinprodukten	06.07.2012	Priv.-Doz. Dr. med. Kirschner, Prof. Dr. med. Parsch,	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5 D-79100 Freiburg Tel. 07 61 / 45 64 76 66 Fax 07 61 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com	auf Anfrage	
Stuttgart	AE-Kurs Schulterchirurgie	06. – 07.07.2012	Dr. Ambacher, Prof. Dr. Fink		auf Anfrage	
Stuttgart	AE-Seminar Teach the Teacher	07.07.2012	Prof. Dr. med. Mutschler, Prof. Dr. med. Siebeck		auf Anfrage	
Potsdam	AE-Kompaktkurs Thromboseprophylaxe in der Endoprothetik	30. – 31.08.2012	Prof. Dr. C. Perka, Prof. Dr. T. Gehrke		50 €	
München/ Glonn	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenkes	03. – 05.09.2012	Prof. Dr. med. W. Mutschler, Prof. Dr. med. D. Parsch		250 €	
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	07. – 08.09.2012	PD. Dr. med. Ralf Decking, PD Dr. med. R. Steffen, Prof. Dr. med. M. Wagner		auf Anfrage	19
Münster	AE-Kompaktkurs Thromboembolieprophylaxe in der Endoprothetik	14.09.2012	Prof. Dr. med. G. Möllenhoff Dr. med. B. Egen Priv.-Doz. Dr. med. R. Hube		50 €	
Hamburg	AE-Kurs Knie	28.09. – 29.09.2012	Prof. W. Rüther, Prof. Dr. D. Lazovice, Prof. Dr. Oehme		200 €	
Magdeburg	Masterkurs Hüfte	05. – 06.10.2012	Prof. Dr. K.-D. Heller, Prof. Dr. C.H. Lohmann		auf Anfrage	
München	AE-Kompaktkurs Thromboseprophylaxe in der Endoprothetik	12.10.2012	Priv.-Doz. Dr. med. R. Hube, Prof. Dr. med. P. Biberthaler, Dr. med. C. Fulghum		50 €	7
Tübingen	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	12.10.2012	Prof. Dr. Stöckle		50€	
Bonn	Masterkurs Hüfte	16. – 17.11.2012	Dr. H. Hass, Prof. Dr. D.C. Wirtz		auf Anfrage	16
Dresden	14. AE-Kongress Rekonstruktive Gelenkchirurgie	07. – 08.12.2012	Prof. Dr. Günther, Prof. Dr. Morlock, Prof. Dr. Neugebauer, Prof. Dr. Zwipp		180 €	14

30. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative ´93 Technische Orthopädie 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Rothenfelde	Module 1 und 3 Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittläsion	14. – 16.09.2012	Prof. Dr. Greitemann	Fax: 0 54 24 / 2 20-4 44 oder per Post an: Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann, Initiative 93, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde	auf Anfrage	
Innsbruck/ Österreich	Modul 6	21. – 22.09.2012	Dr. Landauer			
Dortmund	Modul 5 Refresher u. Prüfungskurs	23. – 24.11.2012	Prof. Dr. Greitemann, D. Kokegei			

DAF Zertifikat Fußchirurgie 2012

Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	31.08. – 01.09.2012	T.Filler, J.Dohle, S.Rammelt	Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2 D-61348 Bad Homburg Tel. 0 61 72 / 67 96-0 Fax: 0 61 72 / 67 96-26 E-Mail: veronika.ullisch@ kmb-lentzsch.de, www.fuss-chirurgie.de	DAF-Mitglieder: 330 € Nichtmitglieder: 430 €	
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	21. – 22.09.2012	J. Lange			
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	09. – 10.11.2012	M.Gabel, U. Gronwald			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	14. – 15.09.2012	D. Frank, M. Abbara			
Augusburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	06. – 07.07.2012	M.Thomas			
Hannover	Operationskurs Sehnenchirurgie	05. – 06.10.2012	C. Stukenborg-Colsman			
Frankfurt a.M.	Operationskurs Rheumafuß	16. – 17.11.2012	S.Rehart, J. Osel			
Wien	Workshop Kinderfuß	23. – 24.11.2012	F. Grill			
Münster	Operationskurs Traumatologie	28. – 29.09.2012	S. Ochman			
MRT Kurse Erlangen						

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremität	21. – 22.09.2012	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 0 91 31 / 71 90-51 E-Mail: goldmann@ orthopaeden.com	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	88
	Kurs 2 Wirbelsäule	09. – 10.11.2012				
	Kurs 3 Untere Extremität	07. – 08.12.2012				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen,- Gelenk-Erkrankungen	18. – 19.01.2013				
	Kurs 5 Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	12-13.04.2013				

IGTM Schmerz- und Triggerpunkt-Osteopraktiken Termine 2012

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kurs IV	13./14.07.2012	Dr. Hansen	IGTM-Geschäftsstelle Am Dreieck 14b, 53819 Neunkirchen E-Mail: r.berweiler@igtm.org www.igtm.de Tel. 0 22 47 / 9 00 13 63	380 €	N.N.
Köln	Kurs I	28./29.09.2012				
Köln	Kurs II	26./27.10.2012				
Köln	Kurs III	16./17.11.2012				
Köln	Workshop /Praktikertag	01.12.2012				

Golfmedicus – Sportmedizinische Betreuung im Golfsport

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Düsseldorf	Kurs 3	28.09. – 01.10.2012	Dr. Strich	Golfmedicus, www.Golfmedicus.eu, E-Mail: info@golfmedicus.eu	auf Anfrage	N.N.

Mercedes Cup - Sportmedizinisches Symposium

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	Professionelle Konzepte für den Profisportler und sein Umfeld	12. – 13.07.2012	Dr. Mauch, Dr. Hoffmann	Z.O.N. – Zentrum für Orthopädie und Neurochirurgie Stuttgart GmbH Tel. 07 11 / 87 03 53-0, www.orthopaedie-stuttgart.de	60 €	N.N.

Neue Kurse

Ultraschallkurse 2012 und 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsapparat (B I)	14. – 16.09.2012, 13. – 15.09.2013	Dr. A. Betthaeuser	Schulter-Zentrum Hamburg Sonografiesekretariat des Zentrums Frau A. Habermann, Maurepasstr. 95 24558 Henstedt-Ulzburg Tel. 0 41 93 / 95 99 66 Fax: 0 41 93 / 95 98 85 E-Mail: sono-kurse@t-online.de www.schulter-zentrum.com	auf Anfrage	31
Hamburg	Aufbaukurs Bewegungsapparat (B II)	02. – 04.11.2012, 01. – 03.11.2013				31
Hamburg	Abschlußkurs Bewegungsapparat (B III)	25. – 26.08.2012, 24. – 25.08.2013				21
Hamburg	Grundkurs Säuglingshüfte (S I)	19. – .20.01.2013				21
Hamburg	Aufbaukurs Säuglingshüfte (S II)	16. – 17.06.2012, 15.16.06.2013				21
Hamburg	Abschlußkurs Säuglingshüfte (S III)	20. – 21.10.2012, 19. – 20.10.2013				16
Medical Park Bad Wiessee am Tegernsee/ Bayern	Kurswoche Grund- und Aufbaukurs Bewegungsapparat (BI und BII)	10. – 15.02.2013				52

5. Sportmedizinische Woche zum Ironman

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Wiesbaden	Kompetenz für Bewegung	08. – 10.08.2012	Dr. Christoph Meister, Dr. Martin Scholz	medicalnetworks CJ Gmbh & Co.KG, Simone Schubert-Janworski, Niedervellmarer Straße 41, 34127 Kassel, Tel. 05 61 / 7 66 85 50, Fax: 05 61 / 76 68 55 99, s.jaworski@ medicalnetworks.de	auf Anfrage	N.N.

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: https://www.auc-kursportal.de

Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info/Anmeldung
Juli				
Hannover		07./08.07.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
München-Unterschleißheim	ATLS-Refresherkurs	13.07.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
München-Unterschleißheim	ATLS-Providerkurs	14./15.07.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	14./15.07.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Hamburg	ATLS-Providerkurs	27./28.07.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
August				
Hamburg	ATLS-Providerkurs	10./11.08.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Leipzig	ATLS-Providerkurs	17./18.08.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Kiel	ATLS-Providerkurs	17./18.08.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Leipzig	ATCN-Providerkurs	17. – 19.08.2012	Fr. M. Dietz-Wittstock	www.atcn.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Berlin (Charite)	ATLS-Providerkurs	31.08./01.09.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
September				
München-Unterschleißheim	ATLS-Providerkurs	01./02.09.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	08./09.09.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Hannover	ATLS-Providerkurs	08./09.09.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Köln	ATLS-Providerkurs	15./16.09.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Osnabrück	fit-after-eight	26. – 29.09.2012	Prof. W. Mutschler	www.dgou-fit-after-eight.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Homburg (Saar)	DSTC – Definitive Surgical Trauma Care Course	27. – 29.09.2012	Prof. S. Flohé	www.auc-online.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Oktober				
Leipzig	ATLS-Providerkurs	05./06.10.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Ulm	ATLS-Providerkurs	06./07.10.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Hannover	ATLS-Providerkurs	20./21.10.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
November				
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	03./04.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	03./04.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Köln	ATLS-Providerkurs	16./17.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Hannover	ATLS-Providerkurs	17./18.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Kiel	ATLS-Providerkurs	23./24.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
München-Unterschleißheim	ATLS-Providerkurs	24./25.11.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Köln	ATLS-Providerkurs	30.11./11.12.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Leipzig	ATLS-Providerkurs	30.11./11.12.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Dezember				
Ulm	ATLS-Providerkurs	08./09.12.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Hannover	ATLS-Providerkurs	08./09.12.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	15./16.12.2012	Dr. C. Wölfl	www.atls.de, Anmeldung unter www.auc-kursportal.de

2. Kalender

Veranstaltungen der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Unter Schirmherrschaft der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Juli				
Ort	**Kongress/Kurs**	**Termin**	**Leitung**	**Info/Anmeldung**
Bernau/Felden	Sportmedizintage Medical Park	04.07 – 08.07.	PD Dr. M. Schmitt-Sody, Dr. F. Düren	www.smtc.intercongress.de
Mühlheim an der Ruhr	12. IGOST OP-Kurs Wirbelsäule	05.07 – 07.08.	Prof. J. Jerosch, Dr. C. Schott	www.jerosch.de
Augsburg	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Sehnenchirurgie IV	06.07 – 07.07.		www.fuss-chirurgie.de
München	23. Münchner Handchirurgisches Symposium	07.07.	Dr. K – D. Werber	www.handchirurgie-muenchen.de
Tuttlingen	Hüftendoprothetik für Ärzte	12.07 – 13.07.	PD Dr. Volkmann	www.aesculap-akademie.de
Wildbad Kreuth	4. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	18.07 – 21.07.	Prof. U. Brunner, Prof. E. WIedemann	www.tese-kurs.de
Tuttlingen	Basiskurs Knieendoprothetik für Ärzte	19.07 – 20.07.	Prof. L. Hovy, Prof. C. Perka	www.aesculap-akademie.de
München	Das Patellofemoral Gelenk – Teil II	21.07.	Prof. G. Bauer, Dr. D. Wagner	www.sportklinik-stuttgart.de
Regensburg	89. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V.	25.07 – 27.07.	Prof. M. Nerlich	www.vbc2012.de

August				
Königstein	Gesamtrefresher-Kurs (Kompetenzerhaltungskurs)	04.08 – 11.08.	Dr. Bischoff	info@aerzteseminar-mwe.de
Wiesbaden	5. Sportmedizinische Woche – Triathlon Countdown	08.08 – 10.08.		s.jaworski@mediacalnetworks.de
Isny	Technikkurs I “Manuelle Medizin/Chriotherapie”	11.08 – 18.08.	Dr. Müller	info@aerzteseminar-mwe.de
Kassel	3. Kasseler documenta-Symposium der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel	18.08.		Anmeldung per Fax bis 13.07.: 0561- 30 84 204
Berlin	G-I-N Conference	22.08 – 25.08.	Philip van der Wees, Günter Ollen-schläger	www.gin2012.org
Hamburg	4th European Plastic Surgery Research Council (EPSRC) 2012	23.08 – 26.08.	Salvatore D'Arpa	www.epsrc.eu
Düsseldorf	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Anatomischer Präparationskurs I	31.08 – 01.09.		www.fuss-chirurgie.de
Glattfelden bei Zürich	AE-Dreiländerkurs Knie		Dr. B. Christen, Prof. dr. med. N. Böhler, Prof. Dr. med. F. Gebhard	www.ae-germany.com
Basel	15. Basler Symposium für Kinderorthopädie	31.08 – 01.09.	Prof. Dr. med. C. Hasler, Dr. med. A. Krieg	www.baslerkinderorthopaedie.org

September				
Glonn bei München	AE-Tutorial „Endoprothetik des Hüftgelenks“	03 – 05.09.	Prof. Dr. med. W. Mutschler, Prof. Dr. med. D. Parsch	www.ae-germany.com
Dresden	6. Kongress der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung (MDCV) 2012	06.09 – 07.09.	Prof. F. Bonnaire	www.mdcv-kongress.de
Berlin	Revisions-Hüftendoprothetik für Ärzte	06.09 – 07.09.	Prof. C. Eingartner	www.aesculap-akademie.de
Berlin	Fragility Fracture Network	06.09 – 08.09.	Prof. K. Dreinhöfer	www.ff-network.org

Bad Iburg	Osteophathie - Einführung	06.09 – 08.09.	Prof. E. Nicholas	info@aerzteseminar-mwe.de
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	07.09 – 08.09.	Dr. med. A. Franz, PD Dr. med. R. Decking, PD Dr. med. R. Steffen, Prof. Dr. med. M. Wagner	www.ae-germany.com
Berlin	Strategien zur Fehlervermeidung im OP – Qualität, Sicherheit und Risikomanagement	10.09.	Prof. C – D. Heidecke	www.aesculap-akademie.de
Hannover	Sonderkurs Manuelle Medizin bei Kindern – Kurs A/ Diagnostikkurs 1	12.09 – 16.09.	Dr. W. Kemlein	info@aerzteseminar-mwe.de
Zürich/Schweiz	29. Kongress der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)	13.09 – 15.09.		www.aga-kongress.info
Bremen	43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) e. V., 17. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) e. V.	13.09 – 15.09.	Prof. C. Can Cedidi	www.conventus.de/dgpraec2012
Frankfurt/M.	5. Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung – Kurs V, Spez. Gutachterthemen Teil II	14.09 – 15.09.	Prof. K. Weise, Prof. R. Hoffmann, Prof. M. Schiltenwolf	kongress@bgu-frankfurt.de
Heidelberg	2. Rhein-Neckar-Symposium 2012 Update Wirbelsäule	14.09 – 15.09.	Prof. V. Ewerbeck, Prof. G. Schmidmaier u.a.	www.rhein-neckar-symposium.de
Dortmund	Zukunftssymposium Orthopädie	15.09.	Prof. Dr. med. B – D. Katthagen	www.orthodoc.de
Dresden	Technikkurs I „Manuelle Medizin/Chirotherapie“	15.09 – 22.09.	Dr. Moll	info@aerzteseminar-mwe.de
Isny	Manuelle Medizin bei Kindern Kurs C: Therapiekurs I	19.09 – 22.09.	Dr. W. Coenen	info@aerzteseminar-mwe.de
Isny	Sonderkurs Manuelle Medizin bei Kindern – Kurs C/ Therapiekurs I	19.09 – 22.09.	Dr. W. Coenen	info@aerzteseminar-mwe.de
Brandenburg	MedPro 2012	20.09.	Prof. E. Beck, Prof. T. Schrader, Prof. D. Wikarski	medpro2012.fh-brandenburg.de
Berlin	7. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) 2012	20.09 – 22.09	Dr. Brigitte Schwalbe	www.dgina-kongress.de
Milano/Italien	European Hip Society 10th Congress	20.09 – 22.09	Luigi Zagra	www.ehs2012.org
Dresden	Deutsch-chinesisches Biotechnologie Symposium	20.09 – 21.09.	Dr. M. Stiehler	www.daad.de
Berlin	7. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) „Faszination Notfallmedizin“	20.09. – 22.09.	PD Dr. C. Wrede	www.conventus.de/dgina-kongress/
Greifswald	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Vorfußchirurgie II	21.09 – 22.09.		www.fuss-chirurgie.de
Münster	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Traumatologie VII	21.09 – 22.09.		www.fuss-chirurgie.de
Karlsruhe	Technikkurs I „Manuelle Medizin/Chirotherapie“, Teil 1	21.09 – 23.09	Dr. Frey	info@aerzteseminar-mwe.de

Berlin	DGOOC-Hüftkurs	26.09 – 28.09.		Onlineregistrierung: www.registration.intercongress.de
Genua/Italien	International Congress Osteorheumatology on Bone Involvement in Arthritis	27.09 – 28.09.		www.osteorheumatology.it
Dresden	11. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 4. Nationaler Präventionskongress	27.09 – 29.09.	Prof. T. Hoffmann, Prof. W. Kirch, Prof. H. Pfaff	www.dkvf2012.de
Hamburg	20. Internationaler und interdisziplinärer Kongress der European Workgroup for Manual Medicine „Asymmetrie in der Entwicklung des Kinder – der manualmedizinische Ansatz“	27.09 – 29.09.	L. E. Koch	www.ewmm-kongress.de
Aachen	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Arthrodesen III	28.09 – 29.09.		www.fuss-chirurgie.de
Heidelberg	5th Heidelberg Deformity-Day	28.09 – 29.09.	Dr. Wenz, Dr. Dreher	www.deformity-day.de
Karlsruhe	Technikkurs I „Manuelle Medizin/Chirotherapie“, Teil 2	28.09 – 30.09.	Dr. Frey	info@aerzteseminar-mwe.de
Dortmund	Abschlusskurs Sonographie der Säuglingshüfte	29.09.	Prof. B – D. Katthagen, Dr. H. D. Matthiessen	Dorothee.Grosse@akademiedo.de

Oktober				
München	XVII. Internationaler Schulterkurs	01.10 – 03.10.	Prof. A. Imhoff	www.schulterkurs.de
Salzburg	48. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie: Akute und chronische pathologische Veränderungen der großen Sehnen	04.10 – 06.10.	Prim. Dr. A. Paschucki	www.unfallchirurgen.at
Regensburg	16. Chirurgische Forschungstage	4.10 – 06.10.	Prof. Dr. H. J. Schlitt, Prof. E. Geissler	www.uniklinikum-regensburg.de
Berlin	DGSP-Jubiläumskongress „100 Jahre Deutsche Sportmedizin“	05.10 – 06.10.	Prof. H. Löllgen	www.dgsp.de/kongress
Hannover	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Sehnenchirurgie IV	05.10 – 06.10.		www.fuss-chirurgie.de
Güssing/Österreich	5. Burgenländischer Rheumatag „Der Knochen im Focus“	10.10.	Dr. R. Fallent, Dr. G. Guhr	azmedinfo@media.co.at
Lübeck	53. Kongress der Dt. Gesellschaft für Handchirurgie	11.10 – 13.10		www.dgh-kongress.de
Hannover	50. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie e. V.	11.10 – 13.10.	Prof. N – C. Gellrich	www.dgpw2012.de
Lübeck	17. DAHTH e.V. Jahrestagung	11.10 – 13.10		www.dahth.de
Hannover	50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie	11.10 – 13.10.	Prof. Dr. Dr. N.C. Gellrich	www.dgpw2012.de
Heidelberg	Heidelberg Castle Meeting Live Operations and Videos	11.10 – 13.10	R. Siebold, H. Thermann, F. Thorey, H. Pässler	www.heidelberg-castle-meeting.de
Wien/Österreich	Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR) „Diagnose- und Behandlungskonzepte in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation”	12.10 – 13.10.	Prof. T. Paternostro-Sluga	www.oegpmr.at

Isny-Neutrauchburg	Wochenendrefresher “Manuelle Medizin”	13.10 – 14.10.	Dr. Bischoff	info@aerzteseminar-mwe.de
Berlin	2nd European Hand Trauma Prevention Congress	15.10 – 16.10.	Dr. R. Böttcher, Dr. W. Eichendorf, Dr. T. Linz	www.handprevention2012.org
Berlin	8. Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	23.10 – 26.10.	Prof. W. Mittelmeier, Prof. C. Josten, Dr. A. Gassen	www.dkou.org
Ascheffel	Tagesrefresher Manuelle Medizin	27.10.	Dr. Fleischhauer	info@aerzteseminar-mwe.de

November				
Wien/Österreich	11. Wiener Osteoporosetag	09.11.	Prof. E. Preisinger	www.osteoporosetag.at
Stuttgart	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Vorfußchirurgie II	09.11 – 10.11.		www.fuss-chirurgie.de
Hannover	9. Hannoveraner Arthroskopiekurs Schulter & Knie	09.11 – 10.11.	Prof. Dr. H. Lill, Prof. Dr. P. Lobenhoffer, PD Dr. J. D. Agneskirchner	www.arthroskopiekurs-hannover.de
Mainz	31. Unfallmedizinische Tagung der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)	10.11 – 11.11.	Prof. P. Kirschner, Prof. R. Hoffmann	www.comed-kongresse.de
Grünwald b. München	Abschlusskurs „Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates“	10.11 – 11.11.		www.vfos.info
Münster	Fortbildungsseminar „Blended Learning - Update Orthopädie/ Unfallchirurgie”	11.11.	Prof. C. Götze, Prof. G. Gosheger, Prof. M. Raschke, Prof. C. Schulze-Pellengahr, Prof. R. Smektala	www.aekwl.de
München	5th International Hip Arthroscopy Meeting	16.11 – 17.11.	M. Dienst, R. Villar	ocm-muenchen.de
Frankfurt/M.	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Rheumafuß V	16.11 – 17.11.		www.fuss-chirurgie.de
Isny	Sonderkurs Manuelle Medizin bei Kindern – Kurs D/ Therapiekurs II	22.11 – 24.11.	Dr. W. Coenen	info@aerzteseminar-mwe.de
Istanbul/Türkei	XVI. Annual Meeting of the ESS European Society of Surgery	22.11 – 24.11.	C. Terzi	www.ess2012.org
Wien/Österreich	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Workshop Kinderfuß VI	23.11 – 24.11.		www.fuss-chirurgie.de
Wien/Österreich	12. Wiener Rheumatag	27.11.	PD Dr. A. Dunky, Prof. M. Köller	azmedinfo@media.co.at
München	Kompaktkurs Kinderorthopädie	27.11 – 30.11.	Prof. R. Krauspe, Prof. K. Parsch,	www.kinderorthopaedie.org
Hannover	Sonderkurs Manuelle Medizin bei Kindern – Kurs B/ Diagnostikkurs 2	27.11 – 01.12.	Dr. W. Kemlein	info@aerzteseminar-mwe.de
Dubai/ Vereinigte Arabische Emirate	Combined 33rd SICOT & 17th PAOA Orthopaedic World Conference	28.11 – 30.11.		www.sicot.org
Ho Chi Minh City/ Vietnam	Bone & Joint Decade World Network Conference 2012 in partnership with SRS Lectures Course-SSHV 10 and Operative Spine Course	29.11 – 02.12.		www.boneandjointdecade.de
Bonn	Komplexe Kniechirurgie	30.11 – 01.12.	PD Dr. H. Mayr, PD Dr. R. Hube	www.knie-komplex.de

Dezember				
Nürnberg	28. Nürnberger Arthroskopiekurs und Gelenksymposium	05.12 – 08.12.	PD Dr. H.J. Bail, Prof. E. Wiedemann, PD Dr. R. Siebold	www.arthroskopiekurs-nuernberg.de
Stuttgart	7. Deutscher Wirbelsäulenkongress - Jahrestagung der DWG Deutsche Wirbelsäulengesellschaft	06.12 – 08.12.	PD Dr. M. Ruf	www.dwg2012.de
Dresden	14. AE-Kongress – Rekonstruktive Gelenkchirurgie	07.12 – 08.12.	Prof. K-P. Günther, Prof. M. Morlock, Prof. E. Neugebauer, Prof. H. Zwipp	www.ae-gmbh.com
Berlin	DGOOC-Fußkurs	13.12 – 15.12.	Dr. J. Dohle	Onlineregistrierung: www.registration.intercongress.de
Hildesheim	5. Masterclass Hildesheim (MCH) 2012	14.12 – 15.12.	Prof. B. Wippermann, Dr. E. Mössinger	www.masterclass-hildesheim.de

2013

Januar				
Milano/Italien	1st European Congress on the development and definition of a reconstruction ladder for the treatment of musculoskeletal conditions using regenerative approaches	14.01 – 15.01.	Prof. G. M. Calori	valeria.vasco@devitalservice.com
Mayrhofen/Österreich	31. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV)	16.01 – 19.01.	Prof. H – O. Rennekampff, Prof. Dr. A. Adams	www.dav2013.at
Freiburg	Freiburger Knorpeltage 2013	18.01 – 19.01.	Prof. Dr. N. P. Südkamp, PD Dr. H. O. Mayr, PD Dr. P. Niemeyer	www.freiburger-knorpeltage.de
Schruns/Österreich	18. Forum Wirbelsäulenchirurgie	24.01 – 26.01.	Dr. K. Schnake, Dr. L. Gobisch, Dr. P. Lübke, Dr. M. Leimert	www.dwg-schruns.de
Münster	DAF-Zertifikat Fußchirurgie – Abschlusskurs Kursreihe 2012 VIII	25.01 – 26.01.		www.fuss-chirurgie.de
Paris	17th International ArgoSpine Symposium	31.01 – 01.02.		www.argospine.org

Februar				
Hamburg	Kongress „Kinderreha ist kein Luxus“	14.02 – 16.02.		www.rehakind.com
München	3. Münchener Symposium für experimentelle Orthopädie, Unfallchirurgie und muskuloskelettale Forschung	21.02 – 22.02.	PD Dr. R. Burgkart, Prof. M. v. Griensven, Prof. P. Müller, Prof. M. Schieker, Prof. A. Schilling, PD Dr. S. Vogt	sandra.peter@med.uni-muenchen.de

März				
Weimar	Osteologie 2013	06.03 – 09.03.	PD Dr. G. Lehrmann, PD Dr. A. Roth	www.osteologie13.de
Davos/Schweiz	3rd International Knee Update – reconstructive surgery in the young arthritic patient	07.03 – 09.03.	Dr. U. Munzinger, PD Dr. P. Schöttle	www.gelenkzentrum.com
München	Knorpelkurs 2013	22.03 – 23.03	Prof. Dr. A. B. Imhoff, PD Dr. S. Hinterwimmer	www.sportortho.de

Mai				
München	130. DGCH-Kongress	30.04 – 03.05.	Prof. K – W. Jauch	www.chirurgie2013.de
Baden-Baden	61. Jahrestagung der VSOU Vereinigung süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen e. V.	01.05 – 04.05.	Dr. H. Locher	www.vsou.de
Juni				
Mannheim	28. Dt – Österr – Schweiz. Kongress für Sportorthopädie und Sporttraumatologie	14.06 – 15.06.	Prof. H. Schmitt	www.gots-kongress.org
Würzburg	DVSE 2013	19.06 – 22.06.	Prof. F. Gohlke	www.dvse-kongress.de
September				
Wiesbaden	30. AGA-Kongress	19.09 – 21.09.	PD Dr. J. Agneskirchner, PD Dr. T. Zantop	www.aga-kongress.info

Oktober				
Düsseldorf	54. Kongress der Dt. Gesellschaft für Handchirurgie und 18. DAHTH e.V. Jahrestagung	10.10 – 12.10.	Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner	www.dgh-kongress.de
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirugie	22.10 – 25.10.	Prof. Dr. R. Hoffmann, Prof. Dr. B. Kladny, Prof. Dr. K.-D. Heller	www.dkou.de

2014

Mai				
Berlin	131. DGCH-Kongress	29.04 – 02.05.	Prof. J. Jähne	www.dgch.de

Service / Kleinanzeigen

Orthopädie / Gem.-Praxis
Kons. und amb. operativ geführt (2 Kollegen) sucht Nachfolger/in für ausscheidenden Seniorpartner, faire Konditionen.
PLZ-Gebiet 8.... Chiffre 21 12 31