Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten

April 2013

Weiterbildungsordnung wird novelliert

Verdacht auf Kindesmisshandlung – was tun?

Telemedizin erleichtert Reha-Planung

Thieme

„Da stimmt etwas nicht“

Jüngst konstatierte Bundesgesundheitsminister Bahr im Deutschen Ärzteblatt, dass für die Kliniken Fehlanreize bestehen, immer mehr operieren zu müssen. Obgleich Jahr für Jahr immer mehr Geld für die Krankenhäuser ausgegeben werde, würden die Kliniken über ihre zu geringe finanzielle Ausstattung klagen. „Da stimmt etwas nicht.“ In der Tat: Wir alle – die verfasste Ärzteschaft, die Politiker, die Kostenträger und die Akteure im Gesundheitswesen – wissen zu genau, dass die Grundsätze liberaler Marktwirtschaft bei der Akutbehandlung, Prävention und Rehabilitation von Kranken und Verletzten nur dann funktionieren können, wenn sie fest auf der Grundlage medizinischer Ethik ruhen. Zuletzt hat Kurt Biedenkopf uns dies bei seiner Eröffnungsrede zum DKOU 2012 in Berlin ins Stammbuch geschrieben.

Die Leistungsmengenausweitung – gerade auch in unserem Fach – ist ein Dauerbrenner in den Medien. Die Spannbreite der Aussagen reicht von kalkulierten Unwahrheiten über Halbwahrheiten bis hin zur „Wahrheit“, die die Wissenschaft bemüht. Hängen bleibt der Vorwurf, dass wir Gesunde operieren, um unsere finanzielle Existenz zu sichern. Im krassen Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse einer aktuellen Patientenbefragung der Techniker Krankenkasse, die einen sehr hohen Prozentsatz an Patienten ausweisen, die mit der medizinischen Versorgung zufrieden sind. Unsere Bemühungen, konkret in der Fort- und Weiterbildung, in der täglichen Arbeit und in den Projekten zur Förderung von Qualität, Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten sind nicht darauf angelegt, das öffentliche Meinungsbild zu ändern. Sie dienen dem Zweck, unserer Profession gerecht zu werden.

Es gibt andere Qualitätsindikatoren als Mindestmengen

Auch wir werden im Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Mindestmengenproblematik befragt werden. Wir werden auf die teilweise unsichere Studienlage und damit Evidenz hinweisen und darüber hinaus das quälende Ringen um evidenzbasierte Mindestmengenangaben infrage stellen. Längst existieren neben der mengenbasierten Mittelvergabe Indikatoren, die sich als Bezugsgrößen für Qualität und Patientensicherheit eignen und die in das Fallpauschalensystem und in Zusatzvereinbarungen für Chefärzte einzupreisen sind. Ein dickes Brett gilt es bohren, aber wer, wenn nicht wir, sollte morgen damit beginnen?

Delegation ärztlicher Leistungen

„Da stimmt etwas nicht.“ Dieser Gedanke drängt sich auch bei der Forderung des Pflegerates auf, nicht ärztlich Aus- und Weitergebildeten Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu ermöglichen, und zwar unabhängig vom Arztvorbehalt, also im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen. Wir haben uns bereits 2008 mit dieser Thematik auseinandergesetzt und als eine der ersten medizinischen Fachgesellschaften publiziert, was wir im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie als ärztliche Kernaufgabe definieren und welche Tätigkeiten im Rahmen von Delegation und entsprechender Aus- und Fortbildung von nicht-ärztlichen Berufsgruppen übernommen werden können. Seitdem hat sich die Gesetzgebung schleichend geändert:

- So können Physiotherapeuten ohne ärztliche Anweisung die Indikation zur Behandlung auf diesem Sektor stellen.
- Hebammen können Leistungen erbringen, die früher nur im Rahmen der Delegation möglich waren.
- Aktuell wird im Gesetzentwurf der Regierung zum Notfallsanitäter diesem explizit die Möglichkeit eingeräumt, in akuten Notfallsituationen invasive Methoden ohne ärztliche Anweisung außerhalb der schon heute gültigen „erweiterten Regelkompetenz“ anzuwenden.

Die gesetzliche Regelung aus dem Jahr 1937, auf der der noch heute gültige „Arztvorbehalt“ beruht, spiegelt weder die heutige noch künftig zu erwartende Versorgungsrealität ab. Bereits heute sind wir darauf angewiesen, dass nichtärztliche Berufsgruppen gewisse Leistungen selbstständig erbringen, die vor 20, 30 Jahren ausschließlich Ärzten und Ärztinnen vorbehalten oder nicht regelhafter Bestandteil ärztlicher Versorgung waren. Teamarbeit und Kooperation – interdisziplinär und interprofessionell – sind Fundamente unserer heutigen Gesundheitsfürsorge. Alle Berufsgruppen bedürfen einer Aus-, Fort- und Weiterbildung, die an die medizinische Entwicklung, den demografischen Wandel und damit zusammenhängende Morbiditätsentwicklung angepasst ist.

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGOU/DGU

Wir brauchen also Kooperation statt Konfrontation mit Beharren auf historischen Positionen. Auf der anderen Seite ist jedoch eine „klare Kante“ angesagt. Diagnostische und therapeutische Eingriffe sind ärztliche Kernaufgaben. Einzelne, klar definierte Aufgaben diagnostischer und therapeutischer Art können an qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden, sofern die Qualitätssicherung gemeinsam geschieht – „ Decision Sharing“ ist das Zauberwort.

Novellierung der Weiterbildungsordnung

Dies bedeutet aber auch, dass wir dafür Sorge tragen müssen, dass unsere Wei-

Editorial

terbildung gerade die umfassenden Aspekte ärztlicher Tätigkeit (Kompetenz) vermittelt und nicht nur auf handwerkliche Fertigkeiten (Skills) in Form von abgeleisteten operativen oder konservativen Eingriffen fokussiert. Ärztliche Kompetenz ist mehr, als eine bestimmte Methode aus dem Effeff zu beherrschen. Diesen Gedanken in der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung umzusetzen, wie von der Bundesärztekammer gefordert, und dabei Flexibilität, Praxisnähe und Machbarkeit zu berücksichtigen, kann nicht innerhalb von drei Monaten durch eine simple Neusortierung in Kompetenzblöcke und -level geleistet werden. Ohne Berücksichtigung der Versorgungsstrukturen, der transsektoralen Leistungsverschiebung und einer geregelten Finanzierung der Weiterbildung in Klinik und Praxis wird die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zum Etikettenschwindel. Denn „es stimmt etwas nicht“: das „strukturelle Problem“. In sehr vielen Weiterbildungsstätten konkurrieren zu viele Weiterzubildende um ihre Weiterbildungsinhalte. Diese Situation gibt es in unseren europäischen Nachbarländern so nicht. Dort wird mit mehr oder weniger evidenzbasiertem Hintergrund die Zahl der jährlich Weiterzubildenden an den festgelegten oder tatsächlichen Bedarf angepasst. Somit stimmt das Verhältnis zwischen Mentor und Weiterzubildenden, kann Kompetenz als professionelle Haltung vorgelebt werden.

Dennoch: Wir werden in unsere Vorschläge zur Novellierung der WBO des Faches Erfahrungen aus den vergangenen fünf Jahren aufnehmen, neue Formen der Wissensvermittlung außerhalb der Kliniken und die transsektorale Weiterbildung als gleichwertiges Angebot empfehlen, auch wenn die Finanzierung bislang nicht gesichert ist. Es gilt erneut, wie im Jahr 2003 zwischen dem Wissen und Können zur Erkennung und Behandlung des Häufigen und der Notfallsituation einerseits und der Vertiefung (Spezialisierung) andererseits auszubalancieren (lesen Sie dazu: „BÄK verlangt Quadratur des Kreises“, Seite 138). Wir sind uns sicher, dass wir es nicht jedem recht machen können.

Der gemeinsame Weg ist der richtige Weg

Hat das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie seine Feuertaufe schon bestanden? Genau vor zehn Jahren wurde erstmalig der Kongress der DGU, des BVO und der DGOOC im ICC in Berlin ausgerichtet – „gemeinsam“ war er an zwei von fünf Tagen. Seitdem hat sich der DKOU zu einem der größten Kongresse in Europa entwickelt. Gewiss: Masse ist nicht Klasse. Doch wo, wenn nicht beim DKOU, können wir uns über neue Entwicklungen, Standards der Diagnostik und Behandlung im konservativen sowie operativen Bereich unseres Faches besser informieren?

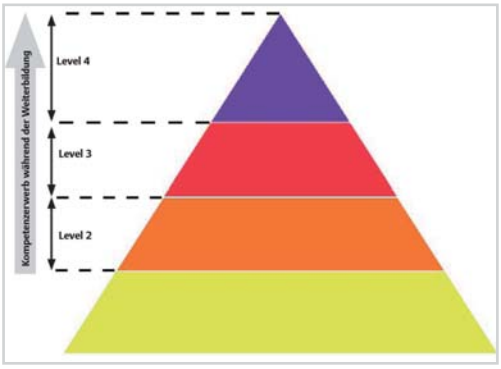
Im August 2008 wurde die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie unter den damaligen Präsidenten Axel Ekkernkamp und Joachim Grifka gegründet. Ob Liebesheirat oder Vernunftehe – der Zusammenschluss war die logische Konsequenz nach Etablierung des gemeinsamen Facharztes. Eine richtige Entscheidung? So manchen höre ich resümieren: Wir sind die Verlierer, die anderen die Gewinner. Die Versorgungsqualität habe gelitten, wesentliche Bereiche unseres Schwerpunkts oder Gebiets seien verloren gegangen… Doch wie sähe die heutige Versorgungslandschaft aus ohne diesen neuen, gleichermaßen konservative wie operative Behandlungskonzepte vermittelnden Facharzt für O und U? Wir haben – so meine ich – in manchen Bereichen die richtige Antwort gefunden und die richtigen Maßnahmen getroffen, um Schritt zu halten mit den Entwicklungen in unserem Fach, mit den sich wandelnden Versorgungsstrukturen, aber auch mit den sich ändernden Lebensgewohnheiten der Patienten sowie der Ärztinnen und Ärzte. Mit viel Aufwand „befestigte“ Grenzwälle zwischen unseren damaligen Fächern und Gebieten konnten geschleift werden, sei es in den Netzwerken der Grundlagenforschung, der gemeinsamen Weiterentwicklung regionsbezogener Behandlungsverfahren und – last but not least – des dadurch erheblich ausgeweiteten Angebots an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen, das das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie mit all seinen Spezialitäten für eine erfolgreiche Karriere bietet.

Gewiss, manche Grenzwälle bestehen noch, manche Begrifflichkeiten werden unterschiedlich verstanden, und auch manche regionale Wettbewerbssituation und Egoismus führen zu mehr Konflikten und befördern die Sehnsucht nach dem Alten, Bewährten. Nun, zu Konflikten wäre es auch ohne gemeinsames Fach gekommen, da die Ursachen dafür in aller Regel in unterschiedlichen Persönlichkeiten liegen. Gemeinheiten und überbordender Eigennutz sind Charaktereigenschaften, mit denen wir leben müssen, trotz unseres gemeinsamen Faches. Unsere gemeinsame Fachgesellschaft wird dies aushalten müssen, aber auch zum Anlass nehmen, aus negativen Erfahrungen „Honig zu saugen“.

„Da stimmt etwas nicht.“ Warum arbeiten Hunderte unserer Mitglieder in ihrer Freizeit unentgeltlich in Arbeitsgruppen unserer Gesellschaften, in Gremien, Ausschüssen, Kommissionen, Kursen und interdisziplinären Institutionen? Warum wird von so Vielen engagiert um die beste Weiterbildungsordnung, das geeignetste Behandlungsverfahren oder eine gerechte Bezahlung gerungen? Möglicherweise aus Eitelkeit und Eigennutz. Aber auch und vor allem, weil unser Fach Orthopädie und Unfallchirurgie so viel Spannendes und so viel Gelegenheit bietet, die eigenen Vorstellungen auszuleben – zumindest größtenteils. Deshalb packen wir es weiterhin gemeinsam an. Machen wir, wie es unser derzeitiger Präsident Reinhard Hoffmann formuliert hat, „unser Fach zu unserer Heimat“.

Ihr

Hartmut Siebert



138 **Die Quadratur des Kreises:** Die Bundesärztekammer hat die Fach-gesellschaften aufgefordert, binnen drei Monaten ihre Vorstellungen für eine Novelle der Weiterbildungsordnung zu übermitteln. Diese soll völlig neu strukturiert, die Inhalte in Kompetenzblöcken und -leveln abgebildet werden.

146 **Virtuelle Visite:** In Aachen ermöglicht ein Telemedizin-Projekt, die Versorgung und Rehabilitation älterer Menschen zu verbessern. Die Behandler haben mobilen Zugriff auf die Patientendaten und können sich so auch über größere Distanzen hinweg über weitere Behandlungsschritte austauschen.

148 **Verdacht auf Kindesmissbrauch:** Was tun, wenn man ein Kind untersucht und sich dabei der Verdacht aufdrängt, dass es misshandelt wurde? Hausinterne Leitlinien helfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Editorial

„Da stimmt etwas nicht“ 121

Impressum

126

Nachrichten

Kurz und bündig 128

Nicht-ärztliche Berufe im OP positiv bewertet 128

„Den Bechterew übersehe ich nicht – ich mache mit“ 129

Befristeten Arbeitsvertrag verlängern 129

Stressauslöser im Klinikalltag aufspüren 130

Chirurgen für Pristina gesucht 130

Politik

SPIFA
Fachärzte brauchen jetzt effektive politische Arbeit 132

NOTFALLSANITÄTERGESETZ
Sicherheit von Notfallpatienten leichtfertig aufs Spiel setzen? 136

Aus unserem Fach

WEITERBILDUNGSORDNUNG
BÄK verlangt Quadratur des Kreises 138

SPITZENGESPRÄCH
Was uns unter den Nägeln brennt 141

ENDOPROTHESENREGISTER
Erste Zwischenbilanz 143

ENDOCERT
Sonderregelung möglich 144

TELEMEDIZIN
Virtuelle Visite verbessert Reha-Planung 146

KINDESMISSHANDLUNG
Genau hinschauen und konsequent handeln 148

PERSPEKTIVTAGUNG CHIRURGIE
„Die Jungen“ an einem Tisch 156

PROTHESEN-REHABILITATION
Der Weg zurück ins Leben 158

WELTGESUNDHEITSBERICHT
Worunter leidet die Menschheit? 161

EFORT KONGRESS 2013
Viele Highlights, viele Anmeldungen 164

VLOU-WORKSHOP
Aktuelle Themen auf den Punkt gebracht 166

BGK
Gemeisterte Aufgaben, künftige Ziele 168

ROOKIE-KURS
Fortbildung für Generalisten 169

Recht und Wirtschaft

KARTELLRECHT
Preisabsprachen verhindern Wettbewerb 170

FÜR DIE PRAXIS
Das neue Betäubungsmittelrezept 172

AWMF
Sitzung des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ 173

Unterwegs

LATEINAMERIKA-STIPENDIUM
Kleiner Einblick ins große Lateinamerika 174

SICOT WELTKONGRESS 2012
O und U am Persischen Golf 178

RAZAVI INTERNATIONAL CONGRESS
Für mehr Road Safety im Iran 179

JUGENDPROJEKT
Altern in Europa 180

Namen

Personalia 182

Wir gratulieren... 183

Nachrufe 184

Für Sie gelesen

210

Für unsere Mitglieder

Service/Preise 212

Kursangebote 214

Kleinanzeigen 232

BVOU

Praxisinventar – mit Ausfall – Versicherung 187

Neuigkeiten aus der ADO 190

Neue Mitglieder 192

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken 192

Neue Kompetenznetze 192

DGOU

20 Jahre IGOST 194

Erste Ergebnisse der Studierenden-Umfrage der AG Lehre 197

Neue Mitglieder 199

DGOOC

Themenreport Knieendoprothetik 200

Auf den Spuren des Hofrats Friedrich von Hessing 202

Forum NSO lädt ein nach Baden-Baden 204

Neue Mitglieder 205

DGU

Wissenschaftstreffen der Sektion Kindertraumatologie 206

AG Ultraschall: Wissenschaftliche Fragestellungen im Auge 207

Neue Mitglieder 208

Die DGU trauert um ihre Toten 208

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

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

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

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 17 vom 1. Oktober 2012
ISSN 2193-5254

Satz und Layout
Georg Thieme Verlag KG

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

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. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Erster Vizepräsident
Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Zweiter Vizepräsident
Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Dritter Vizepräsident
Prof. Dr. Michael Nerlich, Regensburg

Generalsekretär
Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

Schatzmeister
Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

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

Geschäftsstelle der DGU
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (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 DGU)
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

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

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

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

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

Schatzmeister
Prof. Dr. Werner E. Siebert, Kassel

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

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

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

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

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

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

Vertreter des Jungen Forums
Dr. Matthias Münzberg, Ludwigshafen

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

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

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

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

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
Helmut Mälzer, Berlin

Leiter der Ordinarienkonferenz
Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Bad Abbach

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

Geschäftsstelle der DGOOC
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: (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

Kurz und bündig

Amtliche ATC-Klassifikation mit DDD für 2013

Ab sofort erhalten Sie beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die 10. aktualisierte amtliche Fassung der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC-Klassifikation) inklusive definierter Tagesdosen (DDD). Die Klassifikation erlaubt es, Tagestherapiekosten von Arzneimitteln anzugeben und zu vergleichen. Sie können die Klassifikation herunterladen unter: **www.dimdi.de** → Klassifikationen, Terminologien, Standards → ATC/DDD

Kitteltaschenkarte hilft bei Schmerz-Codierung

Der „Chronische Schmerz" wurde für 2013 in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) aufgenommen und damit als chronische Erkrankung anerkannt. Damit die Kassen für die Versorgung kostenintensiver Schmerzpatienten höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten können, müssen die behandelnden Ärzte chronische Schmerzen einheitlich mit Hilfe der in den Morbi-RSA aufgenommenen ICD-10-Ziffern verschlüsseln. Dabei hilft ihnen die neue Kitteltaschenkarte „ICD-10-Ziffern Chronischer Schmerz", die von der Initiative „Wege aus dem Schmerz" entwickelt wurde. Sie kann kostenlos heruntergeladen werden unter: **www.wegeausdemschmerz.de**

Angela Merkel als Orthopädietechnikerin

Angela Merkel scheint nicht nur in ihrer Funktion als Bundeskanzlerin, sondern auch als promovierte Physikerin vom Handwerk der Orthopädietechnik fasziniert zu sein. Sichtbar interessiert ließ sie sich auf der Internationalen Handwerksmesse die Bauweise einer Sport-Prothese erklären und betonte die gesellschaftliche Bedeutung dieses Gewerks. „Es steckt viel Handwerk in diesen Hightech-Prothesen", ist Angela Merkel überrascht, während sie mit Inbusschlüssel und geübter Hand eine Sport-Prothese zusammen schraubt. (*Quelle: BIV-OT)*

Foto: BIV-OT

Die Bundeskanzlerin übt sich bei der Internationalen Handwerksmesse in der Orthopädietechnik. Rechts von ihr: Klaus-Jürgen Lotz, Präsident des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik.

Nicht-ärztliche Berufe im OP positiv bewertet

In einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts werden die neuen Berufsbilder „nichtärztliche Chirurgie-Assistenz" und „nichtärztliche Anästhesie-Assistenz" überwiegend positiv bewertet. Die Autoren gehen dabei auch auf den „Physician Assistant" ein, der in Kooperation mit der DGOU im Jahr 2010 an der Steinbeis-Hochschule Berlin etabliert wurde.

„Während innerhalb der OP- und Anästhesiepflege, sei es über Weiterbildungen oder Direktqualifikationen, üblicherweise nicht-ärztliche Tätigkeiten im OP ausgeübt werden, geht es bei den neueren Entwicklungen in diesem Bereich um die regelhafte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an besonders geschultes Personal, welches eigenständig spezialisierte Assistenzaufgaben im medizinischen und operationstechnischen Bereich unter Aufsicht eines Arztes übernehmen soll", heißt es in der Einleitung des Gutachtens. Eine Befragung von nicht-ärztlichen Chirurgie-Assistenten habe ergeben, dass das Berufsbild bei Ärzten und OP-Personal überwiegend positiv aufgenommen werde – über die verschiedenen Berufsgruppen, Hierarchiestufen und Dienste hinweg schätzen jeweils zwischen 60 und 80 Prozent die Akzeptanz als „gut" bis „sehr gut" ein. Weniger als 10 Prozent klassifizieren sie als „schlecht" oder „sehr schlecht".

Auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird positiv eingeschätzt, Unterschiede zwischen den Diensten und Berufsgruppen fallen tendenziell gering aus. Am besten wird die Zusammenarbeit mit Ärzten mit Facharztstatus beschrieben, also mit Chefärzten und Assistenzärzten mit abgeschlossener Weiterbildung sowie vor allem mit Oberärzten. Mit Blick auf Assistenzärzte in Weiterbildung und auf nicht-ärztliches OP-Personal fällt die Einschätzung etwas schlechter, im Mittel aber immer noch „gut" aus.

Was die Auswirkungen der nicht-ärztlichen Chirurgie-Assistenz auf die Zusammenarbeit im OP angeht, die in der Literatur kontrovers diskutiert werden – etwa die Befürchtung, die ärztliche Weiterbildung könnte eingeschränkt werden, versus eine verbesserte OP-Organisation – , haben sich aus Sicht der Befragten eher die positiven Erwartungen bestätigt. So sind sie insbesondere der Auffassung, dass die nicht-ärztliche Chirurgie-Assistenz den Ärztlichen Dienst im OP entlaste und die ärztliche Weiterbildung keinesfalls eingeschränkt werde. Ganz im Gegenteil, sie sind eher der Ansicht, dass aufgrund der nicht-ärztlichen Chirurgie-Assistenz eine Konzentration der ärztlichen Weiterbildung auf ärztliche Kernleistungen besser möglich sei.

Quelle: DKI, „Nicht-ärztliche Chirurgie und Anästhesie-Assistenz – Perspektiven für neue Berufsbilder im OP"

ZUM WEITERLESEN

Die vollständige Studie steht als Download bereit unter:
www.dki.de → Service → Downloads → Forschung

„Den Bechterew übersehe ich nicht – ich mache mit“

Die Sektion Orthopädische Rhematologie des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie startete am 26. Februar 2013 in Lübeck ihre Aktion „Den Bechterew übersehe ich nicht – ich mache mit“ (siehe OUMN 6/2012, Seite 686).

Schneller erkennen, schneller helfen – im Laufe des Jahres werden sich bundesweit Orthopäden-Praxen als Morbus-Bechterew-Praxen ausweisen können. Dazu startet jetzt eine Fortbildungsaktion der Sektion Orthopädische Rheumatologie von Orthopäden für Orthopäden in Kooperation mit der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB), die ihr 33-jähriges Bestehen feiert: „Den Bechterew übersehe ich nicht – ich mache mit“. In die Bootshalle der Lübecker Rudergesellschaft, in der sich sonst die Ruderrecken, teilweise ehemalige Welt- und Europameister sowie Olympiateilnehmer die Klinke in Hand geben, hatte Sektionsleiter Dr. Uwe Schwokowski eingeladen. 18 Teilnehmer kamen, darunter der BVOU-Landesvorsitzende von Schleswig-Holstein, Dr. Christian Hauschild, und der Landesvorsitzende der Radiologen, Dr. Jan Keßeböhmer. Der DVMB wurde durch Hans-Hinrich Hönck als Patientensprecher vertreten; Dr. Frank Ernst referierte für die Orthopäden.

Früherkennung verbessern

15 Orthopäden haben ihre Teilnahme an der Aktion bestätigt. Die Teilnahme an einer der regionalen Fortbildungsveranstaltungen berechtigt die orthopädischen Praxen, dies unter anderem über ein Zertifikat nach außen zu dokumentieren (und über Praxisposter, Patientenflyer und Patientenfragebögen). Die teilnehmenden Praxen sollen zum Beispiel in Arztsuchmaschinen des BVOU entsprechend kenntlich gemacht werden. Ziel der Aktion der Sektion ORh: wertvolle Zeit für den Patienten gewinnen, denn bis zur Erstdiagnose können heute immer noch acht bis zehn Jahre verstreichen. Daher muss die Früherkennung gestärkt werden, um Folgeschäden zu vermeiden.

Joachim Stier

Foto: Stier

Dr. Uwe Schwokowski (Mitte) hatte zu der Auftaktveranstaltung nach Lübeck eingeladen. Mit im Bild: Dr. Frank Ernst (re.) und Hans-Hinrich Hönk (li.)

Befristeten Arbeitsvertrag verlängern

Nach § 2 Abs. 5 Satz 1 des Wissenschafts-Zeitvertrags-Gesetzes (WissZeitVG) verlängert sich in bestimmten Fällen der Arbeitsvertrag, wenn die Arbeitszeit familienbedingt um mindestens ein Fünftel reduziert wurde.

Über diese bereits im WissZeitVG vorhandene Möglichkeit zur Vertragsverlängerung informierte die Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. in einem Schreiben an ihre Fachgesellschaften. Vorangegangen war eine Forderung der AWMF an das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das Gesetz in zwei Punkten zu ändern:

- Zeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Drittmittelprojekten werden nicht auf die Fristen der sachgrundlosen Befristung angerechnet.
- Zeiten als Teilzeitbeschäftigte werden nur noch mit dem Prozentsatz der vertraglichen Arbeitszeit auf die Fristen des WissZeitVG angerechnet.

Das BMBF hat diese Forderung zwar abgelehnt, gleichzeitig aber auf eine bereits bestehende Regelung hingewiesen: Nach § 2 Abs. 5 Satz 1 des WissZeitVG verlängert sich die jeweilige Dauer eines befristeten Arbeitsvertrages um „(…) Zeiten einer Beurlaubung oder einer Ermäßigung der Arbeitszeit um mindestens ein Fünftel der regelmäßigen Arbeitszeit, die für die Betreuung oder Pflege eines oder mehrerer Kinder unter 18 Jahren oder pflegebedürftiger sonstiger Angehöriger gewährt worden sind (…).“

Elke Leopold

ZUM WEITERLESEN

Das Gesetz als PDF ist unter **www.bmbf.de/pubRD/WissZeitVG_endg.pdf** zu finden. Häufig gestellte Fragen zum WissZeitVG werden unter **www.bmbf.de/de/7702.php** beantwortet.

Stressauslöser im Klinikalltag aufspüren

In Krankenhäusern und Kliniken können typische Stressauslöser im Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten jetzt mithilfe eines Fragebogens aufgespürt werden.

Das neue Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte (ISAK) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) umfasst unter anderem einen kostenlosen Fragebogen, mit dessen Hilfe ärztliche Mitarbeiter ihre Arbeitssituation selbst einschätzen können. Stressauslöser wie Schwachstellen in der Arbeitsorganisation, schwierige Interaktionen mit Patienten oder Probleme bei der Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten sollen so identifiziert werden. Gleichzeitig lassen sich eventuell vorhandene Ressourcen in der Leistungsfähigkeit ermitteln, um gegenzusteuern.

Der Fragebogen enthält 30 Fragen, die auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden. Jeweils 15 Fragen untersuchen Stressoren und Ressourcen, die in den Arbeitsbedingungen liegen. Das Instrument ist so konzipiert, dass die Befragung ohne umfangreiche Vorkenntnisse durchgeführt werden kann.

Elke Leopold

Foto: BVMed

WO GIBT'S DAS?

Alle Materialien (Broschüre, Fragebogen und Auswertungsunterlagen) können bei der BGW bestellt oder auf **www.bgw-online.de** heruntergeladen werden, Stichwort für die Suche: ISAK

Chirurgen für Pristina gesucht

Die Europäische Union und die NATO errichten in Pristina ein Krankenhaus. Derzeit wird in einem provisorischen Krankenhaus gearbeitet. Dafür wird noch Personal gesucht.

Konkret werden zwei Chirurgen gesucht, die in Unfall-/Notfallchirurgie und postoperativer Intensivpflege spezialisiert sind. Ihre Einsatzdauer in Pristina beträgt mindestens sechs Wochen bis maximal drei Monate. Die Bezahlung beläuft sich auf 7.000 Euro/Monat abzüglich zehn Prozent Steuern. Eine Wohnung und der Flug werden bezahlt, ein Firmenwagen mit Fahrer steht zur Verfügung. Bewerber müssen aus einem EU-Land stammen und gut Englisch sprechen. Folgende Qualifikationen sollten sie mitbringen:

- Hochschulabschluss in Medizin einer in der EU anerkannten Universität.
- Kenntnisse der Notfallmedizin sind ein Vorteil.
- Mindestens zehn Jahre ärztliche Tätigkeit inklusive Administration. Planungs- und Managementfähigkeiten.
- Von Vorteil sind Erfahrungen als Chirurg in internationalen Krisengebieten, in der humanitären Hilfe, bei Naturkatastrophen, in bewaffneten Konflikten, Notfalleinsätzen.
- Mindestens fünfjährige Tätigkeit als spezialisierter Chirurg für Notfallmedizin.
- Die Bewerber müssen den Nachweis erbringen, dass sie innerhalb der vergangenen zwölf Monate vor Entsendung nach Pristina in einem Krankenhaus tätig und durchschnittlich an mindestens zehn Notfällen/Monat beteiligt waren.

BEWERBUNGEN

Interessenten schicken ihre Bewerbung inklusive Lebenslauf bitte an Dr. Norbert Dörner: **n.doerner@gmx.net**

Dr. Dirk Heinrich, Präsident des HNO-Berufsverbandes und Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes, stellv. SpiFa-Vorsitzender

Dr. Andreas Gassen, Vizepräsident des BVOU, Vorsitzender des SpiFa

SPIFA

Fachärzte brauchen jetzt effektive politische Arbeit

Der aus der „Potsdamer Runde“ hervorgegangene Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) hat sich in diesem Jahr viel vorgenommen. Der Ärztenachrichtendienst sprach mit dem neuen Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen und dem zweiten Vorsitzenden Dr. Dirk Heinrich über die berufspolitischen Herausforderungen.

Herr Dr. Gassen, Herr Dr. Heinrich, es hat in der Vergangenheit mehrfach Versuche gegeben, die berufspolitischen Interessen der verschiedenen Facharztgruppen unter einen Hut zu bekommen – nicht immer mit Erfolg. Weshalb sind Sie zuversichtlich, dass der Spitzenverband der Fachärzte dies schafft?

Heinrich: Wir sind überzeugt davon, dass der Spitzenverband der Fachärzte die Interessen aller Fachärzte in Klinik und Praxis effektiv vertreten kann. Wir haben inzwischen 16 Mitgliedsverbände – darunter die klassischen Facharztgruppen wie die Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Urologen, Augenärzte oder zahlreichen internistischen Disziplinen. Die Zahl der Mitglieder ist kontinuierlich gewachsen. Das zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Natürlich glauben auch andere Organisationen, die Interessenvertretung der Fachärzte für sich in Anspruch nehmen zu können. Das interessiert uns aber nicht. Wichtig ist, dass effektiv politische Arbeit geleistet werden kann. Die Potsdamer Runde – aus der nun der SpiFa hervorgegangen ist – hat bewiesen, dass das möglich ist. Die großen Gutachten mit Herrn Rürup und Herrn Wille haben wir gemacht und dadurch gezeigt, wie der fachärztliche Behandlungsbedarf in den nächsten 30 Jahren steigen wird. Wir haben nachgewiesen, dass es keine doppelte Facharztschiene gibt. Dies alles haben die Mitgliedsverbände mitgetragen. Daher sind sie engagiert bei der Sache und bereit, Zeit und Geld zu investieren.

Gassen: Da Sie die verschiedenen Facharztgruppen ansprechen: Natürlich haben wir in der Vergangenheit auch vielleicht mal den einen oder anderen internen Verteilungskampf in der Fachärzteschaft erleben müssen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Facharztgruppen, die wirklich am Patienten arbeiten, im Grunde sehr ähnliche Interessen und Probleme haben. Die Fachärzte wollen ihre Unabhängigkeit wahren, ihre Therapiefreiheit verteidigen und nicht von börsennotierten Klinikketten gelenkt werden – um nur einige Punkte zu nennen. Es gibt genug Gemeinsamkeiten, für die der SpiFa innerärztlich und gegenüber der Politik kämpfen kann.

Wie sieht die praktische Arbeit im SpiFa aus?

Gassen: Es gibt natürlich regelmäßig Mitgliederversammlungen, bei denen sich die Bundesvorsitzenden der Facharztverbände treffen. Was mir dabei gefällt: Wir haben sehr flache Hierarchien und können sehr sachorientiert arbeiten.

Heinrich: Ergänzend finden auch Klausurtagungen statt, um die politische Ausrichtung festlegen zu können. Wir machen dabei nicht die gleichen Fehler, die in der Vergangenheit bei der GFB zu finden waren: Die SpiFa-Satzung sieht sehr flexible Modelle der Mitgliedschaft vor. Alle sind geeignet, ein Stimmen- und Stimmungschaos wie in der GFB-Alt zu verhindern. Darüber hinaus bin ich froh, dass wir mit professionellen Mitarbeitern in Geschäftsstelle oder Pressebereich arbeiten können. Wir sind gut aufgestellt und können in diesem Jahr so richtig loslegen.

Was im Wahljahr auch nötig sein könnte. Glauben Sie, dass im Bundestagswahlkampf über die „doppelte Facharztschiene“ diskutiert oder die Zukunft des niedergelassenen Facharztes infrage gestellt wird?

Gassen: Ich denke, dass die doppelte Facharztschiene kein Thema mehr ist – höchstens noch bei einigen völlig verbohrten Geistern. Auch den Politikern ist klar geworden, was die Fachärzte in der Versorgung leisten. Ihnen stellt sich eher die Frage, wie man die Fachärzte in der Versorgung halten kann. In diesem Punkt erwarten wir spannende Diskussionen vor der Bundestagswahl und werden uns dazu auch zunehmend äußern.

Äußern sollten Sie sich vielleicht auch zu Forderungen nach einem Primärarztmodell, die derzeit aus dem Hausärzteverband kommen...

Heinrich: Sie sagen das richtig: Es geht um eine Forderung des Hausärzteverbandes – der rund 20.000 Mitglieder hat – und nicht der kompletten Hausärzteschaft. Ein Primärarztmodell alter Prägung ist mit dem Ärztemangel doch schlichtweg passé. Welcher vernünftige Hausarzt will sich das Wartezimmer mit Leuten überfüllen, die nur eine Überweisung wollen? Das ist nicht zielführend. Es kommt darauf an, dass die Hausärzte und die wohnortnahen, grundversorgenden Fachärzte eng miteinander zusammenarbeiten und sich gegenseitig so unterstützen, dass man die Arbeit bewältigen kann. Wer dieses starre Sektorendenken fördert, hat nicht begriffen, was in der Zukunft passiert.

Gassen: Zum Primärarztmodell muss man auch ganz klar sagen: Das ist keine versorgungsorientierte Alternative – sondern ein Geschäftsmodell, das der Hausärzteverband sieht. Es entspricht in keiner Weise der Versorgungsrealität.

Wo wir gerade beim Sektorendenken sind: Gibt es Ihrer Ansicht nach Verbesserungsmöglichkeiten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?

Gassen: In Sachen Ressourcenallokation sind dort sicher neue Überlegungen nötig. Wir sollten uns vor Augen halten, dass ein Großteil der fachärztlichen Kollegen in den Kliniken im Grunde noch in der Ausbildung ist. Ganz wichtig ist es da meiner Meinung nach, dass wir in der Weiterbildung effektive Kooperationen schaffen. Manche fachärztliche Leistungen werden in den Kliniken ja gar nicht mehr erbracht und können dann auch nicht mehr gelehrt werden. Zu berücksichtigen ist dabei natürlich, dass die duale Finanzierung den Kliniken den einen oder anderen Vorteil verschafft. Wenn in der Weiterbildung etwas optimiert werden soll, müssen natürlich auch entsprechende Finanzierungsoptionen für die Niedergelassenen etabliert werden. Es wird aber unabdingbar sein, eine komplette Weiterbildung anzubieten.

> Die Zukunft liegt in der Kooperation und nicht darin, sich gegeneinander abzugrenzen. Die Politik hat das zum Glück verstanden und das ambulante und stationäre Operieren durch Niedergelassene im Krankenhaus legalisiert.
> Dr. Dirk Heinrich

Was die Schnittstelle ambulant/stationär allgemein angeht: Wir begrüßen Schritte, die es den Vertragsärzten ermöglichen, auch in den Kliniken Leistungen zu erbringen. Bei allen Modellen darf es aber keine Top-Down-Strukturen unter Federführung der Kliniken geben. Man muss sich auf Augenhöhe begegnen.

Ist es noch ein Problem, dass Klinikkonzerne mit eigenen MVZ in den ambulanten Markt drängen?

Gassen: Da gibt es offenbar einen stabilen Wert – die Zahl der Klinik-MVZ scheint nicht weiter zu steigen. Sicher auch ein Hinweis darauf, dass das Geschäftsmodell in vielen Fällen nicht aufgegangen ist. Wir finden entsprechende Bestrebungen von Klinikkonzernen natürlich nicht besonders spaßig. Das hat meist nichts mit der Versorgung zu tun. Es geht nur darum, die Patienten zu verschieben.

Heinrich: Prinzipiell lässt sich sagen: Die Zukunft liegt in der Kooperation und nicht darin, sich gegeneinander abzugrenzen. Die Politik hat das zum Glück nun verstanden und in den jüngsten Gesetzgebungsverfahren das ambulante und stationäre Operieren durch Niedergelassene im Krankenhaus legalisiert. Da geht die Reise hin, wenn man die Versorgung verbessern will. Kliniken, die gegen die Niedergelassenen agieren, sind daher auf dem falschen Dampfer.

Was sollten die Klinikbetreiber also tun?

Heinrich: Mit uns gemeinsam Antworten auf die Frage finden, wie gute Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken ausgestaltet werden können. Wie schaffen wir es, gute Arbeitsbedingungen für die Kollegen in den Krankenhäusern zu garantieren? Wie begeistern wir den Nachwuchs für den Arztberuf? Wie lässt sich die Weiterbildung verbessern? Das sind die wichtigen Punkte.

Welche Rolle spielt die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) künftig?

Gassen: Zunächst einmal ist die Idee mit einem sektorenübergreifenden Ansatz ja charmant. Doch nach der ersten Euphorie scheint bei der Politik nun eher die Angst vor der eigenen Courage sichtbar: Die Sache ist nicht komplett durchgeplant. Es gibt Definitionsprobleme, das Zeitfenster ist offen, es gibt offene juristische Fragen. In der derzeitigen Form sehe ich das Modell daher nicht so schnell kommen. Die niedergelassenen Kollegen haben in Teilen Angst vor der ASV und sehen ein Einfallstor für Kliniken. Um diese Befürchtungen auszuräumen, müsste zum Beispiel das festgezurrt werden, was für uns eigentlich selbstverständlich ist – der für die Behandlung verpflichtende Facharztstatus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist da leider anderer Meinung und

ÜBER SPIFA

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) ist als Facharztverband ein Dachverband und wurde ursprünglich 2005/2006 als informeller Gesprächskreis unter dem Namen „Potsdamer Runde“ ins Leben gerufen, in dessen Rahmen sich die angeschlossenen Berufsverbände über die Anliegen der Fachärzte austauschen konnten. Nunmehr, seit dem 11. Juli 2012, tritt dieser Facharztverband unter dem Namen Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. verstärkt an die Öffentlichkeit. Das Ziel des SpiFa als Facharztverband ist die Darstellung der übergeordneten Interessen der Fachärzte sowie deren politische Durchsetzung auf Bundes- und auch auf Landesebene. Derzeit sind 16 Berufsverbände im SpiFa als dem Facharztverband zusammengeschlossen. Er repräsentiert damit weit über 70.000 Fachärzte. Mehr Informationen unter: **www.spifa.de**

meint, auch Ärzte in Weiterbildung wären dafür qualifiziert – schließlich arbeiteten sie ja schon in der entsprechenden Fachabteilung. Das kann aber natürlich nicht sein.

Heinrich: Bei aller Kritik bietet die ASV natürlich auch eine Chance für die Ärzteschaft, da sie den budgetierten Bereich aufbricht. Es ist doch unser Grundproblem, dass wir bei einem unbegrenzten Leistungsversprechen derzeit alle Leistungen budgetieren.

Wo wir beim Thema Budget sind: Wie stehen Sie zu den geplanten EBM-Änderungen?

Gassen: Der für die Fachärzte wesentliche Punkt ist dabei zunächst die fachärztliche Strukturpauschale. Aus unserer Sicht ist sie auch unabdingbar, da die fachärztliche Grundversorgung derzeit am Boden liegt. Ansonsten haben wir das Problem, dass die Basisversorger ihre Leistungen aufgrund der hohen Komplexierung im EBM gar nicht mehr angemessen abbilden können. Die Ärzte können nicht mehr zeigen, was ihr Fach leistet und kann. Deshalb muss es mehr Transparenz geben. Das derzeitige System verschleiert, wo die Leistungsträger sitzen – und damit auch, dass sie keine angemessene Vergütung bekommen. Ich denke, dass die Fachärzte bei der EBM-Entwicklung in diversen Punkten an einem Strang ziehen werden. Bei den Hausärzten erwarte ich eher hitzige Debatten. Da gibt es sehr unterschiedliche Meinungen zu den geplanten Änderungen.

Wie erleben Sie derzeit die Honorarverhandlungen mit den Kassen in den Ländern?

Heinrich: Sehr unterschiedlich. Anfangs haben sich die Kassen in vielen Ländern geweigert, über das Bundesergebnis hinauszugehen. Dann gab es doch Einigungen in manchen Ländern mit bis zu neun Prozent mehr – wie in Sachsen-Anhalt. In anderen Ländern sind Kassen äußerst geizig und machen nicht einmal ein Angebot. Ich sehe die zunehmende Arroganz der Krankenkassen-Vertreter uns gegenüber mit Sorge. Offenbar denken die, dass sie alles im Alleingang schaffen. Das muss mit einem Generationenwechsel zusammenhängen: Mit den Vorgängern ließen sich noch Verhandlungen führen. Heute geht es nur noch ums Geld, und die PR-Abteilungen sind aufs Ärztebashing spezialisiert. Das ist in meinen Augen zu wenig für eine Selbstverwaltung. Die Kassen haben nicht begriffen, was Selbstverwaltung bedeutet und dass sie sich primär um die Versorgung der Patienten kümmern müssen. Die Kassen müssen für die Versorgung eine Summe X zur Verfügung stellen. Wenn die nicht ausreicht, müssen sie offen sagen, welche Leistungen nicht mehr erbracht werden sollen. Aber mit so offenen Karten spielen sie leider nicht – daher erwarte ich in diesem Jahr noch deutliche Auseinandersetzungen.

> Die Aufgabe der Krankenkassen besteht darin, das Geld der Versicherten zu verwalten. Sinn dieser Übung ist es nicht, Milliarden anzuhäufen und sich wie ein börsennotiertes Unternehmen zu gebärden. Dr. Andreas Gassen

Gassen: Die Krankenkassen haben offenbar vergessen, wozu sie da sind. Wenn der Patient krank ist, geht er zum Arzt. Die Kasse braucht es dabei eigentlich nicht – sie muss nur das Geld der Versicherten verwalten. Sinn der Übung ist es aber nicht, Milliarden anzuhäufen und sich wie ein börsennotiertes Unternehmen zu gebärden.

Wird der SpiFa zu Protestaktionen aufrufen, sollten die Kassen kommende Verhandlungen erschweren?

Heinrich: Natürlich werden wir genau das tun. Wir haben das ja auch schon intensiv im Herbst gemacht und werden es wieder tun, sollte es notwendig sein. So wie man in den Wald hineinruft, schallt es eben auch heraus – das muss den Kassen klar werden. Mit steigender Mitgliederzahl wird auch unser Durchsetzungsgrad höher. Wenn die Kassen in eine chronische Verweigerungshaltung fallen und den Versicherten die Versorgung vorenthalten, werden wir ihnen Grenzen aufzeigen. Ich glaube nicht, dass der Politik das im Wahljahr gefällt.

Macht es Sinn, sich schon im Vorfeld der Bundestagswahl zu einigen politischen Themen – wie der Bürgerversicherung – zu äußern?

Heinrich: Sicherlich. Wir sind dabei, Wahlprüfsteine zu entwickeln und der Politik die Fragen zu stellen, die uns auf den Nägeln brennen. Wir müssen Pflöcke einschlagen, damit die Politik weiß, was wir wollen. Zur Bürgerversicherung: Wenn der Betrag der Privatpatienten zur Finanzierung fachärztlicher Praxen und Kliniken wegfällt, muss klar sein, dass die Einnahmen aus der GKV um 36 Prozent steigen müssen. Kein Politiker ist bereit, das zu tun. Deshalb kann ich die Politiker nur warnen, diesen Stöpsel aus der Badewanne zu ziehen. Die Leidtragenden wären am Ende die Patienten.

Die SPD argumentiert mit sozialer Gerechtigkeit …

Heinrich: …und sollte noch einmal näher darüber nachdenken. Wir haben Einheitssysteme in einigen Ländern. Das waren dabei immer todsichere Modelle, um ein echtes Zweiklassenmodell zu erzwingen. Schauen Sie sich den National Health Service in Großbritannien an, wo die vermögenderen Patienten direkt zum Privatarzt gehen. Der Druck auf die Patienten, sich zusätzliche Leistungen privat kaufen zu müssen, ist extrem groß.

Gassen: Die Debatte über die Bürgerversicherung ist auch schlichtweg ideologisch überfrachtet. Da gibt es sicher intelligentere Konzepte. Sinnvoller wäre es, den Versicherten im GKV-System mehr Wahloptionen anzubieten. Ob Kostenerstattung, direkter Gang zum Facharzt oder Hausarzt. Es wäre doch sinnvoll zu schauen, was von den Patienten angenommen wird. Auch sind wir der Meinung, dass im GKV-System der Weg über Steuergelder sehr viel gerechter wäre als das derzeitige System. Das werden wir den Bürgern auch erklären.

Interview: Jan Scholz

QUELLE
www.hippokranet.de

Foto: Volker Witt/Fotolia

Notfallversorgung in Gefahr: Der Notfallsanitäter soll nach dem Willen der Bundesregierung künftig eigenverantwortlich am Unfallort handeln, über Medikamentengabe und Hinzuziehen eines Arztes sowie die Verlegung in eine Klinik entscheiden. Diese Notarzt-Light-Version überfordere die Notfallsanitäter und gefährde das Patientenwohl, warnt die DGU.

NOTFALLSANITÄTERGESETZ

Sicherheit von Notfallpatienten leichtfertig aufs Spiel setzen?

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) kritisiert das neue Notfallsanitätergesetz (NotSanG). In einer Pressemitteilung begründet sie ihre Kritik.

Am 22. März hat der Bundesrat über den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG, Drucksache 17/11689) entschieden. „Der Gesundheitsausschuss hat empfohlen, dem Entwurf ohne Änderungen zuzustimmen, obwohl ihm die gravierenden Mängel des Gesetzentwurfs verdeutlicht wurden“, sagt Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär der DGU.

Bereits heute leidet die Notfallversorgung im Rettungsdienst vor allem an chronischem Geldmangel und verfügbarer Kompetenz. „Rettungsdienstträger und verantwortliche Ministerien scheuen sich, entsprechende Zahlen und Fakten öffentlich darzustellen. Stattdessen soll der Mangel an finanziellen Ressourcen durch eine ‚Notarzt-Light-Version’ behoben werden“, sagt Siebert. Beispiel Bayern: Dort könnten schon jetzt nur etwa 84 Prozent aller Notarztstandorte die vorgeschriebene Versorgung erfüllen, gibt Dr. Klaus Friedrich, stellvertretender Bundesfeuerwehrarzt des Deutschen Feuerwehrverbands und Mitglied des Beirats TraumaNetzwerk DGU®, zu bedenken. „Sind umgerechnet 4,90 Euro pro Bundesbürger und Jahr zu viel für eine kompetente flächendeckende notärztliche Versorgung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr?“, fragt Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Präsident der DGU und Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main. Dieser Betrag wäre notwendig, um die Versorgung von Notfall-Patienten außerhalb von Klinik und Arzt-Praxis zu gewährleisten.

Rettungsassistenten und Rettungshelfer (Ausbildung zwei Jahre) sind durchschnittlich zwei bis drei Minuten vor Eintreffen des Notarztes vor Ort und führen auf sich gestellt, jedoch unter Verantwortung des Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes oder Notarztes, erste Maßnahmen zur Bergung des Verletzten oder dessen Vorbereitung zur Behandlung der lebensgefährdenden Erkrankung im Rahmen der bestehenden „erweiterten Regelkompetenz“ durch. Künftig – so sieht es der Gesetzentwurf vor – handelt der Notfallsanitäter (Ausbildung drei Jahre) eigenverantwortlich, entscheidet über Medikamentengabe, Hinzuziehen eines Notarztes und Verlegung in eine Klinik, die die Behandlung der vermuteten Erkrankung/Verletzungsfolgen am besten durchführen kann.

„Dem Notfallsanitäter werden Entscheidungen abverlangt, die selbst für einen Arzt nach sechsjährigem Studium nicht zumutbar sind.“ Prof. Dr. Hartmut Siebert

Nicht zumutbare Aufgaben

Diese auch im invasiven Bereich eigenverantwortliche Tätigkeit soll laut Gesetzentwurf mehr Rechtssicherheit für den Notfallsanitäter bringen. Auch wenn im Entwurf mit „Vorliegen eines lebensgefährlichen Zustandes“, „bis zum Eintreffen des Notarztes“, „Befürchtung von möglichen Folgeschäden“ oder „bis zur Übergabe an einen Arzt“ (zum Beispiel Praxis, Krankenhaus etc.) scheinbar klare Grenzen gezogen werden, verunsichern nach Einschätzung der DGU doch gerade diese Formulierungen den künftigen Notfallsanitäter zunehmend und bürden ihm eine Last auf, die er nicht tragen sollte. „Ihm werden Entscheidungen abverlangt, die selbst für einen Arzt nach sechsjährigem Studium nicht zumutbar sind“, hebt Siebert hervor.

Erst nach einer weiteren zweijährigen speziellen Qualifikation mit der Prüfung „Notfallmedizin“ wird vorausgesetzt, dass sich diese qualifizierten Ärztinnen und Ärzte im Notfall außerhalb von Praxis und Klinik für die richtigen Maßnahmen entscheiden. Soll diese Verantwortung nach dem Gesetzentwurf nun Notfallsanitätern nach einer dreijährigen Ausbildungszeit zugemutet werden? Können sie innerhalb kürzester Zeit erkennen, welches Krankheitsbild zu der vorliegenden lebensgefährdenden Situation des Notfallpatienten geführt hat? Können sie die Verantwortung übernehmen, den Zustand eines Schwerverletzten von dem eines weniger schwer Verletzten mit größtmöglicher Sicherheit zu unterscheiden?

Bisheriges Rettungssystem bewährt

Ein Notarztwagen-Rettungssystem, bestehend aus einem ausgebildeten Rettungssanitäter und einem speziell qualifizierten Notarzt, wurde erstmals 1958 in Heidelberg eingerichtet. Dieses System der notärztlichen präklinischen Versorgung bei lebensbedrohenden Erkrankungen wie schweren Unfallfolgen hat sich tausendfach bewährt. Verschiedene Studien zeigen: Bei einer notärztlichen Behandlung konnte eine tatsächliche Sterberate um 35 Prozent unter der vorhergesagten Mortalität erzielt werden, wohingegen dieser Wert mit lediglich fünf Prozent im Rahmen der Behandlung durch einen nichtärztlichen Notfallsanitäter signifikant ungünstiger lag.

Diese Ergebnisse finden sich nicht nur in der Schweiz, sondern auch in vergleichenden Studien zwischen den Rettungssystemen in Australien, Österreich, Kanada, Griechenland, Deutschland, Niederlande und den USA. Aus ihnen geht ebenfalls hervor, dass frühzeitig durch einen Notarzt eingeleitete therapeutische Maßnahmen die frühe Sterblichkeit erheblich reduzieren konnten.

Fazit: Ja zur Einführung eines qualifizierten Berufsbildes Notfallsanitäter. Nein zum „Notarzt-Light“

Mit einem neuen Gesetz und einer Verlagerung der Qualifikation, um Geldmittel zu sparen, wird die Sicherheit des Notfallpatienten nach Angaben der DGU leichtfertig aufs Spiel gesetzt. Gemeinsam mit Bundesärztekammer (BÄK) sowie Fach- und Berufsverbänden fordert die DGU deshalb eine Änderung der betreffenden Regelungen des Gesetzentwurfs zur Tätigkeit des Notfallsanitäters. Entsprechende Vorschläge, um einen „Notarzt-Light“ zu verhindern sowie Verantwortung und Kompetenz des neu zu schaffenden Berufs Notfallsanitäter deutlicher als bislang zu regeln, wurden den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses zugestellt.

Deutsche Gesellschaft
für Unfallchirurgie

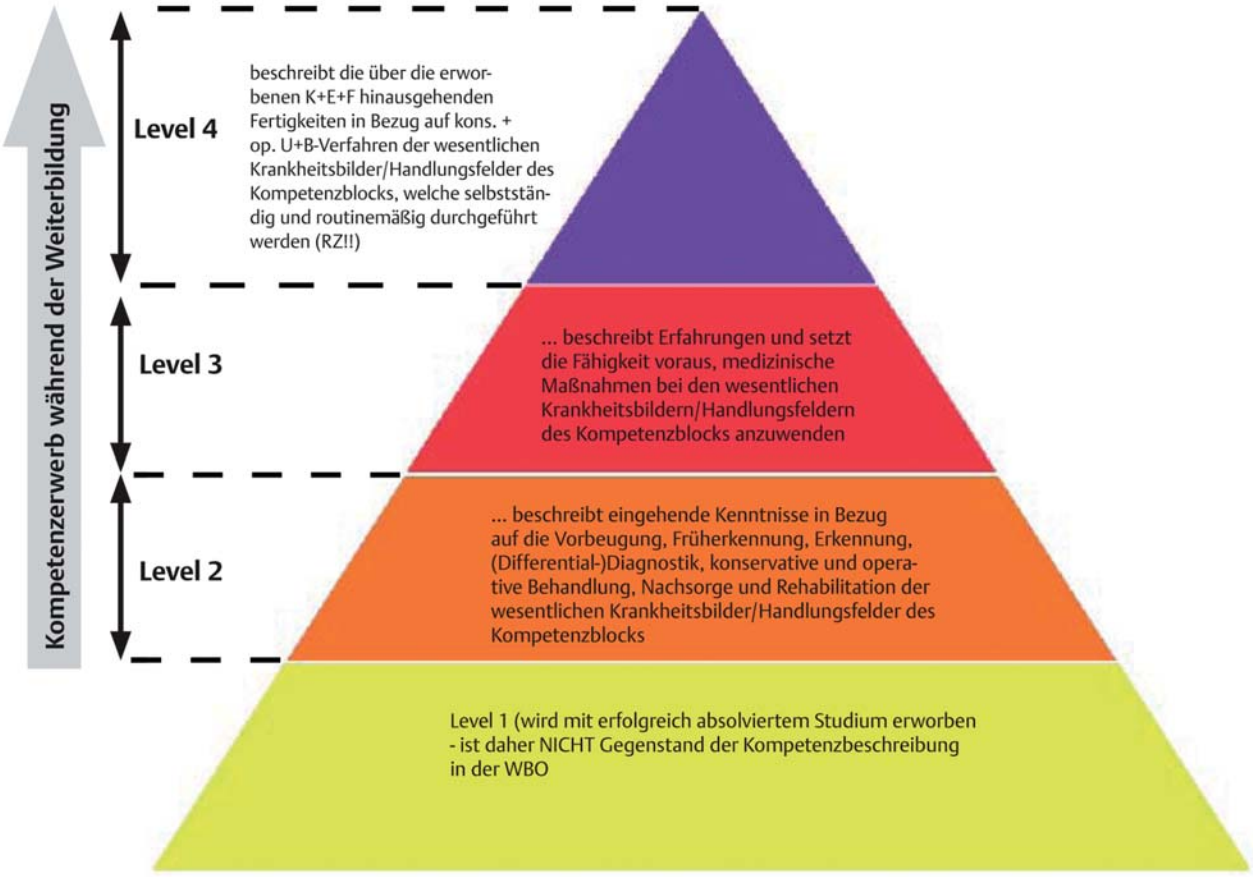


Abb. 1 Strukturierung zur Sortierung der Musterweiterbildungsordnung.

WEITERBILDUNGSORDNUNG

BÄK verlangt Quadratur des Kreises

Mit einer neuen Weiterbildungsordnung wollen die Fachgesellschaften auf neue Entwicklungen in der Medizin und im Gesundheitswesen reagieren. 2010 wies der Deutsche Ärztetag sämtliche Vorschläge ab. Nun sollen die Gesellschaften über eine Internet-Plattform der Bundesärztekammer in der Rekordzeit von drei Monaten erneut ihre Vorstellungen bekanntgeben – und dass, obwohl noch viele Fragen ungeklärt sind.

Die Weiterbildungsordnung der medizinischen Fächer ist eines der Fundamente für die Sicherung der Behandlungsqualität, aber auch weit darüber hinaus der Zukunft des jeweiligen Faches. Orthopädie und Unfallchirurgie hatten mit der Zusammenführung von Weiterbildungsinhalten zweier Disziplinen einen völlig neuen Weg beschritten, der in der Formulierung der Weiterbildungsordnung 2003 gipfelte. Zum ersten Mal hatten die zentripetalen Kräfte gesiegt. Ein weiteres Auseinandertriften in Subspezialisierungen fand nicht statt.

Dessen ungeachtet bedurfte es einiger Korrekturen an dem 2003 erstmals formulierten Katalog. Diese Vorstellungen waren von DGOOC, DGU und im Einvernehmen mit der gemeinsamen Weiterbildungskommission im Gebiet Chirurgie beim Ärztetag 2010 in Dresden vorgelegt worden. Bedauerlicherweise wurden alle diese Vorschläge für eine Novellierung an den Vorstand der Bundesärztekammer zur Weiterbehandlung verwiesen. Eine offizielle Auseinandersetzung mit diesen Vorschlägen hat seitdem nicht mehr stattgefunden, obwohl ein Großteil der Novellierungsvorschläge mit großem Arbeitsaufwand vonseiten der Fachgesellschaften erstellt worden war.

Bundesärztekammer will Weiterbildungsordnung komplett umstrukturieren

Nun beabsichtigt die Bundesärztekammer, eine völlig neu strukturierte Weiterbildungsordnung auf den Weg zu bringen. Ziel ist es, die Weiterbildung vorrangig über Inhalte zu definieren und weniger über Zeiten. Dafür sollen die bisherigen Begriffe der „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ durch so-

genannte „Kompetenzblöcke“ und „Kompetenzlevel“ ersetzt werden (▶ **Abb. 1**). Der Common Trunk als Weiterbildungszeit zu Beginn der Facharzt-Weiterbildung fällt weg, seine Inhalte sollen im jeweiligen Fach innerhalb der Kompetenzblöcke und -level abgebildet werden. Die Weiterbildungszeit soll entsprechend der Harmonisierung mit anderen europäischen Ländern mindestens fünf Jahre betragen.

Wo notwendig, soll die ambulante Weiterbildung gestärkt werden. Berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten sollen in das Konzept einfließen, und letztlich sollen Berufsrecht und Sozialrecht in Einklang gebracht werden. Das würde bedeuten: Die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen die in der Weiterbildung dokumentierten Inhalte als qualitätssichernde Maßnahme für die Durchführung einer Maßnahme in der ambulanten Praxis ohne weitere Prüfung an (Beispiel: Sonografie).

Fachgesellschaften sollen auf BÄK-Wiki ihre Vorstellungen veröffentlichen

Unmittelbar vor Weihnachten wurden die Fachgesellschaften über das Projekt informiert. Es sieht vor, dass die Fachgesellschaften ihre Vorstellungen von der Novellierung auf eine Internetplattform (das sogenannte „BÄK-Wiki“) einstellen. Die Fachgesellschaften erhalten für speziell ihnen zugewiesene Bereiche Schreib-, Lese- bzw. Kommentarrecht.

Anlässlich eines Einführungsworkshops am 22./23. Januar 2013 wurden die Vertreter der Fachgesellschaften im Einzelnen über diese internetbasierte Eingabe der Daten auf der BÄK-Wiki-Plattform informiert. Der Zeitplan sieht vor, dass die Vorschläge für die jeweiligen Bezeichnungen – Facharzt- und Zusatzweiterbildung – zum Beispiel mit den Berufsverbänden (sogenannten Partnern) und den überschneidenden Fachgesellschaften abzustimmen sind und ein konsentierter Vorschlag bis zum 30. April eingestellt werden soll.

Ungeklärte Fragen

Die sechs anwesenden Vertreter von DGOU, DGOOC und DGU haben ihre Bedenken hinsichtlich der kurzen Zeitspanne für die Realisierung einer derart komplexen Systematik vorgebracht. Darüber hinaus scheinen viele Probleme in dem bisher bekannten Konzept noch nicht ausreichend geklärt:

- Die zu erwerbenden „Kompetenzblöcke und -level“ sind nicht eindeutig definiert. Unklar bleibt darüber hinaus, wie diese überprüft werden sollen, wenn die Weiterbildungsordnung zukünftig nicht mehr nach zeitlich zu definierenden Inhalten, sondern nach „Kompetenzen“ fragt.
- Wenn sich die Weiterbildungsordnung nach Kompetenzleveln/-blöcken richtet, so wären auch die Weiterbildungsbefugnisse entsprechend zu definieren. Es könnte damit erforderlich werden, dass alle WB-befugten Ärzte neue Befugniserteilungen beantragen müssen, die Verbundweiterbildung Standard wird und die weiterzubildende Ärztin/der weiterzubildende Arzt sich ihre/seine „Kompetenzblöcke“ in unterschiedlichen Einrichtungen erwirbt, sofern sie/er das Glück hat, dort eine freie Stelle für beispielsweise sechs Monate zu finden.
- Wenn laut WBO für ein Fach nicht in jedem Kompetenzblock, zum Beispiel Notfallversorgung, von einem Weiterzubildenden alle erforderlichen Kompetenzlevel erlangt werden müssen, dann würde das zu Ärzten unterschiedlicher Qualifikationen führen. Damit ist eine Entwicklung zu Bachelor- bzw. Master-Ärzten und auch zu einer Substitution von ärztlicher Tätigkeit gebahnt.
- Es bleibt offen, inwieweit die Umsetzung der drei Kompetenzlevel (II – IV) in der Breite der Klinikversorgung überhaupt praktikabel ist. In vielen Fällen stehen die Krankenhäuser vor der Aufgabe, bereits jüngere Ärzte mit hochwertigen Aufgaben zu betreuen. Damit wäre der Kompetenzlevel IV vor dem des Kompetenzlevels II erbracht. Der Arzt wüsste zwar, wie man etwas handwerklich macht, aber nicht warum. Dies kann nicht das Ziel einer der Zukunft zugewandten Weiterbildung sein.

An manchen Stellen müssen wir einen Kompromiss zwischen Wünschenswertem und Machbarem finden. Dies ist uns schon einmal gelungen: bei der Entwicklung des heutigen Facharztes.

- Insgesamt ist unklar, wie sich die neu zu definierenden Anforderungen auf die Krankenversorgung auswirken werden. Krankenhäuser, die die Kompetenzen nicht in allen Bereichen anbieten können, dürften deutlich benachteiligt werden.
- Die geforderte Ausweitung der ambulanten Weiterbildung ist nur über eine Finanzierung in diesem Bereich denkbar. Konzepte hierfür gibt es nicht.
- Eine Reduzierung der Richtzahlen wirft insbesondere für das Gebiet Chirurgie erhebliche Probleme auf, weil diese derzeit bereits unter dem europäischen Durchschnitt liegen. In Deutschland ist nämlich die Arztzahl in den vergangenen 20 Jahren erheblich gestiegen, und zwar deutlich stärker als die für die Weiterbildung zur Verfügung stehenden „Fallzahlen“. Hierbei spielt auch die Auslagerung zahlreicher diagnostischer Maßnahmen und operativer Eingriffe in den ambulanten Sektor eine große Rolle, ebenso wie die Verrechtlichung der Medizin und die Ökonomisierung der Krankenhäuser mit besonderen Anforderungen an die Leistungserbringung an erfahrene Ärzte. Wenn sich die Richtzahlen an didaktischen Anforderungen der Versorgungsrealität orientieren sollen, wie das von der Bundesärztekammer gefordert wird, so sind Zahlen über die zur Verfügung stehenden Weiterbildungspatienten einerseits und die in der Weiterbildung befindlichen Ärzte andererseits notwendig. Beide Zahlen liegen jedoch nicht vor.
- Besonders gravierend ist für die DGOU, dass das Editorenrecht für die den Fachgesellschaften zugehörigen Bereiche und Zusatzweiterbildungen nicht klar definiert ist. So ist zum Beispiel für die fachgebundene Röntgendiagnostik als Editor ausschließlich die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) zuständig. Alle Fächer, die bislang über eine fachgebundene Röntgendiagnostik verfügen, sind weder als Editor noch als Partner mit Lese- bzw. Kommentarrecht in dem sogenannten BÄK-Wiki genannt. Gleiches gilt für die Notfallmedizin, für die

Spezielle Schmerztherapie, für die Akupunktur, die Fachgebundene Magnetresonanztomografie, für die Manuelle Medizin, für die Physikalische Therapie und Balneologie etc. Damit wird die gewünschte Flexibilisierung der neuen Weiterbildungsordnung vollends infrage gestellt.

DGOU-Bildungsausschuss sortiert Weiterbildungsinhalte

Anlässlich eines Workshops haben sich Vertreter von DGOOC und DGU mit allen anstehenden Problemen beschäftigt. Man war sich einig, sich an der Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung zu beteiligen. Der Bildungsausschuss der DGOU unter Leitung von Almut Tempka und Maximilian Rudert wird sich mit einer Experten-Arbeitsgruppe um die Sortierung der bisherigen Weiterbildungsinhalte in die vorgegebene Strukturmatrix bemühen. Darüber hinaus werden Änderungen von Inhalten und Richtzahlen, die in den vergangenen Jahren von den verschiedenen Gruppierungen vorgeschlagen und 2012 im Bildungsausschuss der DGOU konsentiert wurden, einzupflegen sein.

Zusätzlich werden die zahlreichen Zusatzweiterbildungen von der Speziellen Unfallchirurgie, Speziellen Orthopädischen Chirurgie, der Orthopädischen Rheumatologie, der Kinderorthopädie bis hin zur Physikalischen Therapie und Akupunktur mit den gewünschten Änderungen angepasst werden müssen.

Die dafür zuständigen Ansprechpartner in der DGOU wurden informiert. Die Abstimmung innerhalb unserer satzungsmäßigen Gremien hat zeitnah zu erfolgen. Nach Einstellung in die BÄK-Wiki-Plattform wird es Aufgabe der Arbeitsgruppe sein, die Kommentare anderer Fachgesellschaften und Verbände zu sichten und zu bearbeiten, von dem Recht der Kommentierung gegenüber den Eingaben anderer Fächer, zum Beispiel Zusatzweiterbildungsqualifikationen, Gebrauch zu machen und im Auge zu behalten, was in den einzelnen Ärztekammern nach dem Deutschen Ärztetag 2013 mit den Anträgen der Fachgesellschaften und Berufsverbände geschieht. Innerhalb der zweiten Jahreshälfte 2013 sind die auch in unseren Fachgesellschaften und Sektionen abgestimmten Vorschläge „final“ in der Plattform abgebildet. Von der Bundesärztekammer ist vorgegeben, dass bereits auf dem Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf die Vorschläge beraten und entschieden werden sollen.

Einen anderen Weg gibt es nicht

Wir haben leider keinen anderen Weg, um unsere Vorschläge für mehr Praxisnähe, Flexibilität und Qualität in der Weiterbildung für unseren Facharzt einzubringen, als den hier beschriebenen. Es ist uns auch bewusst, dass wir inhaltlich an manchen Stellen einen Kompromiss zu finden haben, zwischen Wünschenswertem und Machbarem, so wie es uns bei der Entwicklung des heutigen Facharztes gelungen war.

Dessen ungeachtet hat die DGOU eine Initiative ergriffen, die Ärztekammer und auch die Landesärztekammern über die ungeklärten Rahmenbedingungen der geplanten Weiterbildungsordnung zu informieren. Es wäre den Mitgliedern unserer Gesellschaft und insbesondere den derzeit in den Gremien Mitarbeitenden kaum zu vermitteln, wenn die mit erheblichem Arbeitsaufwand erstellte Novellierung aufgrund von Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Ärztekammern und aufgrund unklarer Mehrheitsverhältnisse beim Ärztetag erneut scheitern würde, wie dies bereits 2010 der Fall war.

Prof. Dr. Fritz Niethard
Prof. Dr. Hartmut Siebert

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, stellvertretender DGOU-Generalsekretär

Prof. Dr. Hartmut Siebert, DGOU-Generalsekretär

Foto: Fotolia

Einheit der Chirurgie: Dieses Ziel klingt gut, konnte bislang aber immer nur punktuell gestreift werden. Bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung, bei der Bedarfsplanung und der Nachwuchsakquise ergeben sich neue, gemeinsame Handlungsspielräume.

SPITZENGESPRÄCH

Was uns unter den Nägeln brennt

Um atmosphärische Spannungen aus der Welt zu schaffen, trafen sich im Februar 2013 Vertreter von DGOU, DGOOC und BVOU mit Vertretern des BDC zu einem Spitzengespräch. Dieses verlief konstruktiv und richtungweisend. In der Zukunft soll ein solches „Gipfeltreffen“ regelmäßig stattfinden.

Das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist im Gebiet Chirurgie verankert. Daraus ergeben sich Kooperationen, aber auch überschneidende Interessen von Orthopädie/Unfallchirurgie mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), in der sowohl die DGOOC als auch die DGU im Vorstand vertreten sind, aber auch mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). Die angestrebte „Einheit der Chirurgie“ unter dem Dach der DGCH konnte bisher nicht in der Weise realisiert werden, wie sie beabsichtigt war. Von Kongress zu Kongress wurden immer wieder einmal Synergien aufgetan, eine Nachhaltigkeit konnte bisher nicht entwickelt werden. Das Verhältnis zum BDC war zuletzt sogar atmosphärisch belastet, weil der über viele Jahre sehr effektiv in der gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie mitarbeitende Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ausgeschlossen worden war.

Es brannte also unter den Nägeln, als sich Vertreter von DGOU, DGOOC und BVOU (Siebert, Niethard, Mälzer) bzw. BDC (Bruch, Rüggeberg, Frau Seifert) trafen, um aktuelle Themen zu besprechen. Vorrangig ging es um die Abbildung der Weiterbildungsordnung in den Versorgungsstrukturen (transsektorale Weiterbildung) und Angebote für Fort- und Weiterbildung

Die Vertreter des BDC sehen ihren Berufsverband als Sachwalter für alle Ärzte, die im Gebiet Chirurgie unterwegs sind. Damit gibt es naturgemäß Überschneidungen und Interessenkonflikte mit Orthopädie und Unfallchirurgie, die sowohl beim Thema Weiterbildungsordnung als auch bei den Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen sind. Orthopädie und Unfallchirurgie haben Vorschläge für eine Geschäftsordnung in der gemeinsamen Weiterbildungskommission vorgelegt, in die dann auch der BVOU aufgenommen werden soll. Dies findet nun auch Berücksichtigung beim BDC. Eine abschließende Entscheidung kann allerdings erst im gesamten Gremium der Weiterbildungskommission mit allen darin vertretenen acht Fächern gefällt werden.

Zusammenarbeit bei Novellierung der Weiterbildungsordnung

Dessen ungeachtet müssen die Forderungen der Bundesärztekammer nach der Formulierung einer völlig neuen Weiterbildungsordnung aufgegriffen werden.

Man war sich einig, dass die fachlich inhaltliche Gestaltung dieser Weiterbildungsordnung bei den Fachgesellschaften liegt. Die besonderen strukturellen Anforderungen allerdings (Nachwuchsförderung, Karriereplanung, transsektorale Weiterbildung im stationären und ambulanten Bereich, Finanzierung der Weiterbildung) sind auch durch die Berufsverbände zu bearbeiten. In der Diskussion wurde klar, dass nicht nur für die Chirurgie, aber für diese ganz besonders, Strukturprobleme eine Rolle spielen, die eine Realisierung der geplanten Weiterbildungsnovelle erschweren.

Ein wesentliches Ziel der Weiterbildungsordnung soll eine Flexibilisierung sein, um die Nachwuchsprobleme zu lösen. Darüber hinaus sollen die Anforderungen der Richtzahlen – und diese wiederum sind im Gebiet Chirurgie besonders bedeutend – den Versorgungszahlen angepasst werden. Dabei liegen aber in vielen Bereichen aktuelle Versorgungszahlen gar nicht vor. Für die Zukunft ist noch viel unklarer, wie viel ärztliche Versorgung die Gesellschaft benötigt und welche ärztliche Leistungen noch von Ärzten erbracht hat werden können oder sollen. Erst nach Beantwortung dieser Fragen ergibt sich, wie viele Ärzte an der Weiterbildung teilnehmen können und wie viel Weiterbildung möglich ist. Einige europäische Länder haben diese Fragen bereits beantwortet und konkret umgesetzt.

Bedarfsplanung aufgreifen

Orthopädie und Unfallchirurgie werden daher gemeinsam mit dem BDC ein Schreiben an die Bundesärztekammer aufsetzen, in dem auf diese ungelösten Probleme und Zusammenhänge hinsichtlich einer sinnvollen Novellierung der Weiterbildung hingewiesen wird. Die sich daraus ergebende Diskussion hat darüber hinaus gezeigt, dass die Fachgesellschaften und Berufsverbände gut beraten sind, das Thema einer Bedarfsplanung aufzugreifen. DGOU, BVOU und BDC werden daher zunächst einen Workshop mit Referenten aus dem internationalen Sprachraum veranstalten, in dem Ansätze einer Versorgungs- und Bedarfsplanung für Deutschland diskutiert werden sollen.

Nachwuchsmangel geht alle chirurgischen Fächer an

Ein solches Projekt muss in die Zukunft gerichtet sein. Der Nachwuchsakquise gilt die Aufmerksamkeit aller chirurgischen Fächer; denn der chirurgische Nachwuchs macht sich rar. Der BDC versucht, den Nachwuchs bereits während des Praktischen Jahres (PJ) abzuholen, denn dieses ist nach wie vor in die Tertiale „Innere“, Chirurgie und das Wahlfach geteilt. Ein Zugriff auf den PJ-Nachwuchs besteht für Orthopädie und Unfallchirurgie nur dann, wenn PJ-ler die „Orthopädie“ als Wahlfach wählen oder sich im Rahmen des chirurgischen Tertials auch in einer unfallchirurgischen Abteilung ausbilden lassen. BVOU und Junges Forum der DGOU beschreiten mit einem ihrer Projekte zur Nachwuchsgewinnung einen anderen Weg. Bereits in der Vorklinik wird Studierenden neben Famulaturen in der Praxis auch ein Seminar angeboten, in dem das Fach O und U mit all seinen Facetten dargestellt wird. Ein erster Testlauf wurde in Göttingen mit Erfolg organisiert – 22 Studierende haben sich im Wintersemester 2012/2013 eingeschrieben.

Es bestand Einigkeit, dass die sehr differenzierten Anforderungen in Schwerpunktkliniken für viele PJ-ler nicht attraktiv sind. Es wurde daher auch eine PJ-Zeit in der Praxis befürwortet, die allerdings einer besonderen Organisation und auch Finanzierung bedarf. Orthopädie und Unfallchirurgie als auch BDC werden sich daher für die Etablierung derartiger Möglichkeiten einsetzen.

Das spezielle Interesse der Säule O und U soll sich auch bei der Gestaltung von Kursen in Aus-, Weiter- und Fortbildung darstellen. Der BDC als Dienstleister für alle in der Chirurgie Tätigen beansprucht ebenfalls die Vertretung der Säule Orthopädie und Unfallchirurgie in seinem Bereich. Die Fragen liegen auf dem Tisch: Wettbewerb oder sinnvolle Kooperation? Vorschläge, Synergien zu nutzen, gibt es reichlich. Ob sich die Einheit der Chirurgie auf diesem Gebiet voranbringen lässt, wird die nähere Zukunft zeigen. Das „Gipfelgespräch“ wurde jedenfalls als konstruktiv und zukunftweisend betrachtet. Die Reihe soll fortgesetzt werden.

Prof. Dr. Fritz Niethard
Generalsekretär DGOOC

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Generalsekretär DGU

TEILNEHMER DES GIPFELTREFFENS

Prof. Dr. H. Siebert
Generalsekretär
DGOU/DGU

Prof. Dr. F. Niethard
Generalsekretär DGOOC

Helmut Mälzer
Präsident BVOU

Prof. Dr. Hans-Peter
Bruch, Präsident BDC

Dr. Jörg-A. Rüggeberg
Vizepräsident BDC

Prof. Dr. Julia Seifert
Vizepräsidentin BDC

Foto: EPRD

Die Teilnehmer des EPRD-Expertentreffens

ENDOPROTHESENREGISTER

Erste Zwischenbilanz

Am 31. Januar 2013 trafen sich auf Einladung des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) nationale und internationale Experten in Berlin, um das deutsche Register und insbesondere die bisherigen Erfahrungen aus dem Probebetrieb zu begutachten.

Nachdem mehrere Hundert Kliniken ihr Interesse an der Teilnahme des Endoprothesenregisters geäußert hatten, wurden deutschlandweit 37 Kliniken verschiedener Träger und Versorgungsstufen ausgewählt, um am Probebetrieb teilzunehmen. Nach einer Einführungsveranstaltung Ende September 2012 konnte Anfang November 2012 mit dem Probebetrieb begonnen werden. Bis zur zweiten Februarwoche 2013 sind nun fast 1.500 Primärimplantationen und Wechseloperationen an das Register gemeldet worden.

Installation der Software soll vereinfacht werden

Die tägliche Routine beim Registrieren der Operationen wurde von den Kliniken überwiegend als wenig belastend eingestuft. Allerdings war in den Kliniken zuvor ein teilweise nicht unerheblicher Aufwand erforderlich, um die Software, die von der Registerstelle per Ferninstallation eingerichtet wurde, individuell in den Arbeitsablauf der Kliniken zu integrieren.

Von den Experten wurden daher verschiedene Maßnahmen diskutiert, die den Ablauf in den Kliniken – vor allem in der Phase der Installation – weiter vereinfachen und damit den künftig teilnehmenden Kliniken die Teilnahme erleichtern sollen.

Erfolgreiche Verknüpfung von Implantat- und Routinedaten

Ein wesentliches Merkmal des Endoprothesenregisters Deutschland ist die Verknüpfung der Implantatdaten mit Auszügen aus den Abrechnungsdaten der Krankenversicherer. Wie sich jetzt im Probebetrieb zeigte, konnte diese Verknüpfung erfolgreich umgesetzt werden. Ebenso verlief eine erste Prüfung auf Datenqualität und Plausibilität erfolgreich.

Bei der Diskussion der grundsätzlichen Stärken und Schwächen des Registerkonzepts wurde die Nutzung von Routinedaten und die einfache Handhabung der Registrierung bei den Leistungserbringern als positiv herausgestellt. Als Risikofaktor sehen die Experten die fehlende Verpflichtung zur Teilnahme, insbesondere in der Initialphase. Als besonders wichtig stufen die Experten eine gute Einbindung der Erfassungssoftware in die Klinikinformationssysteme ein.

Nutzen für die Krankenhäuser

Die Einwilligungserklärung für die Patienten sollte die Vorteile des Registers für die Patienten, unter anderem auch des elektronischen Prothesenpasses,

noch deutlicher herausstellen und insgesamt vereinfacht werden – soweit das aus Datenschutzsicht möglich ist. Der Nutzen einer Teilnahme für die Krankenhäuser kann zum Beispiel durch Kopplung der Registrierung an die Warenbewirtschaftung und eine Rückkopplung über die eigenen Ergebnisse in Echtzeit online weiter verbessert werden. Es wurde gewünscht, später den Datensatz langfristig um besonders wichtige, patientenbezogene Ergebnisparameter (Patient-Reported-Outcome-Measurement, PROMs) zu ergänzen. Wie bereits geplant, sollen die Auswertungsverfahren unter intensiver Einbindung ärztlicher sowie biostatistischer Kompetenz erstellt werden. So können Auffälligkeiten nicht nur formal, sondern auch inhaltlich bewertet werden. Die Daten sollten in einem abgestuften, vorab konsentierten Verfahren veröffentlicht werden, das die Informationsbedürfnisse der verschiedenen beteiligten Gruppen berücksichtigt.

Die offene und positive Diskussion hat viele konstruktive Einschätzungen und Vorschläge erbracht, die in weiteren spezifischen Gesprächen vertieft werden sollen. Der Dank des Endoprothesenregisters Deutschland gilt allen Teilnehmern für ihre intensive Auseinandersetzung mit den gestellten Fragen und für ihre hochkompetenten Stellungnahmen.

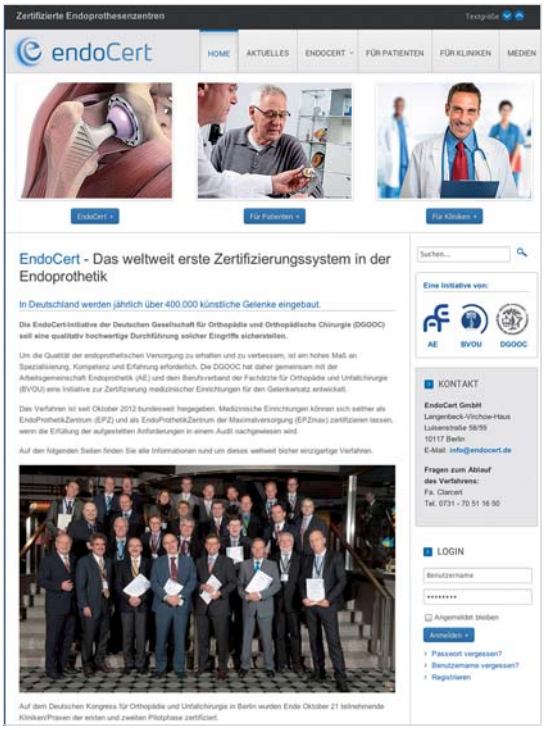
Prof. Dr. Joachim Hassenpflug

Prof. Dr. Joachim Hassenpflug, Direktor der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, ist Geschäftsführer des EPRD.

ENDOCERT

Sonderregelung möglich

Seit Oktober 2012 können sich Einrichtungen, die sich intensiv mit dem operativen Gelenkersatz beschäftigen und hierin einen ihrer Schwerpunkte sehen, als EndoProthetikZentrum zertifizieren lassen. Erfreulicherweise besteht ein großes Interesse an diesem Qualitätssicherungsprojekt.



www.endocert.de: Unter dem Menüpunkt „Für Kliniken" finden Sie den Erhebungsbogen mit den Kriterien für eine Zertifizierung.

Für eine erfolgreiche Zertifizierung müssen verschiedene, exakt definierte Struktur- und Prozessqualitätskriterien erfüllt werden. Diese Anforderungen sind in dem sogenannten Erhebungsbogen nachzulesen (**www.endocert.de** → unter Menüpunkt „Für Kliniken", oder erhältlich über die offizielle Zertifizierungsstelle ClarCert, **www.clarcert.de**).

An die Zertifizierungskommission werden wiederholt Fragen zur Qualifikation der Hauptoperateure und entsprechender Antragsfristen gerichtet. Die diesbezügliche Regelung sei daher nochmals dargestellt: Um langjährig in der endoprothetischen Versorgung tätigen Einrichtungen die Zertifizierung auch dann zu ermöglichen, wenn die Qualifikation „Spezielle Orthopädische Chirurgie" nicht für einen der beiden Hauptoperateure vorliegt, besteht eine Sonderregelung. Voraussetzung hierfür ist es, dass der beantragende Operateur bereits in den Jahren 2009 bis 2012 pro Jahr mindestens 50 endoprothetische Eingriffe nachweislich selbstständig durchgeführt hat und mit seiner Einrichtung den Antrag auf Zertifizierung bis zum **31. Dezember 2013** gestellt hat.

Hierdurch wird sichergestellt, dass Einrichtungen, die ansonsten alle Anforderungen zur Zertifizierung erfüllen, nicht aufgrund fehlender persönlicher Voraussetzungen der Operateure vom Zertifizierungsprozess ausgeschlossen sind. Somit ist der Versorgungsrealität in Deutschland Rechnung getragen.

Dr. Holger Haas

Dr. Holger Haas, Chefarzt des Zentrums für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, leitet die EndoCert-Zertifizierungskommission.

Foto: Universitätsklinikum Aachen

Prof. Hans-Christoph Pape (li.) leitet das Projekt „Telemedizinische intersektorale Rehabilitationsplanung in der Alterstraumatologie" in Aachen. Mit im Bild: Projektmitarbeiter Dr. Philipp Lichte.

TELEMEDIZIN

Virtuelle Visite verbessert Reha-Planung

In Aachen ist im April 2013 das deutschlandweit einzigartige Projekt TIRA (Telemedizinische Intersektorale Rehabilitationsplanung in der Alterstraumatologie) gestartet. Ziel ist es, die Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen, insbesondere nach Knochenbrüchen, zu verbessern.

Mit dem Teilprojekt TIRA bekommt das im August 2012 unter dem Motto „Innovation trifft Kompetenz" gegründete Telemedizinzentrum Aachen neben dem bereits seit Jahren etablierten Tele-Notarzt (Telemedizinisches Rettungsassistenzsystem TEMRAS) und einer Tele-Intensivstation eine dritte Säule. Dabei arbeiten Akut- und Rehabilitationsmediziner interdisziplinär zusammen, um die individuellen Ansprüche und Fähigkeiten des einzelnen Patienten bereits vor der Verlegung, aber auch während des Verlaufs der Behandlung besser berücksichtigen zu können.

„Auch eine enge zeitliche und inhaltliche Vernetzung der behandelnden Ärzte trägt dazu bei, Rückverlegungen von Patienten in Akutkliniken zu vermeiden", erklärt Projektleiter Prof. Hans-Christoph Pape, Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Aachen. Denn insbesondere für ältere Menschen sei es besonders wichtig, dass sie möglichst wenig hin- und hertransportiert werden. „Außerdem können Patienten so ohne längere Reisewege wohnortnah betreut werden."

> Das Hauptziel von TIRA besteht darin, die Versorgung und Rehabilitation älterer Menschen nach Knochenbrüchen zu verbessern.

Die Basis für die telemedizinische Betreuung bildet die elektronische Fallakte (EFA), in der die am Behandlungsprozess beteiligten Ärzte alle relevanten Daten wie Befunde, OP-Berichte, Röntgenbilder, komplexe Verlaufskurven und vieles mehr speichern und beispielsweise vor Ort auf dem iPad abrufen können. Die digital erfassten Informationen über den Patienten sind hierdurch für die behandelnden Ärzte transparenter und, bei Zustimmung des Patienten und Arztes, generell von fast jedem beliebigen Ort aus weltweit abrufbar. Bereits im Krankenhaus können Chirurgen und Rehabilitationsmediziner so gemeinsam den

für den jeweiligen Patienten optimalen Reha-Aufenthalt planen.

Dem Reha-Arzt digital über die Schulter schauen

Neben einer telemedizinischen Konsultation des Chirurgen per Videokonferenz, einem gemeinsamen Einblick in die Krankenakte und Video-Analysen, um Bewegungsmuster festzuhalten, soll zukünftig auch eine Visite am Videowagen möglich sein. So kann der Arzt im Uniklinikum dem behandelnden Reha-Arzt bei der Untersuchung des Patienten digital über die Schulter schauen und auch dem Patienten Fragen stellen.

Bei Komplikationen während des Reha-Aufenthaltes kann so eine Diagnose am virtuellen Krankenbett erfolgen: „Wenn beispielsweise eine Wunde nicht gut heilt, kann der Arzt im Reha-Klinikum den Patienten mit einem Videowagen aufsuchen und sich vom Kollegen des Uniklinikums live und digital über die Schulter sehen lassen“, sagt Projektmitarbeiter Dr. Philipp Lichte. „Sie können gemeinsam und zeitgleich in die Patientenakte schauen, die Komplikation erörtern und möglicherweise gleich therapieren.“ Hierdurch entsteht kein Zeitverlust, Patient und Mediziner könnten an Ort und Stelle bleiben. Außerdem lässt sich so schon im Vorfeld eine Therapie individueller planen. „Gerade bei alten Patienten gibt es große individuelle Unterschiede im Krankheitsverlauf“, sagt Lichte. Diese fänden aber bislang im Vorfeld einer Reha zu wenig Beachtung. Am Telemedizinzentrum Aachen ist die elektronische Fallakte bereits seit Monaten im Einsatz. Sie wurde unter Mitwirkung mehrerer Landesdatenschutzbeauftragter entwickelt und ist TÜV-zertifiziert, die Verschlüsselung der Audio-Video-Verbindung erfolgt auf technisch höchstem Standard. Die Einführung des Videowagens in der Unfallchirurgie ist im Rahmen des Forschungsprojekts TIRA für nächstes Jahr geplant. „Dank all der audiovisuellen Techniken können auch in kleineren regionalen Kliniken nachts und am Wochenende Experten der Uniklinik zur Verfügung stehen“, erklärt Prof. Gernot Marx, Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Sprecher des Aachener Telemedizinzentrums. Mit den Möglichkeiten des audiovisuellen Austauschs über die Gesundheit des Patienten könne universitäre Spitzenmedizin auch in die ländliche Umgebung gebracht werden. Zurzeit kooperiert das Telemedizinzentrum mit zwei Aachener Rehabilitations-Einrichtungen.

In den USA sind Telemedizinzentren in der Regelversorgung bereits gängige Praxis. „Dortige Studien zeigen, dass die Liegedauer und Sterblichkeit der Patienten auf Intensivstationen sich reduzieren“, berichtet Marx.

Das Projekt TIRA wird zunächst über drei Jahre vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in Nordrhein-Westfalen gefördert. Projektpartner sind die Reha-Klinik Schwertbad, das Luisenhospital Aachen sowie die Firma Healthcare IT-Solutions und T-Systems, ein 100-prozentiges Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Aachen und T-Systems.

Miriam Buchmann-Alisch

TIRA IN ZAHLEN

Förderer:	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW
Projektvolumen:	1,6 Millionen Euro
Projektumfang:	648.000 Euro
Projektlaufzeit:	36 Monate

TIRA erleichtert die Arbeit enorm: Die behandelnden Ärzte können die Fallakte des Patienten, seine Röntgenbilder, Verlaufskurven und vieles mehr mobil abrufen.

Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

MEHR INFOS

Telemedizinzentrum Aachen
www.ukaachen.de/content/folder/23789330

Healthcare IT Solutions
www.ukaachen.de/content/page/23909616
www.hit-solutions.de

Video „Intelligente Gesundheitsnetze und Telemedizin“
www.it-gipfel.de/IT-Gipfel/Navigation/mediathek,did=525042.html

Foto: Firma V/Fotolia

Was tun beim Verdacht auf Kindesmisshandlung? Hausinterne Leitlinien machen es leichter, die richtigen Entscheidungen zu treffen. In einem ersten Schritt sollte neben Wundversorgung und Schmerztherapie auf einen stationären Aufenthalt hingearbeitet werden, um das Kind aus der Gefahrenzone zu bekommen und Zeit für weiterführende Gespräche mit den Angehörigen zu gewinnen.

KINDESMISSHANDLUNG

Genau hinschauen und konsequent handeln

Auch in einem Kinderkrankenhaus sind Fälle von Vernachlässigung oder Misshandlung nicht an der Tagesordnung. Doch es gibt sie. Ein frühzeitiges Erkennen der Situation hilft den betroffenen Kindern, der Familie und auch den Behandlern/Therapeuten. Ein standardisiertes Vorgehen trägt dazu bei, Licht in die häufigen Grauzonen eines begründeten Verdachts auf Kindeswohlgefährdung zu bringen.

Der vier Monate alte Leon wird von seinen besorgt erscheinenden Eltern wegen Nasenblutens, einer Schwellung des Kopfes und massiver Einblutung in die Bindehaut des rechten Auges in der Notaufnahme vorgestellt. Die Symptomatik des Kindes sei nach wiederholtem Niesen beim Wickeln nach dem Mittagsschlaf aufgefallen. Die ärztliche Untersuchung ergibt bei wachem, neurologisch unauffälligem Kind ein Hämatom über der rechten Schläfe sowie am rechten Auge und eine Schmerzempfindlichkeit über dem Brustkorb. Röntgenologisch finden sich eine rechtsseitige Schädelfraktur in der Scheitel-/Hinterhauptsregion sowie mehrzeitige knöcherne Verletzungen der Rippen, die auf ältere Rippenserienfrakturen hinweisen. Anamnestisch handelt es sich bei Leon um ein ehemaliges Frühgeborenes der 34. Schwangerschaftswoche.

Das Kind wird wegen Verdachts auf Kindesmisshandlung und fortbestehende Kindeswohlgefährdung auf der Säuglingsstation aufgenommen. Da die Aufnahme gemeinsam mit der noch stillenden Mutter erfolgen muss, wird das Stationsteam alarmiert und zu erhöhter Aufmerksamkeit und Kontrolle angehalten. Die Verletzungen geben Anlass zu einer rechtsmedizinischen Untersuchung und Einschaltung des Jugendamts.

Rechtsmedizinische Begutachtung

Nach Einschätzung der Gutachter handelt es sich bei den festgestellten Verletzungen um die Folgen mehrfacher und zu mehreren Zeitpunkten stattgefundener stumpfer Gewalt gegen Kopf und Brustkorb des Kindes. Während die Kopf- und Augenverletzungen frisch erscheinen, wird das Alter der Rippenverletzungen mit zwei bis drei Wochen angegeben. Es wird vermutet, dass das Kind bei der Entstehung aller Verletzungen Schmerzen erlitten und geschrien haben dürfte. Zudem ist es hochwahrscheinlich, dass der Säugling nach den Rippenbrüchen anhaltende Schmerzen bei der Atmung entwickelt und berührungsempfindlich gewesen ist. Das Verletzungsmuster erscheint weder durch ein einfaches Sturzgeschehen erklärbar noch spontan entstanden. Es wird eindeutig als „misshandlungstypisch“ klassifiziert und als potenziell geeignet, das Leben des Kindes zu gefährden.

Eine Perspektive für die betroffenen Kinder lässt sich meist nur mit den Eltern und selten gegen sie entwickeln. Wir sind alle fehlbar – ein falscher Verdacht kann Eltern schrecklich verletzen. Auch deshalb müssen Eltern frühzeitig über einen Verdacht, die Gründe hierfür und die geplanten Schritte informiert werden.

Angaben der Eltern zur Entstehung der Verletzungen

Beide Eltern haben keine schlüssige Erklärung zur Entstehung der Verletzungen bei ihrem Sohn, und beiden ist nichts Ungewöhnliches aufgefallen. Der Vater erklärt die Rippenfrakturen damit, dass er einmal seine Aktentasche in den im dunklen Treppenhaus stehenden Kinderwagen geworfen habe, nicht ahnend, dass Leon noch darin lag. An den genauen Zeitpunkt könne er sich nicht erinnern. Die Mutter berichtet, sie habe nach der Entdeckung der Kopfverletzung darauf gedrungen, rasch einen Krankenwagen zu holen. Zuerst habe sie gedacht, in Leons Kopf sei „etwas passiert“, da die Ärzte sie nach der Frühgeburt darüber aufgeklärt hätten, dass das Kind einen erweiterten Ventrikel habe und dies Komplikationen verursachen könne. Während Leons Mittagsschlaf habe sie einen dumpfen Knall aus Richtung Treppe gehört, sich aber nicht weiter darum gekümmert. Die Familie lebe unter einem Dach mit der Herkunftsfamilie väterlicherseits. Leon werde außer von den Eltern auch von seinen Großeltern betreut. Gelegentlich sei er mit der jugendlichen Tante und kurzfristig auch mit seinem vierjährigen Bruder allein gewesen, der an einem ADHS leide und oft wild und unachtsam sei. Niemand hätte jedoch etwas Auffälliges berichtet.

Mutter und Vater zeigen sich in der Konfrontation mit dem dringenden Misshandlungsverdacht ungläubig und abwehrend. Beide können sich zudem nicht vorstellen, dass der Partner oder ein anderes Familienmitglied Leons Verletzungen verursacht haben könnte. Die Situation ist zunächst nicht aufzuklären.

Die chirurgische Perspektive

Sehr oft ist in einem Fall von Kindesmisshandlung der diensthabende Arzt in der Notaufnahme die erste ärztliche Kontaktperson. Diese Konfrontation eines oft noch in der Weiterbildung befindlichen Arztes mit einer komplexen, weil vielschichtigen und oft wenig offensichtlichen Behandlungssituation birgt mehrere Probleme in sich. Mit einem standardisierten Vorgehen in Form einer Standard Operating Procedure (SOP) lassen sich viele Fehler vermeiden, und die Situation in der Notaufnahme wird mit dem Verweis auf dieses standardisierte Vorgehen für den Erstbehandler einfacher. Gerade am Abend, in der Nacht und am Wochenende eskalieren familiäre Spannungen. In solchen Situationen steht der die Familie besser kennende Kinderarzt für eine telefonische Konsultation nicht zur Verfügung. Jeder in der Notaufnahme eines Kinderkrankenhauses tätig werdende Arzt muss daher auf die mögliche Konfrontation mit einem Fall von vermuteter oder tatsächlicher Kindesmisshandlung vorbereitet werden.

In jedem Fall einer vermuteten oder tatsächlichen Kindesmisshandlung ist zunächst – wie auch in diesem Fall geschehen – auf eine stationäre Aufnahme des Kindes hinzuarbeiten. Dies bietet den Vorteil, dass das Kind aus der Gefahrenzone entfernt und eventuell auch mit Angehörigen in einer stressärmeren Umgebung abgeschirmt werden kann. Desweiteren gewinnt der Behandler Zeit, um die Situation anamnestisch und diagnostisch weiter zu klären.

Anamnese, Befunderhebung, apparative Diagnostik

Die häufigsten, im Zusammenhang mit einer Kindesmisshandlung entstehenden Verletzungen, die in der Notaufnahme gesehen werden, sind multiple Prellungen in unterschiedlichen Stadien des Heilungsverlaufes und mit für ein bewegungsassoziiertes Trauma untypischer Lokalisation, Schädelverletzungen, Femurfrakturen bei Kindern unter zwei Jahren, metaphysäre Kantenabbrüche an langen Röhrenknochen und umschriebene Verbrennungen an ungewöhnlichen und für das Kind selbst schwer erreichbaren Körperstellen.

In Fällen von vermuteter Kindesmisshandlung sollte die Anamnese der Eltern (am besten einzeln) und des Kindes zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen und – wenn möglich – auch örtlich unabhängig voneinander durchgeführt werden. Sofern leistbar, sollte immer eine dritte Person (Pflegekraft, Kollegin) anwesend sein. Widersprüchliche Angaben sind ebenso zu dokumentieren wie voneinander abweichende Aussagen bei mehrmaligem Befragen. Bei Kindern fällt im Zusammenhang mit der Anamnese häufig der Begriff der eisigen Wachsamkeit („frozen watchfulness"), der die für das Alter des Kindes im Anamnesegespräch ungewöhnliche Anspannung und Konzentration ohne Emotionalität und Schwingungsfähigkeit beschreibt.

Diagnostisch erfolgt zunächst nur der Frakturausschluss bei der Verletzung, die zur Vorstellung in der Notfallaufnahme geführt hat. Weitere Röntgenaufnahmen, zum Beispiel auf der Suche nach älteren Frakturen, sollten nicht in der ohnehin stressbelasteten Situation der Notfallambulanz durchgeführt werden, sondern nach begründetem Verdacht am Folgetag im Rahmen der stationären Behandlung.

Erstversorgung, stationäres Behandlungskonzept

Neben den üblichen Maßnahmen der Wundversorgung und Schmerztherapie, eventuell der Planung oder Durchführung einer Operation etc. ist immer auf eine stationäre Aufnahme mit oder ohne Bezugsperson hinzuarbeiten. Im Rahmen der stationären Behandlung ergeben sich oft weitere Anhaltspunkte und Möglichkeiten zum erneuten Gespräch in geschützter Atmosphäre, die bei der Aufklärung hilfreich sein können. Nicht immer stehen die Eltern einer solchen Maßnahme ablehnend gegenüber. Gerade wenn die Kindesmisshandlung ein Erstereignis darstellt und eher aus einer Erschöpfungssituation in der Familie heraus entstanden ist, stehen die dann meist jungen oder unerfahrenen Eltern einem Hilfsangebot oft offen gegenüber.

Interdisziplinäres Konzept, SOP

Wir empfehlen aus eigener Erfahrung die Erstellung einer hausinternen Leitlinie bzw. SOP, die zu jeder Zeit für alle Mitarbeiter, beispielsweise im hausinternen und zugangsgeschützten EDV-Netzwerk, einsehbar ist (siehe Flow-Diagramm, S. 154). Diese bündelt die zur Verfügung stehende Erfahrung (Pädiatrie, Psychiatrie, Rechtsmedizin, Chirurgie) und koordiniert das Vorgehen, insbesondere auch den Behördenkontakt. In manchen, vor allem städtischen bzw. universitären Umgebungen, existieren 24-Stunden-Dienste, in Hamburg zum Beispiel als über die Rechtsmedizin organisierte Anlaufstelle für häusliche Gewalt, die zeitnah kontaktiert werden sollten und die über viel Erfahrung im Umgang mit diesen Situationen verfügen.

Entlassungsmanagement, Auflagen, Behördenkontakt

Die Entlassung des Patienten richtet sich nach dem Ergebnis der oben geschilderten Bemühungen. Hier sind unterschiedliche Szenarien möglich. Wie in der SOP dargestellt, ist die Entlassung bei einem nachgewiesenen oder substanziellen Verdacht in der Regel an Auflagen geknüpft, oder es findet sogar direkt im Anschluss an die stationäre Behandlung eine Änderung der Wohnsituation für das Kind oder Teile der Familie statt. Dies richtet sich natürlich nach dem Einzelfall. In jedem Fall muss konsequent dokumentiert werden, welche Maßnahmen ergriffen wurden und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben.

In den Fällen, in denen sich ein Verdacht als sicher oder wahrscheinlich unberechtigt erweist, haben die Angehörigen meist Verständnis für die ergriffenen Maßnahmen. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, ist eine lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation des Falls und der jeweiligen Maßnahmen unverzichtbar. Auch hier erweist sich der Hinweis auf die hausinterne SOP als äußerst hilfreich („Wir sind in solchen Fällen laut SOP angehalten, dies oder jenes zu tun").

Die pädiatrische Perspektive

Eine Kindesmisshandlung stellt für das weitere Leben eines Kindes ein dramatisches, einschneidendes und folgenschweres Ereignis dar. Neben den körperlichen Folgeschäden, die im Extremfall den Tod eines Kindes oder eine bleibende Behinderung zur Folge haben können, muss auch von einer schwerwiegenden seelischen Traumatisierung mit einer elementaren Destabilisierung des kindlichen Vertrauens in seine Umwelt gerechnet werden. Ziel des kinderärztlichen Handelns muss es daher immer sein:

- Die Kindesmisshandlung als Möglichkeit überhaupt in Betracht zu ziehen
- Die stattgehabte Kindesmisshandlung als solche dann auch zu erkennen
- Die akuten körperlichen Verletzungen adäquat zu therapieren
- Die körperlichen und seelischen Symptome detailliert zu dokumentieren
- Die Umstände zu klären, unter denen es zu einer Kindesmisshandlung gekommen ist
- Die Fortsetzung oder Wiederholung einer Kindesmisshandlung zu verhindern
- Die Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine weitere Kindsentwicklung zu ermöglichen

Anders als es uns die Sensationspresse suggeriert, sind die „Ungeheuer", die ein schutzbefohlenes Kind mit Vorsatz und Freude quälen, die absolute Ausnahme. Vielmehr ist eine Kindsmisshandlung meist die Folge einer aus dem Ruder gelaufenen Überforderungssituation der primären Bezugspersonen. Ein Teil der Täter weist in der eigenen Biographie Gewalterfahrungen auf. Die Täter sind somit oft selbst Opfer. Risikofaktoren für eine Kindesmisshandlung sind:

- Sehr junge Eltern
- Alleinerziehende
- Drogenabhängigkeit
- Niedriges Bildungsniveau
- Armut
- Migrationshintergrund
- Soziale und/oder kulturelle Isolation
- Überhöhte Erwartungshaltung der Umwelt

Meist bringen die Eltern ihr misshandeltes Kind in einer verzweifelten und von Sorge, Schuldgefühlen und Scham geprägten Situation in die Notaufnahme einer Kinderklinik. Das Entsetzen über die Misshandlung des eigenen Kindes erschwert den Tätern meist ein Schuldeingeständnis. Mit der Misshandlung eines Kindes zerbricht nicht nur das Urvertrauen des Opfers in seine Umwelt, sondern oft auch das Lebenskonzept und die Selbstidentifikation der Täter. Für viele

Eltern stellt sich ihre Tat als eigene Retraumatisierung dar. Zudem stehen die meisten Eltern unter extremem Stress und der Angst, dass „mir mein Kind weggenommen wird“. Im Raum steht eine elementare Selbstentwertung, weil „ich meinem Kind kein guter Vater/keine gute Mutter sein konnte“. All dies führt dazu, dass die stattgehabte Kindesmisshandlung bagatellisiert, uminterpretiert oder auch vollständig verdrängt wird. Ein Schuldeingeständnis bedroht in diesem Kontext die eigene Existenz.

Welche Implikationen bedeuten die eingangs geschilderten Punkte für unseren kinderärztlichen Alltag in der Kinderklinik?

- Die Kindesmisshandlung als Möglichkeit überhaupt in Betracht zu ziehen:
  - Suspektes Verhalten von Eltern beobachten: „Das war ganz seltsam, der Vater hat sich ständig gerechtfertigt und irgendwie immer nur erzählt, dass er wirklich nichts dafür kann, dass das Kind in den letzten Stunden immer nur geschrien hat.“ (Aufnahmeärztin)
  - Inadäquate Unfallmechanismen registrieren: „Das Kind hat im Bett neben mir geschlafen, und dann habe ich mich im Schlaf wohl irgendwie gedreht, jedenfalls bin ich davon aufgewacht, dass es irgendwie geknackt hat, und dann habe ich ihm wohl im Schlaf den Arm gebrochen.“ (Vater)
  - „Ungutes Gefühl“ der Pflegekräfte und ärztlichen Kollegen ernst nehmen: „Die Mutter ist so überprotektiv, da kann ich nie wirklich an das Kind ran, weil die Mutter es immer beschützen will.“ (Kinderkrankenschwester)
  - Eigene Gefühle / Betroffenheit reflektieren: „Der Vater ist echt total unsympathisch, der checkt doch gar nichts und ist mit seinem Kind total lieblos.“ – Erinnert mich dieser Vater vielleicht an meinen eigenen Vater, den ich als lieblos erlebt habe? (Stationsarzt)
- Die stattgehabte Kindesmisshandlung als solche dann auch zu erkennen:
  - Auch an mögliche Differentialdiagnosen denken: Gerinnungsdiagnostik, Stoffwechseldiagnostik, Konsultation von Augenarzt, Unfallchirurgen… (Pädiater)
  - Frühzeitige Konsultation der Gerichtsmedizin: „Bei Ihrem Kind ist es zu einer bedrohlichen Verletzung gekommen, und der Mechanismus, den Sie uns geschildert haben, erklärt das Verletzungsmuster Ihres Kindes nicht plausibel. Deshalb haben wir jetzt die Gerichtsmedizin eingeschaltet. Für uns ist das eine Routinemaßnahme, weil diese Kollegen Experten sind, die uns erklären können, wie diese Verletzung entstanden sein könnte.“ (Pädiater)
  - Transparente und nachvollziehbare Kommunikation mit den Eltern: „Liebe Frau XY, lieber Herr YX, wir haben bei Ihrem Kind eine Hirnblutung festgestellt, und so eine Hirnblutung tritt normalerweise nicht einfach so auf. Wir müssen jetzt klären, wie es zu dieser Blutung kommen konnte, und deswegen haben wir weitere Diagnostik veranlasst.“ (Pädiater)
- Die akuten körperlichen Verletzungen adäquat zu therapieren
- Notfallmedizinische Therapie je nach medizinischen Erfordernissen (Kinderchirurg/Unfallchirurg, Kinderneurochirurg)
- Die körperlichen und seelischen Symptome detailliert zu dokumentieren:
  - Detaillierter Aufnahmestatus einschließlich Sozialanamnese und subjektiver Beobachtungen (Aufnahmeärztin)
  - Forensisches Gutachten einschließlich körperlicher Untersuchung, Beurteilung der bildgebenden und laborchemischen Diagnostik sowie des geschilderten Unfallmechanismus (Gerichtsmedizinerin)
- Die Umstände zu klären, unter denen es zu einer Kindesmisshandlung gekommen ist:
  - Wenn die Gerichtsmediziner unseren Verdacht einer Kindesmisshandlung bestätigen, aber die Eltern sich nicht kooperativ zeigen (dies ist eher die Regel als die Ausnahme), dann müssen wir insistieren: „Ihr Kind hat eine schwere, lebensbedrohliche Verletzung, die durch äußere Gewalteinwirkung zustande gekommen sein muss. Es ist ja Ihr Kind, und deshalb müssen wir jetzt gemeinsam verhindern, dass es zu so einem furchtbaren Ereignis jemals wieder kommen kann. Dabei müssen Sie uns helfen, und deshalb müssen Sie jetzt mit uns zusammenarbeiten. Wir sind nicht von der Polizei. Es geht uns nicht um eine Bestrafung, sondern darum, Ihrem Kind zu helfen. Wenn Sie jetzt weiterhin nicht mit uns kooperieren, dann zwingen Sie uns am Ende doch, diesen Fall an die Polizei abzugeben.“ (Pädiater, Psychiater, Gerichtsmediziner, Sozialarbeiter, Kinderchirurg)
- Die Fortsetzung oder Wiederholung einer Kindesmisshandlung zu verhindern:
  - Gelingt es, den Tathergang und die Verantwortung für eine Kindesmisshandlung aufzuklären, dann ist dies die Basis, auf der die Verhältnisse analysiert werden können, die eine Misshandlung haben möglich werden lassen (siehe hierzu auch die oben genannten Risikofaktoren). Neben der Etablierung möglicher Hilfsangebote (Zusammenarbeit mit Jugendämtern, Kitas, Familienhelfern…) gilt es, auch die strafrechtlichen Konsequenzen zu erwägen. Ist es zu einer Kindswohlgefährdung gekommen (und das ist ja in der Regel der Fall), so gibt es eine Pflicht zur juristischen (Familien- und Strafgericht) Aufarbeitung. Die besten Voraussetzungen für eine konstruktive Gestaltung der familiären Zukunftsperspektive ist gegeben, wenn die Eltern sich zu einer Selbstanzeige motivieren lassen. Bevor wir unsererseits die Kriminalpolizei einschalten, ermöglichen wir daher den „Tätern“, dieses selbst zu tun. Mit einem auch polizeilichen Schuldeingeständnis ist eine prognostisch günstigere Aufarbeitung des eigenen Fehlverhaltens zu erwarten (Pädiater, Psychiater, Sozialarbeiter, Jugendamt, Familiengericht, gegebenenfalls Kriminalpolizei und Strafgericht).

- Die Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine weitere Kindsentwicklung zu ermöglichen:
  - Sind die bis hierhin aufgeführten Schritte „abgearbeitet“, so steht die Entlassung des misshandelten Kindes an. Solange ein solches Kind sich im Krankenhaus befindet, fühlt sich der behandelnde Pädiater für das Kindswohl verantwortlich. Folgerichtig endet die Zuständigkeit des Pädiaters mit dem Tag der Entlassung. Dies birgt die Verpflichtung, noch während des Krankenhausaufenthalts eine Perspektive für das geschädigte Kind zu entwerfen, die eine körperliche, vor allem aber auch psychosoziale Rehabilitation ermöglicht. Dazu muss die weitere Unterbringung des Kindes gemeinsam mit ambulanten Institutionen (Jugendamt, Familiengericht, niedergelassener Kinderarzt…) geklärt und eine Struktur entwickelt werden, in der die weitere Begleitung und Unterstützung des Kindes sichergestellt wird. In einem demokratischen Land wie der Bundesrepublik sind diese Zuständigkeiten formal-juristisch angelegt. Im Idealfall gelingt es interdisziplinär, einen Konsens zu finden, der ein zuverlässiges soziales Netz für ein Misshandlungsopfer bereitstellt. Im Einzelfall müssen wir aber auch damit leben, dass Jugendämter und/oder Gerichte zu einer anderen Einschätzung gelangen als wir (Pädiater, Psychiater, Sozialarbeiter, Jugendamt, Familiengericht, ggf. Kriminalpolizei und Strafgericht).

Eine Perspektive für die betroffenen Kinder lässt sich meist nur mit den Eltern und selten gegen sie entwickeln. Wir sind alle fehlbar – ein falscher Verdacht kann Eltern schrecklich verletzen. Auch deshalb müssen Eltern frühzeitig über einen Verdacht, die Gründe hierfür und die geplanten Schritte informiert werden. Auch wenn es uns schwer fällt: Eine Verurteilung von Tätern ist nicht unsere Aufgabe, sondern Sache der Gerichte. Wenn wir unsere Eindrücke und Vermutungen mit Eltern offen kommunizieren und transparent handeln, dann dienen wir zuallererst den betroffenen Kindern und ermöglichen den Eltern, sich für ihr Fehlverhalten zu verantworten und Hilfen in Anspruch zu nehmen, die eine neuerliche Kindesmisshandlung verhindern und eine Rehabilitation der verletzten Kinder ermöglichen.

GRUNDREGELN BEIM VERDACHT AUF KINDESMISSHANDLUNG

- Keine Vorverurteilungen/Anschuldigungen/Behauptungen
- Keine Vorwürfe
- Frühzeitige Aufklärung über geplante Schritte (Einschaltung von Psychologie/Psychiatrie, Gerichtsmedizin, Polizei, Jugendamt)
- Zeitnahe Absprache im Behandlerteam (Pflege und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen)
- „Ungeschminkte“ Kommunikation mit den Eltern – keine falschen Versprechungen machen!
- Ziel ist immer eine „Partnerschaft“ mit den Eltern, auch wenn uns das schwer fällt, weil wir emotional beteiligt sind.
- Bei aller sinnvollen Einbeziehung der Eltern – wenn Gefahr im Verzug ist (zum Beispiel wenn Eltern ein Kind gegen ärztlichen Rat aus der Klinik nehmen wollen), dann gilt immer: „Kindswohl vor ärztlicher Schweigepflicht“.
- Auch wenn das im stressigen Klinikalltag oft nervt: Eine zeitnahe und minutiöse Dokumentation (Gesprächsprotokolle, Zeugen…) ist unerlässlich und kann helfen, juristische Komplikationen zu verhindern.
- Nachdem eine Misshandlung eingestanden wurde: immer konstruktive Perspektiven aufzeigen.
- Nach Eingeständnis der Täterschaft müssen Eltern die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen. Dabei brauchen sie unsere Unterstützung. Prognostisch günstiger für die weitere Entwicklung ist immer eine Selbstanzeige der Eltern bei der Polizei, als wenn diese Anzeige durch uns erfolgt.
- Ist es zu einer schwerwiegenden Kindesmisshandlung gekommen, dann muss diese in einem Rechtsstaat angezeigt werden (am besten durch den Täter selbst). Entfällt eine Anzeige, dann machen wir uns der Tatverschleierung schuldig.
- Intervision im Team zu eigenen Affekten. Bei zu großer eigener emotionaler Beteiligung sollte der Fall an einen Kollegen abgegeben werden.
- Reflektion über die eigene Rolle:
  Wir sind für die Behandlung der Kinder zuständig.
  Für die Spurensicherung gibt es die Gerichtsmedizin.
  Für die Tätererfassung gibt es die Polizei.
  Für eine Verurteilung sind die Gerichte zuständig.
  Für die weitere Begleitung der Familien im häuslichen Umfeld zeichnen die Jugendämter verantwortlich.

Die rechtsmedizinische Perspektive

UNICEF schätzt für die BRD ca. 200.000 Kindesmisshandlungen pro Jahr. Im Jahr 2010 wurden 2.504 Personen zwischen 14 und 90 Jahren in einer repräsentativen Stichprobe mittels der deutschen Version des Childhood Trauma Questionnaire zu möglichen Misshandlungen in ihrer Kindheit und Jugend befragt. 1,6 Prozent der Befragten berichteten über schweren emotionalen, 2,8 Prozent über schweren körperlichen, 1,9 Prozent über schweren sexuellen Missbrauch sowie 6,6 Prozent über schwere emotionale und 10,8 Prozent über schwere körperliche Vernachlässigung in Kindheit und Jugend. [1]

2011 wurden 4.096 Fälle von körperlicher Misshandlung von Kindern in der BRD bekannt. Die Daten wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik [2] veröffentlicht. Pillhoffer et al. gehen davon aus, dass 3 bis 10 Prozent der Kinder Misshandlungserfahrungen haben, vernachlässigt werden oder unter sehr belastenden Erziehungsbedingungen aufwachsen müssen [3]. Die genauen Zahlen, insbesondere die Dunkelziffer, dürften um einiges höher sein. Diese Zahlen bekräftigen den Handlungsbedarf – am 1. Januar 2012 ist ein neues Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten. Unter anderem soll damit erreicht werden, dass zum Beispiel Ärzte niedrigschwelliger einen Verdacht gegenüber dem Jugendamt äußern dürfen, ohne eine Verletzung der Schweigepflicht zu riskieren. So heißt es von Seiten des Ministeriums: „Häufig ist eine Kindesgefährdung für Ärzte oder so-

genannte andere Berufsgeheimnisträger als erste erkennbar.“ [4]

Vom Verdacht zur Diagnose

Ziel unserer Kooperation ist es, die Kindeswohlgefährdung zu erkennen und alle in unserer Macht stehenden Möglichkeiten auszuschöpfen, um dies zu verhindern. Bereits bei der Aufnahme von Leon fiel der Kinderärztin die Diskrepanz zwischen den Angaben der Eltern und den am Körper von Leon sichtbaren Verletzungen auf. Die Ergebnisse der radiologischen Untersuchungen untermauerten diesen Verdacht. Zeitnah erfolgte eine rechtsmedizinische Konsiliaruntersuchung (die Rechtsmedizin ist nicht die Polizei!). Die sichtbaren Verletzungen wurden mittels Digitalkamera mit Maßstab dokumentiert. Zusammen mit den behandelnden Ärzten wurde das weitere Vorgehen besprochen. Die weiterführende Diagnostik orientierte sich sowohl an den Symptomen, die Leon aufwies, als auch am Nachweis oder Ausschluss von möglichen Differenzialdiagnosen. Nachdem alle Befunde zusammengetragen wurden und die Ergebnisse der rechtsmedizinischen Untersuchung vorlagen, waren sich alle einig: Leon wurde misshandelt. Er wies Folgen von massiver mehrzeitiger äußerer stumpfer Gewalteinwirkung auf. Die behandelnden Kinderärzte und die Rechtsmedizinerin führten gemeinsam ein Gespräch mit den Eltern. Zunächst wurden die Eltern aufgefordert, noch einmal zu erzählen, wie es zu den Verletzungen gekommen ist. Da die Eltern weiterhin keine plausible Erklärung hatten, wurden sie mit der Verdachtsdiagnose konfrontiert. Es wurde ihnen mitgeteilt, dass zum Wohle des Kindes das zuständige Jugendamt informiert werden müsse.

Die Entscheidung, ob eine Strafanzeige gestellt werden sollte, trafen alle an der Behandlung von Leon beteiligten Ärzte und die Rechtsmedizinerin gemeinsam. Grundsätzlich erfolgt eine Strafanzeige nur bei schwerwiegenden Verletzungen. Eine Anzeige wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung beziehungsweise Vernachlässigung erfolgt nicht gegen eine bestimmte Person, sondern gegen unbekannt. Aufgabe der Ärzte ist es, das Wohl des Kindes zu schützen und nicht, den Täter zu ermitteln. Wichtige Voraussetzung für eine Strafanzeige ist eine forensischen Ansprüchen genügende Dokumentation der Verletzungen. Die Strafanzeige wird in der Regel durch den Rechtsmediziner erfolgen.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive

Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiaterin oder auch Psychologin in der Diagnostik und Intervention nach Kindesmisshandlung soll hier vom optimalen Ergebnis her betrachtet werden. Im Idealfall gelingt es, das Ereignis in Bezug auf den Täter und die Umstände aufzuklären und beim Täter ein echtes Gefühl für das Leid des Kindes und seine eigene Schuld zu erwecken, was dann von zentraler Bedeutung ist, wenn dieser zur Familie gehört. Zudem wird es der Familie möglich, das Kind fortan nicht nur vor Gewalt zu schützen, sondern auch alle Hilfen anzunehmen, die erforderlich sind, um die Ursachen der Gefährdung im familiären Miteinander aufzuklären, Risiken zu minimieren und Ressourcen zu stärken.

Dieses Ideal wird oft nicht erreicht, ist jedoch immer anzustreben. Im Hintergrund steht die Überzeugung, dass der Schutz des Kindes vor Gewalt zwar absolute Priorität hat, es für seine langfristige Entwicklung jedoch von Vorteil wäre, wenn es mit emotional hinreichend verfügbaren Eltern aufwachsen könnte, die Krisen adäquat zu bewältigen und Impulshaftigkeit zu regulieren gelernt haben. Eine Fremdunterbringung, wenn auch manchmal unvermeidbar, birgt ihrerseits Entwicklungsrisiken und ist deshalb ein Ergebnis zweiter Wahl. Psychiatrisch-psychologische Expertise im Kinderschutzteam der Kinderklinik dient drei Zielen:

Stärkung der Handlungskompetenz des klinischen Teams: Die Misshandlung eines Kindes rührt alle Beteiligten auf und induziert Unverständnis, Empörung und Wut. Solche Affekte bedingen häufig eine Vorwurfshaltung gegenüber den Eltern, die kontraproduktiv bei der Klärung des Geschehens ist. Auch das Kind, das nach einer Gewalterfahrung verstört und im Kontakt verunsichert ist, sollte vor heftigen Affekten in der Betreuung geschützt werden. Psychiatrisch-psychologischen Experten kommt deshalb die Aufgabe zu, die Emotionalität im Team in einem supervisorischen Sinn empathisch aufzunehmen und soweit handhabbar zu machen, dass diese den Umgang mit dem Kind und seinen Bezugspersonen nicht behindert.

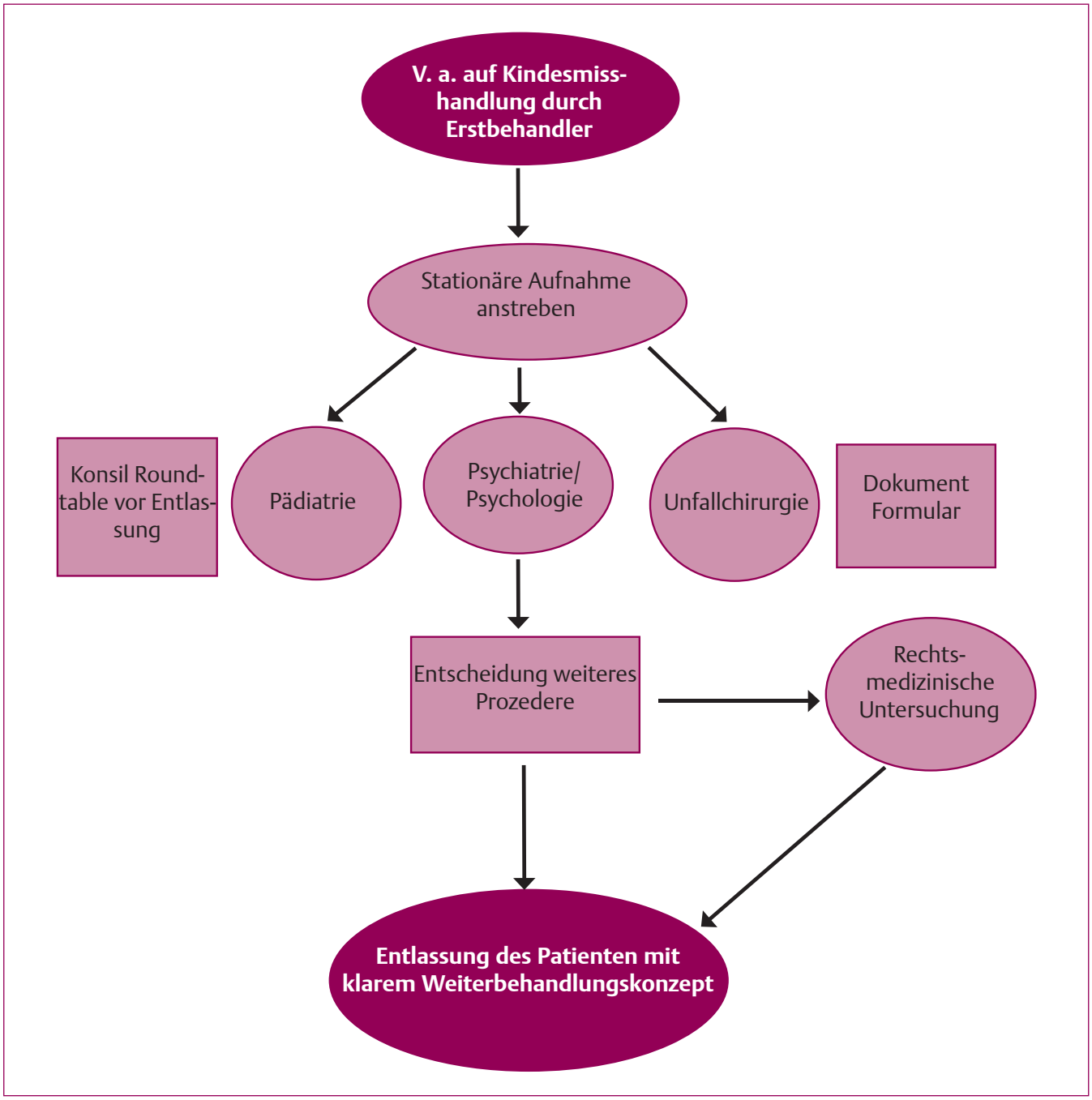
Exploration und Einschätzung des Kindes: Viele misshandelte Kinder sind Säuglinge oder Kleinkinder, deren Beobachtung Aufschluss über vorangehende Beziehungserfahrungen geben kann. Die häufig genannte „frozen watchfulness“ bezeichnet den emotional zurückgenommenen Zustand eines jungen Kindes, der als Anpassungsleistung nach wiederholter Gewaltexposition zu verstehen ist. Dabei werden Äußerungen eigener Bedürftigkeit wie Quengeln und Schreien inhibiert und eine Hypervigilanz für potenzielle Übergriffe ausgebildet, was dem Selbstschutz im Kontext gewalttätiger Interaktionen dient. Misshandelte Säuglinge können jedoch auch durch exzessives Schreien und vermehrte Unruhe imponieren, die als Risikofaktoren der Kindesmisshandlung gelten, oder unauffällig erscheinen. Das Verhalten allein ermöglicht in der Regel keine spezifischen diagnostischen Schlussfolgerungen. Im Fall von Leon fiel auf, dass das Kind von seinen Eltern als ausgeglichen und ruhig beschrieben wurde, während in der Akte der neonatologischen Intensivstation eine vermehrte Irritabilität dokumentiert war.

Ältere Kinder können behutsam zu ihren familiären Beziehungen und möglichen Gewalterfahrungen befragt werden. Hierbei ist es hilfreich, eine Haltung fürsorglicher Neutralität einzunehmen, die dem Kind durch die einfache, klare Ansprache von Sachverhalten in offenen Fragen unter Verzicht auf emotionale Bewertung Sicherheit vermittelt. Aussagen des Kindes sollten im Wortlaut festgehalten werden. Nicht einhaltbare Zusicherungen der Verschwiegenheit oder Verfügbarkeit („ich erzähle nichts weiter“, „ich bin immer für dich da“) sind zu vermeiden. Auch das misshandelte Kind ist in der Regel loyal an seine Eltern gebunden und fürchtet nichts mehr als den Verlust der Familie. Es ist von zentraler Bedeutung, die Anhänglichkeit des Kindes gegenüber seinen Eltern anzuerkennen und gleichzeitig klarzustellen, dass die Erwachsenen und nicht das Kind selbst Verantwortung für gewalttätige Übergriffe tragen.

Neben verhaltensbezogenen Besonderheiten im Kontext der Misshandlung

und Klinikaufnahme sollte immer auch ein psychischer Befund des Kindes dokumentiert werden, der Angaben über den Entwicklungsstand, das kognitive Niveau und die allgemeine psychische Disposition enthält. Die Gefährdung von Geschwisterkindern sollte zusätzlich erfasst werden.

Exploration der Eltern zur familiären Risikobelastung, prognostische Einschätzung: Hat die Aufklärung über die Untersuchungsbefunde am Kind und die Konfrontation mit einem Misshandlungsverdacht bereits seitens der behandelnden Chirurgen, Pädiater oder Rechtsmediziner stattgefunden, kann die Kinder- und Jugendpsychiaterin oder Psychologin einen Zugang zu den potenziell tatverdächtigen Eltern wählen, in dem diese als Akteure in einem krisenhaften Gesamtgeschehen angesprochen werden. Der Fokus liegt dabei nicht auf einer kriminalistischen Befragung, sondern auf der wertfreien Klärung von Umständen, die die Kindesmisshandlung begünstigt haben könnten. Hierzu gehört die Erfassung von aktuellen familiären Belastungsfaktoren (bezogen auf Partnerschaft, soziale Einbindung, ökonomische Situation) ebenso wie von psychischen Vorerkrankungen (etwa Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) und Hinweisen auf Störungen der Impulskontrolle (Suchtmittelabusus, Regelbrüche) sowie von Merkmalen des Kindes, die die Elternschaft belastet haben könnten (Erkrankungen, Temperamentsvariablen, Verhaltensauffälligkeiten), dies oft in



fortgesetzten Gesprächen. Da auch misshandelnde Eltern mehrheitlich über ein Unrechtsbewusstsein verfügen und sich schämen, dient die Erkundung von Belastungsfaktoren letztlich der Entlastung und birgt Chancen, ermöglicht sie doch manchmal das Eingeständnis, dem Kind Schaden zugefügt zu haben. Wenn sich ein Elternteil zu seiner Schuld bekennt, kann eine polizeiliche Selbstanzeige erwogen werden. Außerdem sollten Adressen und Informationsmaterialien zu entsprechenden Beratungsstellen und Therapieangeboten zur Verfügung gestellt und der Kontakt zum Jugendamt zur Inanspruchnahme einer freiwilligen Erziehungshilfe gebahnt werden. Die Prognose ist als vergleichsweise günstig einzuschätzen, vor allem nach einzeitiger Misshandlung und bei Abwesenheit gravierender Paarkonflikte und psychischer Erkrankungen der Eltern.

Relativ häufig lässt sich jedoch – wie im Fall von Leon – nicht klären, wer das Kind misshandelt hat. Letzteres kann der Angst vor Konsequenzen geschuldet sein, häufiger auch den Abhängigkeiten in unklar verstrickten familiären Beziehungen oder einer ausgeprägten pathologischen Tendenz zur Verdrängung unbeherrschbarer Impulsivität bei der misshandelnden Bezugsperson selbst. Unter solchen Bedingungen ist die Inobhutnahme und Fremdunterbringung des Kindes zu erwägen, und die Einschaltung des Jugendamts auch gegen den Willen der Eltern und nicht selten zum Kummer des Kindes ist obligat.

Nachwort

Wir wollten mit diesem Beitrag die Vorteile des interdisziplinären Behandlungskonzepts im Sinne eines Kinderschutzteams bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung darstellen und ein Beispiel für eine einfache und wirksame standardisierte Vorgehensweise (SOP) geben. Nicht in jedem Fall greift dieses Modell oder führt – wie auch im geschilderten Fallbeispiel – sofort zu einem klaren Ergebnis. In jedem Fall hilft es aber dem Erstbehandler, auch bei Verdachtsmomenten die medizinisch und formal richtigen Schritte zu ergreifen und nicht aus Unkenntnis, Scheu vor dem vermeintlich hohen Aufwand in der Akutsituation oder Furcht vor nicht verantwortbaren Konsequenzen gar nicht zu handeln und somit zu der ohnehin immer noch hohen Dunkelziffer von Kindeswohlgefährdungen in Deutschland beizutragen.

Im Fall von Leon ließ sich in der Klinik nicht klären, wer das Kind mindestens zweizeitig misshandelt hatte. Alle Theorien erscheinen nicht plausibel, weder die Eltern noch der Bruder und die jugendliche Tante konnten als Tatverdächtige ausgeschlossen werden. Wir entschieden uns zur Einschaltung des Jugendamts, das eine sofortige Inobhutnahme des Kindes verfügte. Leon wurde in einer Bereitschaftspflegestelle untergebracht und dort für 12 Monate betreut, während die Erziehungsfähigkeit der Eltern durch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin gutachterlich geprüft wurde. Das Familiengericht entschied daraufhin eine Rückführung des Kindes zu den Eltern unter strengen Auflagen (Einrichtung einer sozialpädagogischen Familienhilfe, wöchentliche Vorstellung beim hausärztlichen Kinderarzt, Psychotherapie beider Eltern gemeinsam mit dem Kind), worunter sich die Situation zunächst stabilisierte. Zwei Jahre später trennten sich die Eltern, nachdem der Vater einen erheblichen Alkoholabusus entwickelt hatte und es wiederholt zu tätlichen Auseinandersetzungen zwischen den Partnern gekommen war. In diesem Kontext enthüllte die Mutter, dass ihr Mann seinerzeit das Kind hart angefasst und geschüttelt hatte, weil er dessen exzessives Schreien nicht hatte ertragen können. Sie hätte ihn jedoch als reuevoll erlebt und ihn auch deshalb schützen wollen, weil er stets ein guter Vater für ihren älteren Sohn gewesen war, der einer früheren Beziehung entstammte.

Dr. Carola Bindt
PD Dr. Dragana Seifert
Dr. Benjamin Grolle
PD Dr. Dirk Sommerfeldt

Dr. Carola Bindt ist stellvertretende Ärztliche Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -Psychotherapie und -Psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

PD Dr. Dragana Seifert leitet die klinische Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Dr. Benjamin Grolle ist Sektionsleiter Lufthafen, Schlaf- und Beatmungsmedizin am AKK Altonaer Kinderkrankenhaus.

PD Dr. Dirk Sommerfeldt, MME, Sektionsleiter der DGU-Sektion Kindertraumatologie, ist Leitender Arzt der Abteilung für Kinder- und Jugendtraumatologie am AKK Altonaer Kinderkrankenhaus.

LITERATUR

1 Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011): Misshandlung in Kindheit und Jugend. Deutsches Ärzteblatt, Jg.108, Heft 17: 287–303
2 Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalitätsstatistik, Wiesbaden 2011
3 Pillhoffer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L: Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. (2011) Kindheit und Entwicklung, 20 (2): 64–71
4 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend: Bundestag beschließt neues Bundeskinderschutzgesetz. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder- und jugend.did=175124.html, zugegriffen am 27.12.2011
5 Crittenden PM. Danger and development: the organisation of self-protective strategies. In: Vondra J, Barnett, D, ed. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk: Monographs of the Society for Research on Child Development; 1999:145–171
6 Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. Am J Psychiatry. 2006(163): 993–1000

Teilnehmer der Perspektivtagung Chirurgie 2012, zusammen mit Herrn Prof. Dr. Dr. Karl-Walter Jauch, Präsident der DGCH (4. von links)

PERSPEKTIVTAGUNG CHIRURGIE

„Die Jungen“ an einem Tisch

Am 17. November 2012 fand in München auf Initiative des Jungen Forums der DGOU eine Perspektivtagung Chirurgie statt. Die DGOU als auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) unterstützten diese Tagung und ermöglichten damit, Vertreter aller Jungen Foren bzw. Organisationen bei den chirurgischen Fachgesellschaften, ergänzt durch Teilnehmer aus den Berufsverbänden, an einen Tisch zu bekommen.

Zielsetzung der Perspektivtagung Chirurgie war, Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten und eine mögliche Zusammenarbeit für die Zukunft zu prüfen. Die Organisatoren, Dr. Gerhard Achatz und Dr. Matthias Münzberg, konnten 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in München begrüßen. Diese stellten zu Beginn die einzelnen Vertretungen der chirurgischen Fachgesellschaften bzw. Verbände vor. Schon dabei zeigte sich, dass die Einbindung der jungen Chirurginnen und Chirurgen in die Arbeit der chirurgischen Fachgesellschaften, etwa in Form eines Jungen Forums, nicht durchgängig gleich gehandhabt wird. Gibt es einerseits Vertretungen, die voll integriert sind und zum Beispiel mit einem Sitz im Geschäftsführenden Vorstand die Interessen der jungen Kolleginnen und Kollegen vertreten können, so gibt es andererseits auch Vertretungen, die keinen offiziellen Status innehaben, da beispielsweise ein Assistenzarzt nur außerordentliches Mitglied der Fachgesellschaft sein kann.

Weiterbildung: Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Perspektiven

Ein durchgängig zu nennender Arbeitsschwerpunkt aller Vertretungen ist das Thema Weiterbildung. Um die aktuelle Weiterbildungssituation und deren Rahmenbedingungen zu erfassen, wurden Umfragen unter Weiterbildungsassistenten durchgeführt. Aktuell laufen solche Umfragen noch bei der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junger Chirurgen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), beim Jungen Forum der DGOU, beim Jungen Forum der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie beim Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). In diesem Zusammenhang ist auch die Problematik der Nachwuchsgewinnung zu nennen. Gerade den großen Fachbereichen wie der Unfallchirurgie und Orthopädie oder der Allgemein- und Viszeralchirurgie wird es in den kommenden Jahren an Nachwuchs mangeln. Doch auch die anderen chirurgischen Fachdisziplinen bleiben davon nicht verschont.

Man war sich schnell einig, dass gemeinsam über Ideen und Konzepte diskutiert werden muss, wie man Nachwuchs gewinnen und binden und die Attraktivität der Chirurgie erhöhen kann. Ein Abwerben junger Mediziner von einer chirurgischen Fachdisziplin zu einer anderen dürfe es dabei nicht geben – dies wäre nicht zielführend und erfolgversprechend. Stattdessen müsse es mehr Nachwuchs für die Chirurgie im Allgemeinen geben.

Ein ebenso heiß diskutierter Aspekt ist die Ausrichtung der Weiterbildung, gerade vor dem Hintergrund der geplanten Änderung der Weiterbildungsordnung. So sind beispielsweise die Abschaffung des Common Trunk als gemeinsame Einstiegsbasis der Chirurgischen Weiterbildung sowie die Umstellung der Weiterbildungsordnung auf Kompetenzziele bzw. -level Prozessentwicklungen, die es seitens der Jungen Foren gilt, aktiv zu begleiten. Gerade weil die Ausbildung im sogenannten Special Trunk fachgebunden unterschiedlich ist und auch bleiben wird, müssen und können neben den disziplingebundenen Belangen, die am besten bei den einzelnen Fachgesellschaften aufgehoben und repräsentiert sind, die übergreifenden Aspekte bearbeitet werden. Dies sind Punkte, die inhaltlich und organisatorisch als gemeinsame Basis angesehen werden dürfen. Es geht dabei um eine jeweils strukturierte Weiterbildung an sich, realitätsnahe Weiterbildungszahlen bzw. die sinnige Formulierung der geplanten Kompetenzlevel, die mög-

TEILNEHMER DER PERSPEKTIV-TAGUNG CHIRURGIE 2012

Dr. Jonas Kolbenschlag
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgen (DGPRÄC)

Dr. Anja-Maria Schauer
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Phillip Rogge
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Dr. Julia Pongratz
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)

Dr. Felix Härtel
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)

Dr. Dr. Majeed Rana
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. Thilo Noack
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Stephanie Anetsberger
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Dr. Doortje Engel
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Dr. Jonas Johannink
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Dr. Andreas Kirschniak
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Dr. Petra Ganschow
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
AG Lehre DGCH

liche Einführung eines Weiterbildungs-Oberarztes in den Kliniken, etc. Somit erscheint es gerade für diesen Bereich lohnenswert und sinnvoll, Kräfte und Bemühungen zu bündeln.

Work-Life-Balance: Was ist die Realität, was ist möglich?

Dieses Thema betrifft alle chirurgischen Fachdisziplinen gleichermaßen. Auch wenn die bis dato erfolgten Bemühungen in Teilen etwas unterschiedlich sind, so verfolgen sie doch die gleiche Zielsetzung. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist einer der wesentlichen Kernpunkte – gerade im Hinblick auf die Attraktivität des Berufsbildes und die Nachwuchsgewinnung. Die Vertreter des Jungen Forums der DGOU regten die Erstellung eines Weißbuches Familie und Beruf in der Chirurgie (Arbeitstitel) an. Diese Idee wurde positiv diskutiert, und man einigte sich abschließend darauf, dies als ein wesentliches Projekt für die zukünftige Zusammenarbeit zu definieren. In diesem Zusammenhang sollen auch Themenaspekte wie zum Beispiel der Physician Assistent etc. beleuchtet werden.

Klinik und Forschung: Ein Widerspruch in sich? Also Klinik oder Forschung?

Auch dieser Punkt betrifft in weiten Abschnitten junge Kolleginnen und Kollegen über die Fachgebietsgrenzen hinweg in annähernd gleicher Weise. Somit können auch hier gemeinsame Themen und Projekte für die Zukunft angedacht werden. Der intensive Arbeitscharakter der Sitzung ließ jedoch aus zeitlichen Gründen eine komplexe Diskussion dieses Aspektes nicht mehr zu, so dass sich die Teilnehmer darauf verständigten, diese Thematik bei nächster Gelegenheit erneut aufzugreifen.

Einheit der Chirurgie – was ist möglich?

Der abschließende Besuch des DGCH-Präsidenten Prof. Dr. Karl-Walter Jauch unterstrich die Bedeutung dieser 1. Perspektivtagung Chirurgie. Nach einem herzlichen Dank an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ihr Kommen ließ sich Prof. Jauch einen kurzen Überblick über die Ergebnisse der Tagung, die eine zukünftige Zusammenarbeit als sinn- und wertvoll erscheinen lassen, geben. Als Präsident der DGCH und damit der Dachgesellschaft in der Chirurgie stellte er sich den Fragen und Anregungen der Teilnehmer. Eine sehr konstruktive Diskussion wurde geführt, und Prof. Dr. Dr. Jauch stellte seine Unterstützung für die angedachten Projekte in Aussicht. Somit konnten zum Ende des Tages folgende Zielsetzungen für die weitere Zusammenarbeit „der Jungen“ im Beisein des Präsidenten der DGCH formuliert und vereinbart werden:

- Initiierung des Projektes Weißbuch Familie und Beruf in der Chirurgie
- Kooperative Mitarbeit am Projekt „PJ-Logbuch“
- Aktive Begleitung der Veränderungen der Weiterbildungsordnung durch kooperative und konstruktive Zusammenarbeit mit verschiedenen Gremien
- Formulierung von „Richtlinien“ für die praktische Umsetzung und Ausgestaltung der Weiterbildung

Dazu als Zielsetzung nach Prüfung der Voraussetzungen:

- Implementierung einer AG Junge Chirurgen der DGCH als übergeordnete und koordinierende Vertretung der Jungen Foren etc. auf Ebene der DGCH

Auf der Basis dieser formulierten Ziele möchte sich das Gremium im Nachgang zur 1. Perspektivtagung Chirurgie aktiv am DGCH-Kongress 2013 beteiligen, ebenso ist eine 2. Perspektivtagung Chirurgie während der Kongresstage geplant. Die Tagung konnte somit abschließend als bereichernde und wertvolle Veranstaltung gewertet werden. Es erscheint auf jeden Fall lohnenswert, die Einheit der Chirurgie auf dieser Ebene zu pflegen.

Dr. Gerhard Achatz
Dr. Mathhias Münzberg

Dr. Gerhard Achatz, Junges Forum der DGOU

Dr. Matthias Münzberg, Sprecher des Jungen Forums der DGOU

Fotos: Scheurlen/ukb (3), Ehrhardt (1)

PROTHESEN-REHABILITATION

Der Weg zurück ins Leben

Im März 2011 gerät der damals 29-jährige Bauarbeiter Peter Zachert unter einen Bagger. In Folge des Unfalls muss sein linkes Bein amputiert werden. Im Rahmen eines Prothesen-Rehabilitationsprogramms am Berliner Unfallkrankenhaus lernt er den Umgang mit seiner Prothese.

Der Tag, an dem Peter Zachert sein linkes Bein verliert, beginnt wie jeder andere. Der 29-Jährige steht auf, frühstückt und fährt zu seiner Arbeit auf dem Bau. Dort gerät er, er weiß nicht mehr wie, unter einen Bagger. Sein Körper schaltet den Schmerz aus. Sein Verstand sagt ihm, dass er gleich tot sein wird. Je weiter sich die Raupenkette auf seinem Bein nach oben schiebt, umso höher steigt die Panik in ihm. „Da waren Passanten“, erinnert er sich, „die haben dem Baggerfahrer Zeichen gegeben, dass er anhalten soll.“ Sie retten damit Zacherts Leben. Bevor er das vollständig begreifen kann, verliert er das Bewusstsein.

Sein zerquetschtes Bein wird nicht sofort amputiert. Der Schwerverletzte wird ins Berliner Unfallkrankenhaus (ukb) eingeliefert, wo die Ärzte ein Dreivierteljahr versuchen, das Bein zu retten. Nach 40 Operationen und einer MRSA-Infektion kann er nicht mehr. „Macht es ab“, bittet er den Chirurg, „was soll ich mit einem Bein, das ich mein Leben lang hinter mir herziehen muss? Da nehme ich lieber ein schicke Prothese.“ Nach der Amputation bekommt Zachert zunächst eine Interims-Prothese. Mit ihr läuft er, schwankend wie ein Matrose bei hohem Seegang. Aber er läuft, es kann ihm gar nicht schnell genug gehen. Peter Zachert ist keiner, der verzagt. Ein zäher Knochen: hageres Gesicht, kühne Nase, sehnige Gliedmaßen, kräftiger Händedruck. Sportlich und energiegeladen. Schon bevor überhaupt wieder an Laufen zu denken war, hat er zwischen zwei Operationen mit seiner Lebensgefährtin ein Haus gekauft. Jemand wie er ist ein „uneingeschränkter Außenbereichsgeher“ mit besonders hohen Ansprüchen an seine Mobilität. Deshalb bekommt er eine Hightech-Prothese, die über einen Mikroprozessor gesteuert wird, das Knie beugen kann und ihm so ein nahezu natürliches Gehen ermöglicht. Das muss er allerdings üben. Ein Dreivierteljahr nach der Amputation kommt er im Oktober 2012 ins Prothesen-Rehabilitationsprogramm des ukb. Dort passt man ihm sein neues Gehgerät an, und er wird umfassend darin geschult, wie er es nutzen kann.

Preisgekrönte Reha-Forschungsarbeit

Genau ein Jahr zuvor hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie bei ihrem Jahreskongress eine wissenschaftliche Arbeit über die Ergebnisse dieses Rehabilitationsansatzes mit ihrem Preis zur Förderung der Rehabilitationswissenschaften ausgezeichnet. Die Autorinnen sind Dr. Insa Matthes, die die Prothesen-Reha am ukb leitet, und Medizincontrollerin Katja Thielemann, die das Projekt dokumentiert und empirisch ausgewertet hat. In ihrer Arbeit „Die semistationäre Prothesen-Rehabilitation“ weisen sie nach, dass die Patienten von dem maßgeschneiderten Programm, bei dem Ärz-

te, Physiotherapeuten und Orthopädietechniker Hand in Hand arbeiten, sehr profitieren. (siehe Kasten und ▶ **Abb. 1**) „Bislang waren alle Teilnehmer begeistert", erzählt Matthes. „Die Tragezeit der Prothese hat sich verlängert, und auch die Wegstrecke, die die Patienten mit der Prothese zurücklegen können, hat sich ausgeweitet."

Zachert kommt in dieses Programm, weil seine Berufsgenossenschaft die Kosten übernimmt. „Weil die BG dem Grundsatz ‚Reha vor Rente' folgt, dürfen wir mit allen geeigneten Mitteln an der Wiedereingliederung der Patienten ins Berufsleben arbeiten", erzählt Dr. Melissa Beirau, die Zachert während seiner Reha ärztlich begleitet. Hätte er sein Bein nicht bei einem Arbeitsunfall verloren, sondern aufgrund einer Krankheit – etwa der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit oder eines Diabetes – wären seine Aussichten auf eine Rundum-Versorgung, wie er sie im ukb bekommt, nicht so rosig. „Kassenpatienten kriegen das nicht so ohne Weiteres", weiß Beirau. Die gesetzlichen Krankenkassen entscheiden im Einzelfall, wer an dem Programm teilnehmen kann und wer nicht. Sinnvoll erscheint das nicht – denn auf welche Weise ein Mensch ein Bein oder einen Arm einbüßt, spielt beim späteren Umgang mit einem künstlichen Glied keine Rolle. Selbst der sportliche Peter Zachert, der die Amputation wegzustecken scheint wie andere eine Grippe, sagt in der letzten seiner drei Reha-Wochen: „Man musste mich zu dieser Reha quasi zwingen. Ich hatte dafür eigentlich keine Zeit, unser Haus wird gerade umgebaut. Außerdem dachte ich, dass ich nichts mehr lernen würde – schließlich bin ich schon seit ein paar Monaten auf einer Prothese unterwegs. Aber jetzt kann ich tatsächlich viel besser laufen und habe auch weniger Rückenschmerzen." Zwar war er schon mit seiner Interims-Prothese kurz nach der Amputation in einer Reha-Klinik – „aber die hatten dort mit Amputierten nicht viel am Hut", erinnert er sich. Er kommt auf seinem künstlichen Bein zügig vorwärts, doch sein Körper hat sich falsche Bewegungsmuster eingeprägt. Werden die nicht umprogrammiert, drohen frühzeitiger Gelenkverschleiß und chronischer Schmerz.

In der Gangschule am ukb lernt Zachert zunächst, sein Gewicht beim Sitzen gleichmäßig auf beide Beine statt nur auf die rechte, gesunde Seite zu verlagern. Doch das ist nur der Anfang. Zacherts Weg zurück in ein bewegtes Leben folgt einem vollen Stundenplan. Täglich sieben Stunden Therapie, zwischendurch eine Stunde Mittagspause, ein Pensum fast wie ein Leistungssportler. Genauso geht er die Sache an. Kurz vor Reha-Abschluss knockt er sich selber aus. Am Wochenende war er zu Hause, hat sich über den Architekten geärgert, der das Bad behindertengerecht umbauen soll, und ist stundenlang mit seinem Hund spazieren gegangen. Nun ist der Stumpf stark gerötet, eine Entzündung droht. Zachert muss drei Tage mit dem Training aussetzen, er sitzt im Rollstuhl und ist sauer. „So ergeht es vielen Patienten", weiß Ärztin Beirau. „Die geben in der Reha richtig Gas, und dann verordnet ihnen ihr Stumpf eine Zwangspause." Sie kann Zacherts Ungeduld gut verstehen. „So ein junger Mann, monatelang ans Bett gefesselt. Ist doch klar, dass er sich keine Ruhe gönnen möchte." Nun, das muss er jetzt – zumal seine Prothese nicht richtig sitzt. Der Liner, eine Art Silikonstrumpf, der über den Stumpf gezogen wird, um Druckstellen vorzubeugen, passt nicht. „Sein erster hat sich aufgelöst, weil Peter so aktiv ist", erklärt Anja Artschwager, die Orthopädietechnikerin, die ihm seine Prothese anpasst. Nun hat sie ein neues Modell bestellt – „aber das erste war zu eng, die nächstgrößere Nummer ist zu weit." „Ihr wird schon was einfallen", ist Zachert überzeugt.

NEUE THERAPIE FÜR PROTHESEN-PATIENTEN

Im Rahmen ihrer von der DGOU prämierten Arbeit „Die semistationäre Prothesen-Rehabilitation" stellen Dr. Insa Matthes und Katja Thielemann ein Behandlungskonzept vor, bei dem eine gezielte und individuell angepasste Reintegration der amputierten Patienten erreicht werden kann. Am Ende der dreiwöchigen Rehabilitation zeigt sich ein signifikant verbessertes Outcome bei deutlicher Zunahme der Prothesentragedauer und der Gehstrecke der Patienten. Wie gelingt das? In dem Programm arbeiten Ärzte, Physiotherapeuten und Orthopädietechniker eng zusammen. Zum Auftakt und zum Ende der Reha findet ein gemeinsames Gespräch mit allen Beteiligten statt, bei dem Erwartungen, Wünsche und Vorgehensweisen auf den Tisch kommen. Die Patienten werden in kleinen, vier- bis fünfköpfigen Gruppen drei Wochen lang gemeinsam betreut. Zur Reha gehören neben Gangschule und Physiotherapie auch psychologische Betreuung, physikalische und Trainingstherapie, QuiGong, Pilates, Reiki und Schwimmen. Auch Kochkurse und Ernährungsberatung gehören zu der Alltagsschulung, denn übergewichtig sollte ein Prothesenträger möglichst nicht sein oder werden. Während des gesamten Programms bilden frisch amputierte Patienten mit Teilnehmern, deren Amputation teilweise 15 oder 20 Jahre zurückliegt, ein Team. „Die ‚alten Hasen' bekommen bei uns neue Anregungen für den Umgang mit ihrem künstlichen Bein. Andererseits profitieren die Frischamputierten von den Erfahrungen der Älteren. Diese können oft sehr wertvolle Tipps für ein Leben mit Prothese geben", erzählt Matthes. Die Teilnehmer sollen die Krankenhaus-Atmosphäre so wenig wie möglich spüren. Sie sind im Gästehaus des ukb untergebracht, bewegen sich ohne fremde Hilfe auf dem Klinikgelände und verbringen oft auch ihre Freizeit miteinander.

Foto: Starface

Beim DKOU 2011 zeichnete die DGOU Dr. Insa Matthes (2. v. re.) und Katja Thielemann (2. v. li.) für ihre Arbeit „Die semistationäre Prothesen-Rehabilitation" mit dem Preis zur Förderung der Rehabilitationswissenschaften aus.

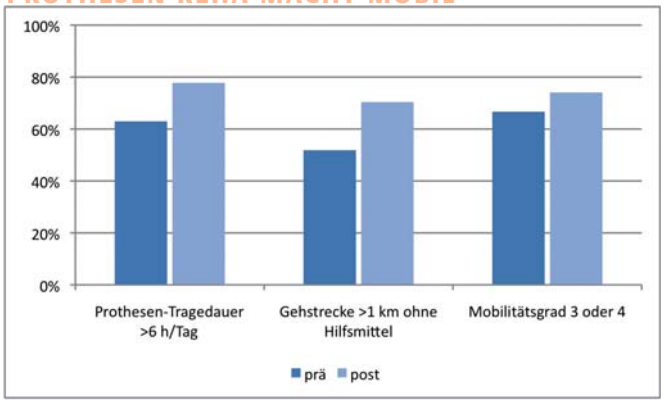
Natürlich gehen will geübt sein

Drei Tage später ist er wieder fit. Er schnallt sich seine Prothese an und geht zur Gangschule. Artschwager hat den Prothesenschaft mit Silikon ausgepolstert. Passt. Zusammen mit vier anderen Patienten schreitet Zachert durch einen Raum, bleibt vor einem Spiegel stehen, lässt sein richtiges Bein vor- und zurückpendeln, balanciert dabei auf der Prothese. Er geht weiter, tritt in einen Barren, hält sich fest und lässt sein gesundes Bein erneut pendeln. Danach läuft er über einen Schwebebalken, etwas unsicher noch, stützt sich mit der Hand an der Wand ab. Dann ist Treppensteigen dran. Eine herkömmliche Prothese bleibt dabei starr, so dass das Kunstbein bei jeder Stufe gerade nach oben gezogen werden muss. Zacherts Hightech-Gerät jedoch winkelt das Knie an wie ein richtiges Bein. Der Prothesenträger muss allerdings wissen, wie er den Mikroprozessor im Kunstbein dazu bringt, das Knie anzuheben. Eine Übung, die Zachert ein hohes Maß an Konzentration abverlangt. Statt nach vorn muss er den Stumpf ganz schnell nach hinten schwingen. Dieser Schlenker ist für den Computer in der Prothese das Signal, den Unterschenkel nach oben und nach vorn zu drücken, also eine Stufe hinaufzusteigen. Einem ungeübten Beobachter wird einst verborgen bleiben, dass Zachert eine Prothese trägt – auch wenn er jetzt noch ab und zu mit der Fußspitze an der Stufenkante hängen bleibt und er seinen Oberschenkel mit der Hand anhebt.

Nach der Gangschule steht Gleichgewichtstraining auf dem Programm. Zachert wechselt mit drei anderen Patienten nach nebenan. Dort hängt ein großer Bildschirm an der Wand. „Wir arbeiten mit der Wii-Konsole“, erklärt die Therapeutin. „Es gibt viele Spiele, die den Gleichgewichtssinn schulen. Den Patienten macht das mehr Spaß als gymnastische Übungen, außerdem haben viele eine Wii zu Hause und können dort weiter trainieren.“ Zachert schlüpft in die Rolle eines Pinguins, der auf einer schwankenden Eisscholle steht und versucht, Fische zu fangen. Gelächter im Raum, die Stimmung ist heiter, dennoch nehmen Zachert und die anderen die Sache sehr ernst. Als die Therapeutin einer Patientin vorschlägt, sich doch auf einer Stuhllehne abzustützen, sagt die beinahe beleidigt: „Im Alltag muss ich auch klarkommen und kann mich nicht abstützen. Dann falle ich zur Not eben hin.“

Im Anschluss hat Zachert einen Termin bei seiner Ärztin. Sie bittet ihn, einen 33-jährigen Mann zu besuchen, der im ukb amputiert werden soll. „Kann ich machen“, antwortet er und bricht nach dem Gespräch sofort zu seinem Schicksalsgenossen auf. „Ich habe versucht, ihm begreiflich zu machen, dass die Welt nicht untergeht“, erzählt er im Anschluss. Mehr hat er dazu nicht zu sagen. Zachert psychologisiert nicht gerne, sondern handelt lieber. Er muss zur Medizinischen Trainingstherapie. Dort flitzt er übers Laufband, die Prothese setzt bei jedem Schritt mit hartem Klacken auf, er ist unzufrieden, sein Trainer ganz und gar nicht. Dann stemmt er Gewichte mit den Beinen, eine Schläfenader tritt hervor, er verlangt sich alles ab. Im Sportsaal gibt es auch eine Kletterwand, die er spielend bewältigt. Mittagessen, dann Vojta-Therapie. Zachert breitet ein weißes Tuch über die Liege, auf der er sich mit freiem Oberkörper ausstreckt. Es folgt die ruhigste Dreiviertelstunde des Tages. Der blauäugige Blick der Therapeutin ist suchend, als horche sie in sich hinein. Sie tastet über Zacherts Körper, drückt

PROTHESEN-REHA MACHT MOBIL



Quelle: Matthes/Thielemann

Abb. 1 Ergebnisse der Prothesen-Rehabilitation: Bei 80 Prozent der Patienten konnte die Prothesentragedauer auf mehr als sechs Stunden täglich gesteigert werden. 70 Prozent der Teilnehmer konnten mehr als einen Kilometer ohne weitere Hilfsmittel zurücklegen. Der Mobilitätsgrad konnte ebenfalls bei einem Großteil der Patienten auf 3 oder 4 gesteigert werden.

ihren Daumen in sein Schulterblatt, vollführt mit ihrer Hand unmerklich rotierende Bewegungen in seinem Nacken, greift mit einer Hand an seine Schulter, mit der anderen an die gegenüberliegende Hüfte. Immer wieder verharrt sie, konzentriert sich auf das, was sie in ihren Fingerspitzen spürt. „Der Druck meiner Hände aktiviert Reflexzonen, die Skelettmuskulatur und das zentrale Nervensystem“, erklärt sie. So werden Bewegungsmuster wiederbelebt, die aufgrund des Traumas blockiert sind. Für Zachert ist das weniger entspannend, als es aussieht. Er spürt, wie sich seine Muskeln unter dem sanften Druck anspannen und die Kontraktion sich durch seinen Körper fortpflanzt. Eigentlich steht jetzt Schwimmen auf dem Programm. Doch das lässt er heute ausfallen. Es ist Freitag, er möchte so schnell wie möglich nach Hause. Sehen, was aus dem Badezimmer geworden ist. Und überhaupt.

Nach dem Wochenende besucht Zachert mit den anderen aus seiner Gruppe zum Reha-Abschluss das Otto Bock Science Center in Berlin Mitte. „Die Medizintechnik-Ausstellung ist interessant, aber nicht das einzige, worum es bei diesem Ausflug geht“, erläutert Reha-Leiterin Insa Matthes. „Wichtig ist auch, dass die Patienten sich im öffentlichen Raum bewegen, wieder Rolltreppe fahren oder bei Grün eine Straße zügig überqueren.“ In einem abgedunkelten Raum können die Besucher über eine Häuserschlucht balancieren. Eine Bildschirm-Simulation, täuschend echt. Peter Zachert tritt an den Rand des Abgrunds, setzt kurzentschlossen einen Fuß auf den schmalen Schwebebalken. Drei schnelle Schritte, dann kippt er kurz vor dem Ziel nach rechts, rudert mit dem linken Arm durch die Luft und rettet sich mit einem hastigen Sprung hinüber. Geschafft.

Jana Ehrhardt-Joswig

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

Foto: Wenlder/Fotolia

WELTGESUNDHEITSBERICHT

Worunter leidet die Menschheit?

Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation analysiert das aktuelle „Global Burden of Disease“, die Sterbezahlen, gesundheitliche Einschränkungen und Risikofaktoren für die Gesundheit im Jahre 2010. Daraus geht hervor, dass die muskuloskelettalen Erkrankungen und Verletzungen weltweit die größte Bedeutung für die gesundheitliche Einschränkungen haben.

Der Weltgesundheitsbericht („Global Burden of Disease Report“) wurde vor kurzem in London vorgestellt und von der Zeitschrift „The Lancet“ veröffentlicht. Das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), gefördert von der Bill and Melinda Gates Foundation, hat diesen Bericht für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Der Bericht hat den Anspruch, den Gesundheitszustand der Menschheit im Jahr 2010 zu beschreiben. Dafür haben 486 Autoren aus 50 Nationen, darunter einige aus der Bone and Joint Decade (BJD), über fünf Jahre recherchiert und Daten aus 187 Ländern untersucht.

Hierbei ist zunächst ersichtlich, dass noch immer enorme Unterschiede in der Lebenserwartung zu verzeichnen sind. Der Einfluss der klassischen Unterwicklung (Kindersterblichkeit, Infektionen, Unterernährung) geht allerdings zurück. Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren sind im weltweiten Vergleich seit 1970 um 60 Prozent zurückgegangen. Auch in den ärmeren Ländern haben mittlerweile Zivilisationskrankheiten zunehmend Bedeutung.

Die durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener ist seit 1970 deutlich gestiegen: bei Männern um 11,1 Jahre auf 67,5 Jahre, bei Frauen um 12,1 auf 73,3 Jahre. Die höchste Lebenserwartung der Welt hatten im Jahr 2010 Frauen in Japan mit 85,9 Jahren und Männer in Island mit 80 Jahren. Für Deutschland werden für 2010 in den Statistiken 82,8 Jahre für Frauen und 77,5 Jahre für Männer genannt. Ein differenzierter Blick auf alle Länder zeigt allerdings, dass die große Lücke bei der Lebenserwartung zwischen reichen und armen Regionen noch unverändert groß ist wie vor 40 Jahren.

Nicht-übertragbare Erkrankungen treten in den Vordergrund

Mit der zunehmenden Lebenserwartung treten nicht-übertragbare Erkrankungen in den Vordergrund: Krebs, Diabetes und Herzerkrankungen waren 2010 die Ursache für zwei von drei Todesfällen, ein Anstieg um 38 Prozent seit 1990 (von 5,8 auf 8,0 Millionen). Aber auch ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfälle haben zugenommen (von 9,9 auf 12,9 Millionen Todesfälle).

Hoher Blutdruck ist dem aktuellen Bericht zufolge derzeit die größte Gesundheitsgefahr – weltweit starben mehr als neun Millionen Menschen 2010 an den Folgen von Bluthochdruck –,

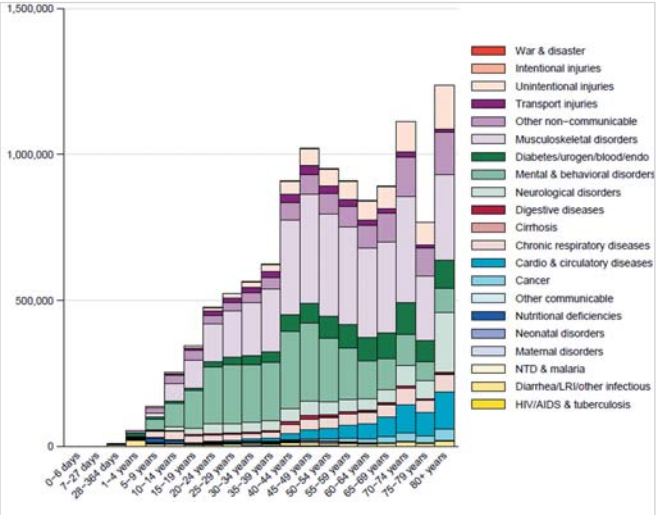


Abb. 1 Years lived with Disability (YLDs) – Deutschland 2010
Quelle: IHME, The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy

gefolgt von Rauchen und Alkohol. In den vergangenen zehn Jahren ist zudem Fettleibigkeit zum wachsenden Problem geworden. Mehr als drei Millionen Todesfälle seien 2010 auf einen zu hohen Body-Mass-Index (BMI) zurückzuführen gewesen.

Rückenschmerz, Stürze, Nackenschmerz und andere muskuloskelettale Erkrankungen unter den TOP 5 Gründen für YLDs

Die allgemein längere Lebenserwartung führt zudem zu einem längeren Leben mit chronischen Krankheiten. Damit steigt die Zahl der Jahre, in denen Behinderungen die Lebensqualität einschränken. Als „Years lived with Disability (YLD)" wird ein Indikator bezeichnet, der sich aus der Prävalenz einer Erkrankung multipliziert mit einem spezifischen Einschränkungsquotienten errechnet. Im extremen Fall, etwa der Schizophrenie, der juvenilen rheumatoiden Arthritis oder der multiplen Sklerose, umfassen diese YLDs einen Großteil des Lebens. Im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung sind jedoch insbesondere Rückenschmerzen, Depressionen, Eisenmangelanämie und Nackenschmerzen die bedeutendsten Ursachen für chronische Erkrankungen. Sie sind nach den Berechnungen des Weltgesundheitsberichts dafür verantwortlich, dass die Gesamtzahl der YLDs seit 1990 von 583 auf 777 Millionen in 2010 gestiegen ist. Muskuloskelettale Erkrankungen sind als Gruppe für 21,3 Prozent der YLDs verantwortlich, lediglich psychische Erkrankungen haben einen höheren Wert. In Deutschland gehören zu den fünf führenden Gründen für YLDs Rückenschmerzen, Depressionen, Stürze, Nackenschmerzen und andere muskuloskelettale Erkrankungen. Die Gruppe der muskuloskelettalen Erkrankungen allein ist für mehr als ein Drittel aller YLDs verantwortlich, Verletzungen für weitere circa zehn Prozent.

Addiert man zu den YLDs noch die durch Krankheit verlorenen Lebensjahre (Years of Life Lost, YLL), erhält man die behinderungsbereinigt verlorenen Lebensjahre (Disability Adjusted Life Year, DALY). Die weltweit führende Einzelursache ist 2010 die ischämische Herzerkrankung mit einem Anstieg um 29 Prozent seit 1990, gefolgt von unteren Atemwegserkrankungen (minus 44 Prozent), Schlaganfall (plus 19 Prozent), Durchfallerkrankungen (minus 51 Prozent) und HIV/AIDS (plus 351 Prozent). In Deutschland stehen bei den DALYs insbesondere die ischämische Herzerkrankung, der Rückenschmerz und die cerebrovaskulären Probleme im Vordergrund. Zwei weitere Diagnosen aus dem MSK-Bereich wurden erstmals unter den TOP 10 verzeichnet: Nackenschmerzen und andere muskuloskelettale Erkrankungen.

Bei Betrachtung der DALYs (Tod und Einschränkung der Lebensqualität) haben bereits heute muskuloskelettale Erkrankungen die drittgrößte Bedeutung für die Gesundheit in Deutschland. Einschränkungen durch muskuloskelettale Erkrankungen werden aufgrund der weiteren Alterung der Bevölkerung, der zunehmenden Adipositas und dem Mangel an körperlicher Aktivität in den nächsten Jahren erheblich ansteigen.

Prioritätensetzung in Politik und Public Health bedürfen einer Korrektur

Dieser Weltgesundheitsbericht hat in den deutschen Medien eine große Resonanz gefunden. Erstaunlicherweise wurde jedoch erneut im Wesentlichen über die Risikofaktoren für das Sterben berichtet und nur sehr wenig über den Einfluss verschiedener Erkrankungen auf die allgemeine Lebensqualität. Dies reflektiert bedauerlicherweise die allgemeine Diskussionslage auf der Ebene von Politik und Public Health: Prioritätensetzung erfolgt bei lebensdauereinschränkenden Erkrankungen. Auf der anderen Seite misst die Bevölkerung insbesondere der Lebensqualität eine hohe Bedeutung bei, gegebenenfalls sogar um den Preis eines früheren Sterbens: Leiden und Siechtum möchten fast alle vermeiden.

Aufgrund der aktuellen Zahlen des Weltgesundheitsberichtes und der gleichzeitigen allgemeinen Prioritätensetzung in der Gesellschaft erscheint eine ausgiebige Diskussion auf allen Ebenen zur medizinischen Prioritätensetzung sinnvoll und nötig. Prof. Anthony Woolf, Vorsitzender des International Coordinating Council der Bone and Joint Decade, betont, dass „die muskuloskelettalen Erkrankungen trotz der enormen persönlichen, sozialen und ökonomischen Bedeutung bisher auf der politischen Ebene keine Priorisierung erlebt haben. … Wir brauchen nun politische Entscheidungen, die eine Prävention und Behandlung dieser Erkrankungen für sehr wichtig definieren, um weiteres Leid und Schmerz in der Bevölkerung zu verhindern."

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer

Prof. Dr. Karsten
Dreinhöfer, BVOU
Vizepräsident
CSSB, Charité
Universitätsmedizin
Medical Park Berlin
Humboldtmühle

EFORT KONGRESS 2013

Viele Highlights, viele Anmeldungen

Der 14. Kongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) findet in diesem Jahr vom 5. bis 8. Juni in Istanbul statt. Die aufstrebende Stadt mit der großen Geschichte und einer sich rasant entwickelnden Wirtschaft ist der ideale Tagungsort für den Kongress einer besonders dynamischen Disziplin.

Der Kongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) ist das wichtigste Event für Orthopäden und Unfallchirurgen auf europäischer Ebene. Bei der Programmgestaltung hatte die EFORT genug Auswahl: Mehr als 4.000 Abstracts wurden eingereicht, rund die Hälfte davon schaffte es durch das Auswahlverfahren. 600 der Arbeiten werden in Vorträgen und mündlichen Präsentationen vorgestellt, die restlichen werden in den Poster-Sessions präsentiert und diskutiert.

Die Themen, die im Rahmen des diesjährigen Kongresses behandelt werden, gehen über das Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie hinaus und berühren die Zusammenarbeit mit zahlreichen anderen Fächern. „Zu den wissenschaftlichen Schwerpunkten in diesem Jahr gehört das Thema Hämophilie im Zusammenhang mit orthopädisch-chirurgischen und traumatologischen Fragestellungen“, sagt der Vorsitzende des EFORT Scientific Committee, Prof. Dr. Enric Caceres (Hospital Universitari Vall d`Hebron, Barcelona). Als eines der weiteren Highlights des Kongresses nennt Prof. Caceres das in der täglichen Arbeit häufige und wichtige Thema der Behandlung infizierter Brüche. „Das Thema der Infektionen und die Frage, wie man sie vermeiden kann, ist wohl für jeden orthopädischen Chirurgen, unabhängig von der näheren Spezialisierung, von großer Bedeutung“, pflichtet ihm EFORT-Präsident Prof. Dr. Pierre Hoffmeyer (Hôpitaux Universitaires de Genève, Genf) bei. Prof. Hoffmeyer weist auch auf Vorträge zu neuesten Entwicklungen beim Hüft- und Kniegelenkersatz hin: „Die Kurse, in denen wir diese Themen behandeln, sind praktisch ausgebucht.“ Auch zu Verletzungen der Wirbelsäule werden zahlreiche Vorträge von international renommierten Experten gehalten. Zudem ist, so Prof. Hoffmeyer, ein pädiatrischer Schwerpunkt geplant, bei dem einerseits die Behandlung von Brüchen des Oberschenkels, andererseits aber auch bösartige Knochentumore bei Kindern besprochen werden.

Evidenzbasierte Medizin in der Orthopädie

Ein weiterer Fokus wird auf das Thema der evidenzbasierten Medizin in der Orthopädie gelegt. Dies ist insofern von großem Interesse, als sich die Vorgehensweise anderer Fächer, in denen Evidenz vorwiegend aus randomisierten, kontrollierten Medikamenten-Studien abgeleitet wird, nicht so einfach auf die Orthopädie umlegen lässt. In einer der Sessions wird es um Metatarsalgie gehen, in der zweiten um die Behandlung von Metastasen in der Wirbelsäule. Im Rahmen der Konferenz wird es auch Unterstützung für die Vorbereitung auf die EBOT Examination, einer vom European Board of Orthopaedics and Traumatology abgenommenen Prüfung, geben.

Generell wird dem Thema der Aus- und Weiterbildung viel Aufmerksamkeit gewidmet. Prof. Hoffmeyer: „Wir wissen, dass die Teilnehmer Veranstaltungen mit Kurscharakter besonders schätzen, und haben diesen Aspekt des Kongresses daher zu einem Schwerpunkt gemacht. Auch Sitzungen mit Diskussionen schwieriger Fälle gehören in diesen Bereich.“ Mit dem „Interactive Experts Exchange“ wird eine neue Form von Sessions den Teilnehmern die Möglichkeit geben, mit namhaften Experten Erfahrungen auszutauschen. In den Plenarsitzungen werden auch ungewöhnlichere Themen zur Sprache kommen. So wird der renommierte Wirbelsäulenchirurg Prof. Dr. Jean Dubousset über seine Überlegungen zu Gleichgewicht und Haltung sprechen, die auch Auswirkungen auf seine Ansichten zur Behandlung verschiedener orthopädischer Erkrankungen haben.

Als Gast-Gesellschaften sollen in diesem Jahr die lateinamerikanische SLAOT (Federation of Latin American Societies) und die brasilianische SBOT (Brazilian Society of Traumatology and Orthopedics) mit eigenen Sitzungen den EFORT-Kongress bereichern. Der Tagungsort an der Grenze zwischen Europa und Asien ist auch Programm. „Wir haben in den vergangenen Jahren ein beständig steigendes Interesse asiatischer Kollegen an unserem Kongress gesehen, im Jahr 2010 hatten wir 600 Teilnehmer aus Japan, China und anderen ostasiatischen Ländern“, sagt Prof. Caceres. „In diesem Jahr werden es bedeutend mehr sein.“ Der bedeutende japanische Wirbelsäulenchirurg und Pionier mehrerer chirurgischer Techniken, Prof. Katsuro Tomita von der Kanazawa University, wird in einer der Plenarsitzungen vortragen. Generell wird mit gutem Besuch gerechnet. „Das Haus wird ziemlich voll sein“, sagt Prof. Hoffmeyer. „Im Vergleich zum Vorjahr haben wir bis Mitte Februar schon doppelt so viele feste Anmeldungen registriert. Und erfahrungsgemäß melden sich ja viele Kollegen erst im letzten Moment an. Meiner Meinung nach sind wir in Richtung eines neuen Rekords unterwegs.“

Quelle: EFORT

MEHR INFOS
www.efort.org/istanbul2013/

14th EFORT Congress 2013

Preliminary programme online
www.efort.org/istanbul2013

Pre-registration deadline
19 May 2013

14th EFORT Congress

Istanbul, Turkey: 5 – 8 June 2013

Congress highlights

- **Hip** Joint-preserving surgery
- **Knee osseous** Early osteoarthritis: current management
- **Shoulder** Clavicle fractures: to operate or not to operate?
- **Foot/ankle** Metatarsalgia: current options
- **Hand/wrist** Dupuytren's: injections or surgery?
- **Trauma** Complex elbow injuries - what's new? / Solutions for proximal femoral fractures / What to do after damage control?
- **Sports / knee soft-tissue** Meniscal and knee ligament injuries today
- **Paediatrics** Early care for growth alteration and malformation
- **Spine** Spinal trauma care: modern treatments
- **Pain** Will training prevent THA and TKA?
- **Osteoporosis** Evidence of tertiary prophylaxis in osteoporosis
- **Basic Science** Haemophilia: where are we? / New trends based on experimental research
- **Infection** Treatment of the infected fracture
- **Bone & joint tumours** Lower limb reconstruction: state of the art
- **Tribology** articulations in total hip arthroplasty

info More updates available at: **www.efort.org/istanbul2013**

VLOU-WORKSHOP

Aktuelle Themen auf den Punkt gebracht

Traditionell fand in Frankfurt bereits zum 12. Mal der VLOU-Workshop statt, der aufgrund der aktuellen Themen wieder über 220 Chefärzte und leitende Oberärzte aus ganz Deutschland und den Anrainer-Staaten anzog – und sogar einen Kollegen aus Dubai zur Anreise bewegte. Somit war die Jahrestagung im NH-Hotel Frankfurt-Mörfelden auch in diesem Jahr wieder komplett ausgebucht.

Der Workshop bietet Kolleginnen und Kollegen in leitenden Positionen Gelegenheit, sich über aktuelle Themen und Entwicklungen auszutauschen, die namhafte Referenten in ihren Vorträgen auf den Punkt bringen. Schwerpunkte in diesem Jahr: Studium und Nachwuchs, Versorgungstrukturen, juristische Aspekte, Klinikmanagement, GOÄ, Selbstmanagement, Medien und Schadenanalyse.

Dr. Bernhard Marschall, Studiendekan an der medizinischen Fakultät in Münster, und Prof. Dr. Josef Pfeilschifter, Dekan am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt, eröffneten die diesjährige Veranstaltung und stellten Strategien und Möglichkeiten vor, junge Kolleginnen und Kollegen für das Fach O und U zu begeistern.

Forum „Versorgungsstrukturen“

Das zweiteilige Forum „Versorgungsstrukturen“ bot ein breites Themenspektrum. Zum einen informierte Prof. Dr. Fritz Niethard, DGOOC-Generalsekretär, über den Versorgungsatlas und gewährte einen Einblick in die Operationsquote in den orthopädisch-unfallchirurgischen Abteilungen deutscher Kliniken. Er wies auf die ungleiche Verteilung von Hüft-, Knie- und Wirbelsäulenoperationen hin. Entgegen der Berichte von Presse und Politikern seien die TEP-Zahlen seit 2008 jedoch nahezu konstant. In weiteren Vorträgen wurden die Ergebnisse einer Dissertation vorgestellt, welche sich kritisch mit dem AOK-Navigator beschäftigt, der Aufschluss geben will über die Versorgungsqualität in unserem Land (Prof. Dr. Christian Lüring, Universität Aachen). Gerade im Bereich der Knieendoprothetik scheint die Auswertung mangels adäquater Risikoadjustierung und der Tatsache, dass eine ökonomische Kodierung nicht unbedingt auf medizinische Qualität zurückschließen lässt, Probleme und Fehlbewertungen erwarten. Dr. Barbara Hogan berichtete von ihrem Arbeitsalltag und ihren Erfahrungen als Chefärztin der zentralen Notaufnahme in Hamburg.

Desweiteren standen auch „Dauerbrenner“ wie das BG-Verfahren und die Endoprothetik (EPRD, EndoCert) wieder auf dem Programm, zu denen Prof. Dr. Volker Bühren (Murnau) und Dr. Holger Haas (Bonn) ausführliche Informationen gaben. Dr. Gunda Leschber, Chefärztin der Evangelischen Lungenklinik Berlin, rundete diesen Block mit einem Referat über die Karrierechancen für Frauen in der Chirurgie ab. In ihrem Vortrag warb sie dafür, die Bedingungen für Frauen in Kliniken so zu optimieren, dass eine berufliche Karriere und Familie sich nicht länger ausschließen.

Forum zu Rechtsfragen

Da Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB, sein Grundsatzreferat zum Thema „Sinn der doppelten Facharztschiene – Sektorengrenzen“ kurzfristig abgesagt hatte, ohne einen Vertreter zu benennen, wurde das nachfolgende Forum, welches sich mit den rechtlichen Fragen beschäftigte, vorgezogen und ausgeweitet. Es wurde von Norbert H. Müller aus Bochum eröffnet. In einem Vortrag der Sonderklasse gelang es dem Rechtsanwalt, auf humoristisch-lockere Art wichtige Informationen zu doch eher trockenen Themen wie Ziel-/Bonusvereinbarungen, Wahlleistung Honorararzt und Altersversorgung darzustellen. Anschließend sprach er ebenso kurzweilig über die immer begrenzter werdenden Möglichkeiten bei Sponsoring und Nebentätigkeiten und verwies auf die rechtlichen Fallstricke, die es dabei zu umgehen gilt. Rechtsanwalt Dr. Jörn Hülsemann aus Hameln rundete den juristischen Block mit dem Thema „Datenschutz und Schweigepflicht gegenüber Medienvertretern“ ab und gab seinem Vortrag den Titel „Dem Prinzen geht's gut – bald kann er wieder laufen!“,

ÜBER DEN VLOU

Der Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU) ist ein eingetragener Verein mit dem Zweck der Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange des Fachgebiets der Orthopädie und Unfallchirurgie und der Förderung und Erhaltung einer leistungsfähigen Orthopädie und Unfallchirurgie in konservativen und operativen klinischen Einrichtungen des Faches. Der zentrale Bundesverband ist derzeit in neun Regionalverbände gegliedert, die die regionalen Aktivitäten unterstützen. Über 90 Prozent der unfallchirurgischen Chefärzte und die bei weitem überwiegende Anzahl der operativ oder konservativ tätigen orthopädischen Chefärzte sind Mitglieder des VLOU e.V.

VLOU-Mitglieder können die Vorträge des Workshops nahezu komplett auf der VLOU-Website einsehen.

um mit einem Augenzwinkern darauf hinzuweisen, welche Informationspolitik in bestimmten Situationen sinnvoll und rechtlich korrekt ist.

Forum „Klinikmanagement“

Das letzte Forum am ersten Workshop-Tag beschäftigte sich mit dem Klinikmanagement. Ralph-Gerald Schlüter von der Krankenhausberatung Düsseldorf informierte über die Definition und Gestaltungsmöglichkeiten bei Deckungsbeiträgen, und Dr. Enno Bialas, bigmed Beratung Hamburg, erläuterte die Chancen einer gut funktionierenden Aufnahmestation als Steuerungselement für einen reibungslosen und effizienten Prozessablauf und mehr Wohlbefinden beim Patienten. Ein Konstrukt, welches insbesondere für kleine Kliniken durchaus kontrovers diskutiert wurde.

Beim anschließenden gemeinsamen Abendessen im Hotel, für das sich fast 150 Teilnehmer angemeldet hatten, wurde rege, zum Teil bis spät in die Nacht diskutiert. Dieser Veranstaltungspunkt wird ebenso wie die bewusst verlängerten Pausen geschätzt und zur Kommunikation genutzt.

Aktueller Stand der GOÄ

Den Auftakt am Samstag machte Dr. Hermann Wetzel von der Bundesärztekammer (BÄK), der dankenswerterweise kurzfristig für Dr. Bernhard Rochell einsprang und kompetent über den aktuellen Stand der GOÄ berichtete. Dr. Rochell konnte aufgrund einer spontan einberufenen aktuellen Sitzung in Berlin nicht nach Frankfurt reisen. Wetzels Vortrag und die anschließende Diskussion lassen in Bezug auf die nächste GOÄ Böses ahnen. Ein Konsens zwischen BÄK und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) scheint nicht in Sicht. Die neue GOÄ wird in dieser Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden. Somit bestimmt die kommende Wahl das Schicksal der nächsten GOÄ.

Forum „Selbstmanagement“

Im Block „Selbstmanagement“ gab Werner Fleischer (Beratung/Coaching Hamburg) Tipps und Anregungen zur strategischen Abteilungsübergabe aufgrund des bevorstehenden Eintritts in den Ruhestand und riet zu vorausschauendem Handeln, damit dieser nicht einfache Prozess harmonisch und zur Zufriedenheit aller Beteiligten verläuft.

Im Anschluss daran informierte Jürgen Moll von der A.S.I. Wirtschaftsberatung über die finanziellen Veränderungen, die angesichts der demografischen Entwicklung mit der Ruhestandsplanung im Chef- und Oberarztsektor einhergehen. Er betonte, dass eine frühzeitige Planung der zukünftigen Vermögenssituation die beste Vorbeugung vor unliebsamen Überraschungen ist.

Weiteres Highlight dieses Workshops war das Referat von Ulrich Meyer, Moderator bei SAT1, den wir für das Thema „Medizin und Medien – (wie) passt das zusammen?“ gewinnen konnten. In seinem Vortrag wurde deutlich, dass die Anforderungen, die an einen Chefarzt gestellt werden, in weiten Teilen nahezu identisch zu denen sind, die einem prominenten Medienvertreter abverlangt werden. Anhand zahlreicher Bespiele zeigte er auf, dass beide Berufe sich in vielerlei Hinsicht ähneln und die Außenwirkung ein wichtiges Instrument für Erfolg und Wirtschaftlichkeit ist. Eine Quintessenz seiner Ausführungen war, dass es für einen Arzt in leitender Funktion grundsätzlich angeraten ist, im Krisenfall nicht unterzutauchen, sondern unter Wahrung der juristischen Vorgaben mit der Presse zu kooperieren, da es heutzutage ohnehin schlicht unmöglich sei, unliebsame Fakten geheim zu halten. Er empfiehlt, solche Szenarien im Vorfeld zu planen und klare Strategien zum Risikomanagement zu erstellen. Ein Coaching könne dabei sehr hilfreich sein.

Forum „Schadensanalyse“

Das letzte Forum trug den Titel „Schadensanalyse“. Erster Redner war Johann Neu, Geschäftsführer der Norddeutschen Schlichtungsstelle, der die Schadensfälle im Fach O und U umfassend analysierte. Dabei wurde deutlich, dass es in den letzten fünf Jahren keine signifikante Veränderung gegeben hat.

Johannes Jaklin vom Ecclesia Versicherungsdienst gab anschließend aus Sicht eines Versicherers einen Überblick über die Schadenszahlen im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Unfallchirurgie führt die Statistik der Schadensfälle leider an, die Orthopädie belegt den fünften Platz. Jacklin ging dabei auf die Ursachen von Schadensfällen ein und präsentierte sinnvolle Präventionsmaßnahmen.

Zum Abschluss des Workshops hörten wir eine interessante Zusammenfassung von Prof. Hartmut Siebert, DGOU-Generalsekretär, über die aktuellen Änderungen im Patientenrechtegesetz, die dazu beitragen sollen, das (Vertrauens-) Verhältnis zwischen Patient und Arzt zu stärken.

Fazit

Der 12. VLOU-Workshop war äußerst informativ und verlief in angenehmer Atmosphäre, da es neben qualitativ hochwertigen Referaten auch genügend Zeit zu persönlichem Gedankenaustausch gab. Die Resonanz der Teilnehmer war ausgesprochen positiv, worüber wir uns sehr freuen und was uns mit Freude den 14. Workshop vom 17. bis 18. Januar 2014 vorbereiten lässt.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Braunschweig, gehört dem Bundesvorstand des VLOU an.

BGK

Gemeisterte Aufgaben, künftige Ziele

Seit 2011 existiert innerhalb des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) die „Gemeinsame BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände“ (GBK). Zunächst hatte Dr. Ekkehard Hierholzer den Vorsitz inne. 2012 wurden Dr. Werner Boxberg und Rainer Kübke als Vorsitzende gewählt.

Aufgaben

Der Ausschuss hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Interessen aller im BG-lichen Behandlungsverfahren tätigen Ärzte zu bündeln und gegenüber den Berufsgenossenschaften und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu vertreten. Dazu gehören in erster Linie die wissenschaftlichen Gesellschaften (DGU, DGOU und DGOOC), die Berufsverbände (BDC, BVOU, BNC, Verband der D-Ärzte), der VLOU und als Hauptträger die DGUV und der Verband der BG-Kliniken.

Aufgabe ist es ferner, sich aller Belange der im BG-lichen Heilverfahren tätigen Ärzte anzunehmen. So werden zum Beispiel Schwierigkeiten mit der VAV-Zulassung oder auch Rechnungskürzungen behandelt, erörtert und auch gelöst. Auslöser für die Diskussionen sind häufig Anfragen von Mitgliedern an den Ausschuss.

Zur Problematik der Weiter-Fortbildungspflicht der zugelassenen D-Ärzte werden den Mitgliedern des Ausschusses die jeweils aktuellen Daten über bekannte Fortbildungsveranstaltungen der DGUV überlassen. Nur durch die Transparenz der Probleme in der Diskussion mit allen Beteiligten können diese gelöst oder der DGUV mitgeteilt werden. Außerdem haben es sich die Vorsitzenden zur Aufgabe gemacht, sehr individuelle Probleme persönlich, regional und oder auch telefonisch zu lösen. Auch werden in der Diskussion gemeinsam Forderungen an die DGUV formuliert.

Ergebnisse

Bisher haben zwei Sitzungen stattgefunden. Die erste diente der Definition und Problembeschreibung der jeweiligen Aufgaben. In der letzten Sitzung des Ausschusses am 28. November 2012 erzielte man mit der DGUV Einigkeit darüber, Clearingstellen in allen DGUV-Landesverbänden einzurichten. Bisher gab es nur beim Landesverband-Nordost eine Stelle.

Viele Probleme konnten durch den individuellen Einsatz der Beteiligten gelöst werden. Ich möchte mich ausdrücklich bei Prof. Dr. Volker Bühren und bei Dr. Eckhard Hierholzer für ihr Engagement bedanken.

Zukunft

In der nächsten Sitzung wird über die Bewertung von Gutachtenliquidationen zu reden sein. Hierzu werden Vorschläge zur Anpassung der UVT-GOÄ erarbeitet. Auch werden die unterschiedlichen Interessen der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Berufsverbände offen und gemeinsam diskutiert. Dazu gehören die Gleichstellung der speziellen orthopädischen Chirurgie mit der speziellen unfallchirurgischen Chirurgie, die Überleitung der H-Ärzte in neue D-Ärzte mit der Mindestfallgröße und Weiterbildungsmöglichkeiten des Facharztes unter den neuen S-VAV-Bedingungen.

Wir streben weiterhin an, die unterschiedlichen regionalen Bedingungen bei der Veranlassung von Röntgenbildern, die Gutachtenbedingungen, die Weiterbildungsmöglichkeiten, den Fortbildungsnachweis und die allgemeinen BG-lichen Regularien im Rahmen von Fortbildungen sowohl für Praxen als auch in Kliniken zu vermitteln.

Die Tätigkeiten des Ausschusses werden und sollen auf der Website des BDC und der DGU veröffentlicht werden. So sollen die Mitglieder die Möglichkeit erhalten, Fragen direkt an uns zu adressieren.

Rainer Kübke

Rainer Kübke, Berlin, ist Vorsitzender der GBK.

ROOKIE-KURS

Fortbildung für Generalisten

Der Verein „Generalisten in der Chirurgie“ bietet seit Neuestem Fortbildungskurse, sogenannte „Rookie-Kurse“ (im Sport ist ein „Rookie“ ein Neuling), an. Den Auftakt der Veranstaltungsreihe bildete das Modul „Wirbelsäule“ am 8. März 2013 in Aalen.

Um dem chirurgischen Nachwuchs die Möglichkeit zu geben, sich „generalistisch“ weiterzubilden, bietet der Verein „Generalisten in der Chirurgie“ künftig eine Reihe von Fortbildungskursen an, die einen bestimmten chirurgischen Bereich breit aufarbeiten und es ermöglichen, innerhalb eines Themenkomplexes die übergreifenden „Basics“ zu erlernen. Diese sogenannten „Rookie-Kurse“ sind besonders für junge Kolleginnen und Kollegen gedacht, die sich in einem chirurgischen Fach in der Weiterbildung befinden.

Am 8. März 2013 fand am Ostalb-Klinikum in Aalen der 1. Rookie-Kurs „Wirbelsäule“ statt. Neben klassischen Frontalvorträgen wurde in Kleingruppen (mit je maximal vier Teilnehmern) der praktische Teil der Veranstaltung großgeschrieben. Am anatomischen Präparat bzw. an entsprechenden Saw-Bone-Modellen konnte praxisnah nicht nur die Kyphoplastie bzw. die Dekompression, sondern auch die Fixateur interne-Behandlung sowie die dorsale Fusion in TLIF-Technik geübt werden. Im abschließenden „Afterwork“ wurden in lockerer Atmosphäre interessante Fallpräsentationen der Teilnehmer diskutiert. Sowohl seitens der Teilnehmer als auch seitens der Veranstalter wurde diese Premierenveranstaltung allseits positiv bewertet. Ein 2. Rookie-Kurs Wirbelsäule ist bereits in Planung, selbiger soll am 13. und 14. September 2013 in Friedrichshafen stattfinden.

PD Dr. Michael Oberst

PD Dr. Michael Oberst, Aalen, ist 1. Vorsitzender des Vereins Generalisten in der Chirurgie.

ZUM WEITERLESEN

Informationen zum Thema „Generalisten in der Chirurgie“ und zum gleichnamigen Verein finden Sie unter:
www.generalisten-chirurgie.de

KARTELLRECHT

Preisabsprachen verhindern Wettbewerb

Als Teil des Wettbewerbsrechts soll das Kartellrecht den freien und ungehinderten Wettbewerb schützen. Welchen Stellenwert hat das Kartellrecht im Gesundheitswesen? Über ein Kartellrechtsverfahren gegen mehrere Ärzteverbände wird hier berichtet.

„Wettbewerb im Gesundheitswesen" ist das Schlagwort einer jeden Gesundheitsreform. Er soll helfen, Kosten zu sparen und Gesundheitsdienstleistungen den Erwartungen und Bedürfnissen von Patienten als „Marktteilnehmern" anzupassen. Der Schutz des Wettbewerbs in Deutschland ist Aufgabe des Bundeskartellamts. Das Bundeskartellamt (zusammen mit Landeskartellbehörden) wacht darüber, dass sich alle Wettbewerber an das deutsche und europäische Wettbewerbsrecht halten. Diese Regeln sollen verhindern, dass sich Unternehmen – vor allem durch Absprachen – der Konkurrenz entziehen und damit den Wettbewerb verhindern oder einschränken. Beispielsweise verhindern Preisabsprachen oder eine regionale Aufteilung von Märkten einen funktionierenden Wettbewerb, weil auf diese Weise einer freien Entwicklung von Qualität und Preis die wettbewerbsprägende Kraft genommen wird. Obwohl es mittlerweile allgemein anerkannt sein dürfte, dass neben anderen wettbewerbsrechtlichen Vorgaben auch das Kartellrecht im Gesundheitswesen Anwendung findet, ist noch immer umstritten, wie weit es im Gesundheitswesen Geltung beanspruchen kann. Ein gegen zwei Berufsverbände, einen Klinikenverbund sowie eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) vom Bundeskartellamt geführtes Kartellverwaltungsverfahren wurde im Mai 2012 eingestellt und wirft die Frage auf, inwieweit Preisabsprachen im Zusammenhang mit der öffentlichen Ausschreibung von Selektivverträgen durch Krankenkassen kartellrechtlich überhaupt verfolgt werden können.

Nach Überzeugung des Bundeskartellamtes hatten sich die Verfahrensbeteiligten in einer Weise verhalten, die der Gesetzgeber durch das Wettbewerbsrecht untersagen wollte, indem sie sich auf ein gemeinsames Angebot verständigt und so den durch die Ausschreibung der Krankenkasse eröffneten Wettbewerb eingeschränkt bzw. ausgeschaltet hatten. Sie hatten sich außerdem mit zahlreichen weiteren Facharztverbänden darauf verständigt, dass diese mit Rücksicht auf das gemeinsame Angebot auf die Abgabe eigener Angebote verzichten sollten. Diese gemeinsame Vorgehensweise hielt das Bundeskartellamt auch nicht als „wettbewerbsfördernde Arbeits- und Bietergemeinschaft" für gerechtfertigt, da die Verfahrensbeteiligten jeweils individuell über eine ausreichende Zahl an Fachärzten mit den notwendigen Fachkenntnissen und Ressourcen verfügten, so dass jeder von ihnen mit hinreichend Aussicht auf Erfolg auch selbstständig hätte mitbieten können.

Obwohl nach Ansicht des Bundeskartellamtes die vier Verfahrensbeteiligten den Tatbestand des Kartellverbots erfüllt hatten, entschloss es sich, das Verfahren aus Opportunitätsgründen einzustellen. Als problematisch erachtete das Bundeskartellamt nämlich den Umstand, dass der Gesetzgeber ausdrücklich eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) an Ausschreibungsverfahren für Selektivverträge nach § 73 c SGB V vorgesehen hat. Da in den KVen sämtliche in Frage kommenden ambulanten Leistungserbringer Pflichtmitglieder sind, könne der durch die Ausschreibungspflicht gewünschte Wettbewerb ohnehin in legaler Weise ausgeschaltet werden. Da alle in Frage kommenden Leistungsanbieter von der KV repräsentiert und in Anspruch genommen werden können, bedarf es keiner weiteren Absprachen, um einen echten Wettbewerb über Preis und Leistung zu verhindern.

Das Bundeskartellamt hat seine Entscheidung zur Einstellung dieses Kartellverwaltungsverfahrens veröffentlicht und dabei hervorgehoben, dass das Ziel des Wettbewerbs, die qualitativ und preislich beste Leistung zu erhalten, durch die Einbeziehung der KV in das Ausschreibungsverfahren in sein Gegenteil verkehrt werde. Das vorliegende Verfahren habe gezeigt, dass ein abgestimmtes Bietverhalten aller wesentlichen Fachärztegruppierungen im Rahmen von § 73 c SGB V zu schlechteren Leistungen und höheren Preisen führe. Die Ermittlungen hätten ergeben, dass die beteiligten Facharztverbände zwar unterschiedliche Auffassungen zu den Qualitätsstandards gehabt hätten. Ein Qualitätswettbewerb habe jedoch nicht stattgefunden, da die Verfahrensbeteiligten ihre unterschiedlichen Auffassungen zu den Qualitätsstandards dem gemeinsamen Honorarinteresse untergeordnet hätten. Trotz der Einstellung dieses Kartellverwaltungsverfahrens zeigt dieser Vorgang, dass auch Ärzte, Ärztenetze und Verbände darauf achten müssen, dass ihr „Marktverhalten" nicht gegen das Wettbewerbsrecht verstößt. Insbesondere bei der Teilnahme an Ausschreibungsverfahren und dem Abschluss von Selektivverträgen ist besondere Sensibilität gefragt.

Dr. Martin Stellpflug

RA Dr. Martin Stellpflug, MA, ist Partner der Sozietät DIERCKS + BOHLE Rechtsanwälte in Berlin.

FÜR DIE PRAXIS

Das neue Betäubungsmittelrezept

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt seit dem 4. März 2013 neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BtM-Rezepte) aus. Das BtM-Rezept wurde am 15. Februar 2013 im amtlichen Teil des Bundesanzeigers bekannt gemacht (BAnz AT 15. Februar 2013 B6).

Das Wichtigste vorab: Die alten BtM-Rezepte behalten bis zum 31. Dezember 2014 ihre Gültigkeit. Ärztinnen und Ärzte sollten auf keinen Fall alte BtM-Rezepte unaufgefordert an die Bundesopiumstelle zurücksenden, um sie gegen neue BtM-Rezepte einzutauschen. Die alten BtM-Rezepte sollten verwendet werden, bis sie vollständig aufgebraucht sind. Die Regelungen für das Ausfüllen der BtM-Rezepte ändern sich nicht.

AUF NUMMER SICHER

Um den aktuellen Sicherheitsanforderungen im BtM-Verkehr gerecht zu werden, werden die neuen BtM-Rezepte mit zusätzlichen Sicherheitsmerkmalen versehen. Die Echtheit eines BtM-Rezepts kann in der Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden.

- Unter UV-A-Licht (wie bei der Geldscheinprüfung) verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe, und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend.
- Die zu beschriftenden weißen Felder tragen eine feine, klare Linienstruktur, die auf einer in Fälschungsabsicht erstellten Fotokopie nicht oder unscharf zu sehen ist.
- Die Felder „Zuzahlung“ und „Gesamt-Brutto“ tragen in der roten Umrandung eine (mit der Lupe erkennbare) Mikroschrift, die auf einer in Fälschungsabsicht erstellten Fotokopie nicht oder nur unscharf zu sehen ist.
- Weitere Informationen zu den Sicherheitsmerkmalen entnehmen Sie bitte dem pdf-Dokument „Das neue BtM-Rezept“ unter: **www.bfarm.de/btm-rezept**

Warum gibt es neue BtM-Rezepte?

Die derzeit verwendeten BtM-Rezepte werden einzeln in der Bundesopiumstelle kodiert, das heißt mit einem individuellen Aufdruck versehen, der die Zuordnung der Rezepte zur/zum verschreibenden Ärztin/Arzt eindeutig festlegt. Der Kodierprozess ist aus technischen Gründen sehr zeitaufwendig. Die schnelle und kostenlose Bereitstellung von insgesamt zirka 12 Millionen BtM-Rezepten jährlich wird zukünftig nur möglich sein, wenn das Verfahren in der Bundesopiumstelle deutlich vereinfacht wird.

Was ändert sich bei den neuen BtM-Rezepten?

Die neuen BtM-Rezepte tragen eine deutlich sichtbare, fortlaufende, neunstellige Rezeptnummer, mit der sie der/dem verschreibenden Ärztin/Arzt eindeutig zugeordnet werden. In jeder Lieferung mit BtM-Rezepten findet sich ein Sendungsbeleg (DIN-A-6-Karte), dem der Nummernkreis der gelieferten BtM-Rezepte zu entnehmen ist. Dieser Sendungsbeleg sollte unbedingt aufbewahrt und der ärztlichen BtM-Dokumentation beigefügt werden. Insbesondere in Einrichtungen, in denen mehrere ärztliche Personen BtM verschreiben (zum Beispiel Gemeinschaftspraxen, MVZ, Ambulanzen), ist auf eine getrennte BtM-Dokumentation für jede ärztliche Person zu achten.

Das Format des BtM-Rezepts wird grundsätzlich beibehalten. Die zu beschriftenden Felder wurden jedoch soweit wie möglich an das aktuelle Muster 16 (Formular für das Kassenrezept) angepasst. Somit finden sich nun auch eigene Felder für die Betriebsstätten- und Arztnummer. Zu beachten ist, dass die Randleiste, an der die drei Rezeptblätter befestigt sind, von der rechten auf die linke Seite verlegt wurde. Dies vereinfacht die Handhabung, hat aber eventuell Einfluss auf die Bedruckung der BtM-Rezepte in den Arztpraxen und Ambulanzen.

Bestellverfahren bleibt gleich

Das Verfahren für die Nachbestellung von BtM-Rezepten ändert sich grundsätzlich nicht. Mit jeder Lieferung erhalten Ärztinnen und Ärzte – wie bisher – eine Folge-Anforderungskarte für neue BtM-Rezepte. Es sollte unbedingt diese Anforderungskarte für die Bestellung von Rezepten verwendet werden. Die Folge-Anforderungskarte wird in Zukunft mit einem Barcode versehen sein, der die Bearbeitung in der Bundesopiumstelle erleichtert und die Auslieferung der BtM-Rezepte erheblich beschleunigt.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

AWMF

Sitzung des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“

Der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat sich auf seiner Sitzung am 20. und 21. April 2012 in Würzburg unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Detlef Saeger unter anderem mit nachfolgend genannten Themen befasst.

Verschuldungsunabhängige Entschädigung

- Dr. iur. Gerald Bachinger, Sprecher der Patientenanwälte Österreichs: *Verschuldungsunabhängige Entschädigung: Erfahrungen in Österreich aus juristischer Sicht*
- Prof. Dr. Wolfgang-Ulf Wayand, Linz: *Erfahrungen aus der Sicht eines chirurgischen Primararztes*
- Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall: *Sind auch in Deutschland Vorteile zu erwarten? Sind die Voraussetzungen vergleichbar?*
- Dr. iur. Alexandra Jorzig, Rechtsanwältin, Dortmund: *Einschätzung aus juristischer Sicht in Deutschland*

Die früher schon einmal im Arbeitskreis erörterte Thematik (Grafe, Laum, 11/2003) wurde erneut, und zwar am Modell der österreichischen Regelung (Bachinger), diskutiert. Deren Grundanliegen ist die Förderung außergerichtlicher Lösungen, gerichtsanhängige Fälle scheiden von vornherein aus. Die Entschädigung soll Patienten zugute kommen, bei denen die (gesetzliche) Haftung nicht eindeutig gegeben ist, bei Beweisschwierigkeiten, Komplikationen, katastrophalen Verläufen und bei außergewöhnlich großen Schäden. Finanzierung aus einem Fond, der durch behandlungstägliche Einzahlungen der Patienten gebildet wird. – Durch eine Kommission, in der auch ein Patientenanwalt mitwirkt, wird geklärt, ob im strittigen Fall nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft gehandelt wurde, es sich um einen Dauer- oder Spätschaden handelt, der Schmerzverlauf wird berücksichtigt, ferner, ob eine Komplikation aufgetreten ist (Wayand). – Siebert legte die deutsche Rechts- und Sachlage (gerichtliche Entscheidung, Schiedsstellen der Ärztekammern) sowie Verhältnisse in anderen Ländern dar. Er empfiehlt, Patientensicherheit als ein nationales Gesundheitsziel wahrzunehmen und so von der Schuldkultur zur Sicherheitskultur zu gelangen. Neben der Konzentrierung der Kompetenz im gerichtlichen Verfahren hält er die Mediation durch die Schiedsstellen sowie die Optimierung deren Arbeit, ferner den Aufbau eines Melderegisters für zielführend. Ziel müsse es auch sein, die Skandalisierung und Kriminalisierung und die Polarisierung Patient/Arzt zu beenden. Vorstellung der Eckpunkte des verschuldensunabhängigen Entschädigungsfonds (Entwurf der Bundesländer). – Jorzig stellte die juristische Problematik einer ärztlichen Gefährdungshaftung in den Mittelpunkt. Eine solche sei vom Gesetzgeber nicht vorgesehen (anders als im Arzneimittelgesetz, Produkthaftungsgesetz, Gentechnikgesetz). Auch das Patientenrechtegesetz berücksichtigt eine solche nicht. Mit den §§ 630a–h BGB werden jedoch die bisher richterrechtlich entwickelten und etablierten Rechtsfiguren und Beweissituationen normativ verankert.

Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider

- Prof. Dr. Norbert Roeder, Münster: *Aus Sicht eines Universitätsklinikums*
- Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn: *Aus Sicht des behandelnden Arztes*
- Dr. iur. T. Neelmeier, Hamburg: *Aus strafrechtlicher Sicht*

Die Gesundheitspolitik hat die Weichen hin zu mehr Wettbewerb gestellt. Es fehlen aber die Strukturvorgaben für Personal und Infrastruktur. Geschäftsführung und Chefärzte seien gemeinsam (!) verantwortlich für die Patientensicherheit, die Ergebnisqualität und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Jede medizinische Entscheidung sei auch eine ökonomische Entscheidung. Das gelte aber auch umgekehrt (Roeder). – Im nachfolgenden Referat wurde anhand von Urteilen die Wertung im Verhältnis der Organisationspflichten des Krankenhausträgers zur Verantwortung des Arztes, auf Engpässe der Versorgung „mit allem Nachdruck hinzuweisen und Abhilfe zu fordern“, angesprochen (Schulte-Sasse). – Anhand einschlägiger Urteile bemängelte Neelmeier, dass in der Ermittlungspraxis „das strafrechtliche Augenmerk nur auf die unmittelbar handelnden Ärzte gerichtet wird, da mit ihrer Verfolgung ein spontan-oberflächliches Bedürfnis nach Verantwortungszuweisung befriedigt ist“, dies sei generalpräventiv den bedrohten Rechtsgütern der Patienten nicht dienlich, indem dadurch eine Verbesserung der schadensanfälligen Organisation nicht wahrscheinlicher werde.

Prof. Dr. Jürgen Probst

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau/Staffelsee

MEHR INFOS

Alle Vortragsfolien sind in Originalgröße online auf der AWMF-Website unter folgender Adresse verfügbar: **www.awmf.org** → Die AWMF → Arbeitskreise → AK Ärzte und Juristen

LATEINAMERIKA-STIPENDIUM

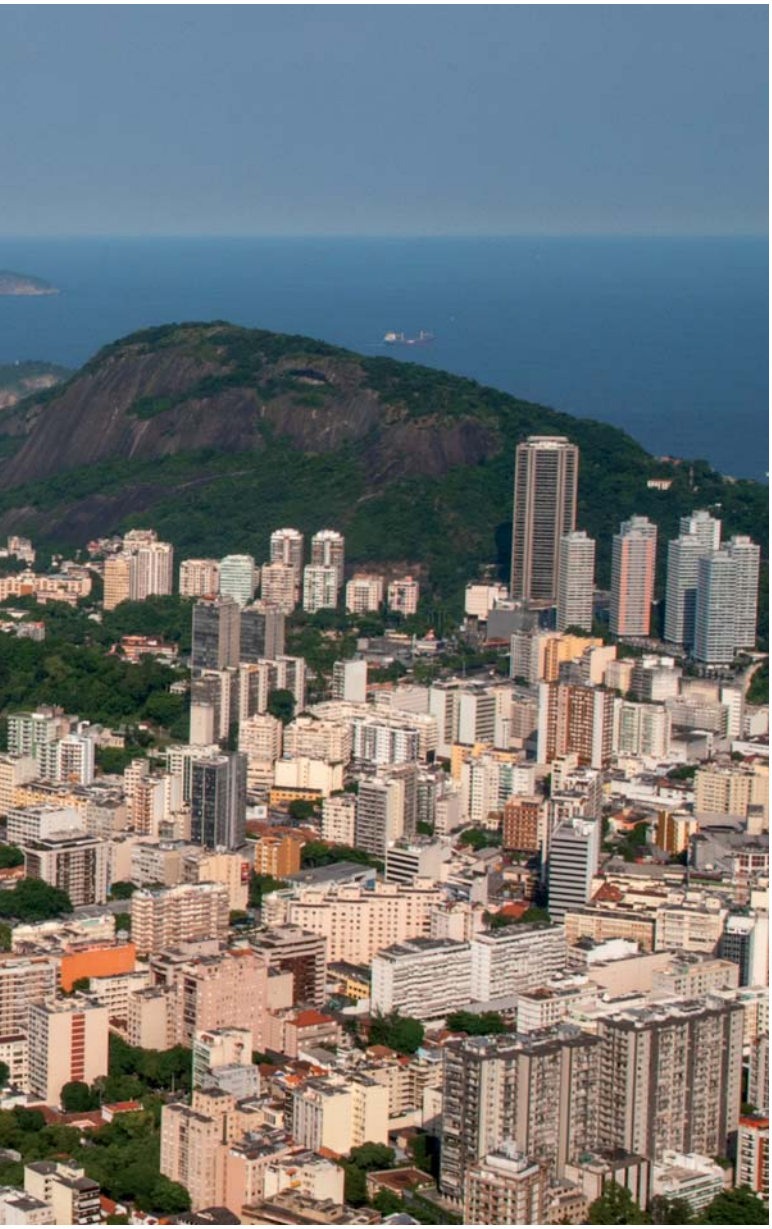
Kleiner Einblick ins große Lateinamerika

Anne Reiß und Dr. Ulf Schlegel erhielten das DGOOC-Lateinamerika-Stipendium 2012. Erstmalig war dieses Stipendium nicht auf Chile begrenzt, sodass die Fellows vom 17. November bis 9. Dezember 2012 auch in Argentinien, Uruguay und Brasilien Erfahrungen sammeln konnten.

Der atemberaubende Blick über die Anden kurz vor Santiago de Chile entschädigte für die 18 Stunden Flug von Frankfurt/Main über Sao Paulo. Nach der Landung blieb keine Zeit für ein Jetlag: Im Hotel begrüßte uns Dr. Felipe Toro von der renommierten Clinica Alemana. Er hatte für uns ein „Asado“, ein Grillfest, organisiert. So kamen wir direkt mit den verschiedenen Kollegen in Kontakt, die sich in Santiago um uns kümmern sollten. Nach einem eindrucksvollen Abend mit fantastischem Essen und leckeren Weinen freuten wir uns auf die kommenden Tage in der Klinik.

Posta Central – Versorgung an der Basis

Wir waren zunächst Gäste in der „Posta Central“. Dabei handelt es sich um ein Krankenhaus, das eine Basisversorgung für staatlich versicherte Patienten bietet. Hier empfing uns der überaus freundliche Dr. Christian Hübner, der seit vielen Jahren als Oberarzt der traumatologischen Abteilung an der Posta tätig ist. Aufgrund seiner zahlreichen Kontakte mit anderen Stipendiaten und seines eigenen Studienaufenthalts in Deutschland war er der ideale Ansprechpartner für



uns. Die Räumlichkeiten der Posta bleiben deutlich hinter heimischen Standards zurück. Einige Räume und Krankenzimmer sind dringend renovierungsbedürftig. Im OP hingegen kommen Instrumente und Implantate zum Einsatz, die zweifelsohne dem Stand der Technik in der Traumatologie entsprechen. Räumliche Unzulänglichkeiten werden durch die hervorragende Betreuung der Patienten allemal wettgemacht. Die Tatsache, dass jeder Patient mit Wangenkuss begrüßt wird, erschien uns zunächst etwas gewöhnungsbedürftig, aber wir zeigten uns lernfähig.

Die Fünf-Millionen-Metropole zeigt sich in der Innenstadt von ihrer modernen Seite, und wenn man es nicht besser wüsste, dann würde man sich in Südeuropa wähnen. Eine moderne U-Bahn, zahlreiche Geschäfte, Kaufhäuser und Restaurants lassen erahnen, dass Chile zu den reichsten Ländern Südamerikas zählt. Besonders deutlich wurde dies bei unseren Besuchen in der Clinica Alemana, die ein gänzlich anderes Klientel als die Posta Central bedient.

Clinica Alemana – „High End“

Mit Dr. Alex Vaisman verbrachten wir die ersten Vormittage im OP und konnten mehrere sportorthopädische und endoprothetische Operationen verfolgen. Nicht nur die kurzen OP-Zeiten, sondern auch die hervorragende Technik und die Fülle der Materialauswahl beeindruckten uns nachhaltig. Ungewohnt waren die sehr langen Wechselzeiten zwischen den Operationen – dadurch hatten wir allerdings die Chance, mit den verschiedenen Kollegen ins Gespräch zu kommen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Behandlung zu diskutieren.

Interessant auch die Urgencia Escolar („Schulische Notaufnahme“) – ein besonderes Konzept. Jedes Kind in Santiago kann über die Schule zum erschwinglichen Preis von 200 Dollar pro Jahr so versichert werden, dass Unfälle, die sich sowohl während als auch außerhalb der Schulaktivität ereignen, versorgt werden können. Damit sind auch alle Kosten gedeckt, wenn die Kinder operativ versorgt werden müssen. Neben Unfallopfern werden aber auch viele Kinder untersucht, die zum Beispiel infizierte Insektenstiche, Rückenschmerzen oder andere im Bewegungsapparat lokalisierte Beschwerden beklagen. Die orthopädische Sprechstunde findet hingegen eher in den Praxen statt. Einiges ist anders als bei uns: In Chile erfolgt das Screening für die Säuglingshüften durch ein Röntgenbild im dritten Lebensmonat. Sonografische Untersuchungen werden in zunehmendem Maße durchgeführt, jedoch nicht vom behandelnden Orthopäden, sondern vielmehr von den Kollegen der Radiologie.

Nachdem wir uns eingelebt hatten, fuhren wir in das etwa eine Autostunde entfernte Vina del Mar. Die am Pazifik gelegene Stadt gilt als mondäner Urlaubsort und war zu diesem Zeitpunkt Kongressort für den „Congreso Chileno de Ortopedia y Traumatologia“. Über drei Tage hatten wir im Rahmen zahlreicher Vortragsreihen und Workshops Gelegenheit, mit den dortigen Kollegen in Kontakt zu kommen. Sämtliche Vorträge wurden simultan in Englisch oder Spanisch übersetzt, was den Kongress für viele englischsprachige Besucher und Redner attraktiv machte. Zurück in Santiago blieben noch ein paar Tage, die wir wieder in den jeweiligen Krankenhäusern verbrachten, bevor uns unsere Route am 28. November nach Buenos Aires führte.

Buenos Aires

Der Ballungsraum Buenos Aires ist dank oder trotz seiner 13 Millionen Einwohner schlicht faszinierend. Die Stadt selbst nimmt jeden Besucher mit ihrer einmaligen Mischung aus modernen europäischen Elementen und vielen kolonialen Überbleibseln ein, die freundlichen Bewohner tun ihr Übriges dazu.

Dort besuchten wir gemeinsam das Hospital Alemán. Prof. Dr. José Varaona ließ es sich nicht nehmen, uns persönlich durch das Krankenhaus zu führen. Interessanterweise sind hier sämtliche Wegweiser und Informationstafeln auch in Deutsch gehalten, wenngleich sie mangels Sprachkenntnis kaum jemand lesen kann. Wir durften auch hier im OP moderne Techniken und Materialien bei den Eingriffen erleben. Die Lehre ist im Hospital Alemán ein wichtiges Element, denn der Name des Krankenhauses soll sich auch in der Qualität der ausgebildeten Ärzte widerspiegeln.

Praktischerweise fand während unseres Aufenthalts der „Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatologia“ statt. Auch

Mit Prof. Varaona (Mitte) in Buenos Aires

Kreuzbandersatz in der Clinica Alemana (Buenos Aires)

dort haben wir qualitativ hervorragende Vorträge und renommierte Redner erlebt, zahlreiche Kollegen getroffen und neue Kontakte geknüpft. Die Vorträge wurden überwiegend in spanischer, aber auch in portugiesischer Sprache gehalten, da Brasilien bei dem Kongress als Gastland nominiert war. Englische Simultanübersetzung war aber bei faktisch jedem Vortrag verfügbar.

DANKE!

Unser Dank gilt allen, die uns dieses Stipendium ermöglicht haben: der DGOOC, der SLAOT – hier besonders Herrn Prof. Dr. Jorge Ramírez –, der DLAOT, der chilenischen Partnerorganisation SCHOT, der argentinischen Partnerorganisation AAOT sowie insbesondere den Kollegen der Clinica Alemana in Santiago, der Posta Central in Santiago, Chile, des Hospital Alemán in Buenos Aires, Argentinien, der Universitätsklinik in Rio de Janeiro, Brasilien, sowie der Banco de Protesis in Montevideo, Uruguay, die sich so herzlich um unser Wohlergehen gekümmert und diesen Aufenthalt so besonders gemacht haben! Muchisimas Gracias! Muito Obrigado!

Glauben Sie alles, was Sie je über Buenos Aires gehört haben – denn es ist wahr! Dort findet sich für jede Interessenlage etwas: hektisches Treiben im Centro, Entspannung in einer der zahlreichen Galerien oder schlicht gutes Essen und Trinken mit Unterhaltung in Palermo. Oder die berühmte Nekropole in Recoleta, welche ein Erlebnis für sich ist. Unvergesslich auch der Kaffee im Freien im Hafen Puerto Madero, begleitet von einer frischen Brise vom Rio de la Plata. Den obligaten Tango mussten wir leider mangels Zeit und Talent Anderen überlassen.

Rio de Janeiro – Zuckerhut und Klinik

Kollege Schlegel hatte die Gelegenheit, zusätzlich Rio de Janeiro zu besuchen. Hier wurde er sehr freundlich von Dr. Cesar Fontenelle an der Universitätsklinik der Universidade Federal do Rio de Janeiro empfangen. In der dortigen Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie traten die Unterschiede zwischen staatlich geführten und privaten Kliniken sehr deutlich zu Tage: Die Räumlichkeiten sind absolut renovierungsbedürftig. Farbe und Stellwände können die offensichtlichen Mängel nur unzureichend verbergen. Von sechs Aufzügen waren nur zwei verfügbar, entsprechend lang die Schlangen von Besuchern und Personal, die sich davor aufreihten. Auch in den Operationssälen bleibt vieles hinter den gewohnten Standards zurück. Wie immer in Lateinamerika war die Motivation der Kollegen, trotz der widrigen Umstände eine bestmögliche Therapie der Patienten zu ermöglichen, extrem hoch. Dr. Guilherme de Freitas nahm sich viel Zeit für den Besucher aus Deutschland und beeindruckte ihn mit seinem Engagement. Sein Mut zur Improvisation und seine Einsatzbereitschaft gehen weit über das bei uns gewohnte Maß hinaus.

Wir wollen nichts beschönigen: Wenngleich die Stadt mit ihren Reizen wie dem Zuckerhut und den berühmten Stränden Ipanema und Copacabana verzaubert, blieben uns ihre Schattenseiten nicht verborgen. Bereits auf dem Weg vom Flughafen wechseln sich Favelas und Reichenviertel in schöner Regelmäßigkeit ab. Die allgegenwärtigen Polizeiposten lassen nie vergessen, dass die Krimi-

Mit Dr. Guilherme de Freitas im OP der orthopädisch-traumatologischen Klinik der Universidade Federal (Rio de Janeiro)

Zufriedene Patienten bei der Visite (Rio de Janeiro)

nalitätsrate erschreckend hoch ist: Viele Stadtgebiete und insbesondere Favelas sind gesetzlose Zonen, die von Drogenbanden oder anderen Kriminellen kontrolliert werden. Lässt man dies für einen Moment hinter sich und blickt von der Christusstatue auf dem Corcovado herab, zeigt sich eine moderne Stadt in traumhafter Naturkulisse. Aber die Zwölf-Millionen-Metropole ist eben auch eine Welt der Kontraste: Glitzerwelt und Elendsviertel liegen hier so nahe beisammen wie sonst nirgends.

Montevideo – eine Bank für Prothesen

Kollegin Reiss blieb noch etwas Zeit, weiter nach Montevideo, Uruguay, zu reisen. Das Ziel dort war die „Banco de Protesis", ein nationales Zentrum für Endoprothetik. In diesem Krankenhaus werden sowohl gesetzliche als auch privatversicherte Patienten unter einem Dach mit der gleichen, hervorragenden Technik behandelt. Dies ist in Lateinamerika sehr selten.

Dr. Justino Menéndez, Spezialist für Hüftendoprothetik, zeigte mit Freuden die Klinik. Insgesamt hat die kleine Klinik in diesem vergleichsweise kleinen Land tief beeindruckt – die Organisation und die Nettigkeit des gesamten Personals suchen ihresgleichen. Die Wechselzeiten zwischen zwei Prothesenoperationen betrugen nur 15 Minuten. Schließlich reisten wir voller neuer Eindrücke zurück nach Deutschland. Nachhaltig beeindruckt hat uns die Gastfreundschaft und Hilfsbereitschaft, die wir im Rahmen unserer Reise überall erfahren haben. Auf diesem Wege möchten wir uns somit bei allen bedanken, die dieses Stipendium zu einer einzigartigen Erfahrung machten.

2013 werden die Kollegen aus Lateinamerika die Chance haben, uns in Deutschland zu besuchen und unser Land zu erleben. Wir freuen uns, dass wir uns auf diese Art revanchieren können. Und für 2014 besteht für alle Interessierte erneut die Möglichkeit, sich bei der DLAOT/ DGOOC für ein Fellowship zu bewerben, um das Arbeiten und Leben in Lateinamerika kennen zu lernen!

Anne-Kathrin Reiß
Dr. Ulf Schlegel

Anne-Kathrin Reiß, Assistenzärztin in der Orthopädischen Klinik Kassel

Dr. Ulf Schlegel, Department Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Foto: Rudert

Vom 28. bis 30. November fand der Jahreskongress 2012 der SICOT statt.

SICOT WELTKONGRESS 2012

O und U am Persischen Golf

Der Jahreskongress 2012 der Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SICOT) fand vom 28. bis 30 November 2012 in Dubai statt und stand ganz im Zeichen der PAOA, der Panarabic Orthopaedic Association. Von der Deutschen Sektion der SICOT wurden dazu acht Reisestipendien à 1.000 Euro vergeben.

An den Tagen vor dem Kongress wurden die SICOT-Council-Meetings und die Examen abgehalten. Die Zahl der Kandidaten für die Examen ist von Jahr zu Jahr ansteigend. Begonnen wird die Prüfung mit einem Multiple-Choice-Test, der sich stark am Englischen FRCS-Examen orientiert, gefolgt von einer mündlichen Prüfung. Insgesamt haben 24 „Examiners" 32 Kandidaten geprüft. Jeder Kandidat muss dabei eine halbstündige Prüfung in den Topics „Adult and Pathology", „Trauma", „Hand and Pediatrics" und „Basic Science" absolvieren. Das Examen hat besonders in den Ländern Bedeutung gewonnen, die keine eigenen Facharztprüfungen abhalten wollen oder können. Außerdem versteht sich die SICOT als internationale Weltorganisation mit dem Ziel, die Ausbildung und damit auch Behandlung in den Ländern zu verbessern, die nicht unsere westlichen Standards erfüllen können.

Über einen Zeitraum von drei Kongresstagen wurden 670 freie Beiträge und 927 E-Poster präsentiert sowie 31 Symposien abgehalten, die das gesamte Gebiet der Orthopädie und Traumatologie abgedeckt haben. Dazu haben auch elf Instructional Course Lectures beigetragen. Zusätzliche Plenary Lectures vor vollen Sälen wurden von Freddie Fu, C. Niek Van Dijk, C. Ranawat und Gamal Hosny präsentiert. Wer darüber hinaus noch Zeit gefunden hat, konnte sich den Burj Khalifa, das mit 828 Metern höchste Gebäude der Welt, oder die mit über 1.000 Läden größte Mall der Welt, die Dubai Mall, ansehen oder in die Wüste fahren oder …

Prof. Dr. Maximilian Rudert

Prof. Dr. Maximilian Rudert, Würzburg, Nationaldelegierter der SICOT

ÜBER SICOT

Die Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie ist eine Vereinigung für Ärzte, die gerne weiterbilden und sich völlig verschiedene Gesundheitssysteme ansehen. Kontakte knüpfen geht bei etwas Offenheit sehr schnell und ist immer eine Bereicherung. Der diesjährige Kongress findet in Hyderabad vom 17. bis 19. Oktober 2013 statt. Werden Sie Mitglied der SICOT, nehmen Sie teil, besuchen Sie Indien und die ganze Welt der Orthopädie und Unfallchirurgie!

Foto: www.goruma.de

Chaotische Verkehrsverhältnisse: Im Iran verlieren jeden Tag bis zu 70 Menschen ihr Leben im Straßenverkehr.

RAZAVI INTERNATIONAL CONGRESS

Für mehr Road Safety im Iran

Vom 13. bis zum 14. Februar 2013 fand im Ravazi Hospital in der iranischen Stadt Mashhad in Zusammenarbeit mit der World Health Organisation (WHO) zum zweiten Mal der Razavi International Congress on Road Safety statt.

Der Einladung des Kongresspräsidenten Prof. Ali Gorji (Westfälische Wilhelms-Universität Münster) folgten in diesem Jahr erneut Mitglieder der AG Prävention von Verletzungen (DGU)/Sektion Prävention (DGOU). Bereits im Vorjahr organisierte der iranisch-stämmige Professor erstmals mit großem Erfolg diesen internationalen Kongress mit dem Ziel, die hohe Anzahl der Verkehrsopfer im Iran deutlich zu reduzieren. Auf den Straßen Irans verlieren täglich bis zu 70 Menschen ihr Leben, mehr als 700 werden schwer verletzt.

Insgesamt waren 54 Wissenschaftler und Experten aus 14 Nationen zu Vorträgen, Diskussionen und Verkehrssicherheitskampagnen geladen. Die Bedeutung und Dringlichkeit dieses nationalen und globalen Problems wurde durch die Anwesenheit hochrangiger Vertreter deutlich. So waren neben dem deutschen Botschafter, Bernd Erbel, auch der Leiter der iranischen Verkehrspolizei, General Eskandar Momeni, sowie Vertreter der WHO Iran, der WHO-Region Eastern Mediterranean und aus dem WHO Hauptquartier Genf vor Ort.

TEILNEHMER

Aus der AG Prävention von Verletzungen (DGU)/Sektion Prävention (DGOU) haben teilgenommen:

Prof. Günter Lob	München
PD Dr. Carl Haasper	Hamburg
Dr. Uli Schmucker	München
Dr. Christina Huwer	Genf
Dr. Britta Wieskötter	Münster
Dr. Thomas Brockamp	Köln-Merheim

Die deutschen Referenten aus DGU und DGOU stellten Themen wie „Innovative Fahrzeugsicherheitstechnologien“, „Verkehrssicherheitspädagogik“ (P.A.R.T.Y.-Programm), „TraumaRegister DGU® und TraumaNetzwerk DGU®“, „Internationale Harmonisierung amtlicher Unfallstatistiken“, „WHO Trauma Checklist“, „Altersabhängige Unfallmerkmale“ sowie die „Münsteraner Fahrradstudie als Kombination medizinisch-polizeilicher Datenerhebung“ vor.

Rückblickend ist diese zweite Konferenz ein voller Erfolg gewesen, auch wenn es im Vorfeld bei dem einen oder anderen Kongressteilnehmer Bedenken bezüglich der politischen Sicherheitslage gegeben haben mag. Schlussendlich sind wir uns einig, dass es von großer Bedeutung ist, die Verkehrssicherheitsarbeit und medizinische Versorgung der Unfallverletzten im Iran und weltweit aktiv zu unterstützen. Einer erneuten Einladung zum Razavi International Congress on Road Safety würden wir jederzeit gerne wieder folgen.

Dr. Britta Wieskötter
Dr. Thomas Brockamp

Dr. Britta Wieskötter, Münster

Dr. Thomas Brockamp, Münster

Fotos: Europabaum

Eine Woche lang trafen sich Jugendliche aus Spanien, Frankreich und Deutschland in Donzdorf und setzten sich mit dem Thema Alter auseinander.

JUGENDPROJEKT

Altern in Europa

Im Sommer 2012 trafen sich unter dem Motto „Altern in der europäischen Gesellschaft“ in Donzdorf (Baden-Württemberg) Jugendliche aus Rogges (Frankreich), Calasparra (Spanien), Neusalza-Spremberg (Deutschland) und aus Donzdorf. Diese Begegnung knüpfte an das European Year for Active Ageing and Solidarity between the Generations – das Europäische Jahr für Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen an.

Um die Öffentlichkeit für den gesellschaftlichen Beitrag älterer Menschen zu sensibilisieren, rief die Europäische Union im vergangenen Jahr das Europäische Jahr für Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen aus. Damit wollte sie die politischen Entscheidungs- und Interessenträger auf allen Ebenen dazu anhalten, auf bessere Rahmenbedingungen für aktives Altern und die Stärkung der Solidarität zwischen den Generationen hinzuwirken. Der Verein Europabaum in Donzdorf, der sich um die Aufrechterhaltung, Erweiterung und Pflege der Städtepartnerschaften kümmert, wollte seinen Beitrag dazu leisten und initiierte im Jahr 2012 eine multilaterale Jugendbegegnung zum Thema „Altern in der Europäischen Gesellschaft“. Dazu wurden Schüler aus der französischen Patenstadt Riorges, dem spanischen Calasparra und Neusalza-Spremberg in Sachsen eingeladen.

Teilnahmevoraussetzungen gab es nicht, die Jugendlichen sollten allerdings nicht jünger als 15 Jahre und nicht älter als 20 Jahre sein. Bewerbungen von sozial benachteiligten und behinderten Jugendlichen wurden bevorzugt, die Bewerber wurden von den örtlichen Komitees der beteiligten Länder ausgewählt. Träger waren die Stadt Donzdorf und der Verein Europabaum. Unterstützt wurde die Veranstaltung von den örtlichen Schulen, die die Schüler dafür freistellten, von den Trägern des Gesundheitswesen und den regionalen Körperschaften wie der kreiseigenen Klinik am Eichert, ein Krankenhaus der Grundversorgung, der Geriatrischen Rehaklinik im Christophsbad Göppingen, eine freie Stiftung, der Kursana Altenpflegeeinrichtung und der örtlichen Sozialstation. Desweiteren wurden verschiedene Vereine wie der örtliche Sportverein TG Donzdorf, die evangelische und die katholische Kirchengemeinde, die Kolpingfamilie und das Aktionstheater Donzdorf eingebunden.

Die Wahrnehmung von Alter ändern

Ziel war es, die Wahrnehmung von Alter in den einzelnen Ländern darzustellen. Dazu hatten die einzelnen Gruppen bereits vor ihrer Anreise einen Sketch erarbeitet, den sie am Ende der Begegnungs-

Sport und Theater standen ebenso auf dem Programm wie ein Treffen mit Politikern und der Besuch eines örtlichen Krankenhauses.

woche bei einem Theaterstück „Altern in Europa 2015 – eine Vision“ auf die Bühne brachten. Damit sollte dargestellt werden, wie sich die Wahrnehmung von Alter ändert, wenn man sich mit dem Thema erst einmal auseinandersetzt.

Ermöglicht wurde diese Woche durch eine finanzielle Förderung der EU im Rahmen des EU-Projektes „Jugend in Aktion“. Auch die Stadt Donzdorf, ansässige Unternehmen und private Spender leisteten ihren Anteil. Die Jugendlichen wurden in Familien untergebracht, die Mitglieder des Vereins Europabaum organisierten die Veranstaltungen. Insgesamt nahmen 53 Jugendliche und 14 Betreuer an diesem Projekt teil.

Viele Begegnungen und politische Diskussionen

Während der Woche kam der Begegnungscharakter nicht zu kurz. Neben gemeinsamen Essen, dem Erwerb des Sportabzeichens, der Theaterarbeit, Grillen, einer Disco und einem gemeinsamen ökumenischen Gottesdienst besichtigten die Jugendlichen die Stadt Ulm und Umgebung. Auch eine Diskussionsrunde mit Politikern sowohl aus dem EU-Parlament als auch auf Landes- und kommunaler Ebene stand auf dem Programm. So manche Frage der jungen Leute erstaunte die Politiker und zeigte, dass die Begegnungswoche dazu beigetragen hatte, ein Problembewusstsein bei den Jugendlichen zu erzeugen.

Im Laufe der Woche besuchten die Jugendlichen in zwei Gruppen die Klinik am Eichert. Dabei wurden ihr geriatrischer Schwerpunkt, Probleme der Altersmedizin und die Brückenpflege vorgestellt. In der Rehaklinik befassten sich unsere Gäste und ihre deutschen Gastgeber mit den Problemen der altersgerechten Reha und den medizinischen und rehabilitativen Problemen des Alters (Mobilisation, Rückkehr zum eigenverantwortlichen Leben). Ihre soziale Kompetenz wurde durch Besuche und Teilnahme am Leben in einem Altenpflegeheim und in der Sozialstation mit Tagespflege geschult.

Jugend muss sich mit Alter auseinandersetzen

Wir konnten unseren Gästen auf diese Weise das deutsche Gesundheitswesen verdeutlichen und durch die Theaterarbeit ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Altersproblematik der Gesellschaft ein gesamteuropäisches Problem darstellt, mit dem sich die nachfolgende Generation auseinandersetzen muss. Die Begegnungswoche ging nahtlos in das Stadtfest über, bei dem sich die Vereine der Gemeinde darstellten und feierten. Zu erwähnen ist auch, dass am Stadtlauf Mannschaften von Jugendlichen der beteiligten Städte teilnahmen.

Insgesamt ist von dieser Veranstaltung ein positives Fazit zu ziehen. Es gelang, Probleme des Alterns aus sozialen, politischen und medizinischen Blickwinkeln zu beleuchten, den Jugendlichen Erfahrungen zu vermitteln und ihnen und uns Erwachsenen zu zeigen, dass Wahrnehmung und Erleben änderbar sind und dass die Zukunft nur gemeinsam zu bewältigen ist. 2013 findet die Jugendbegegnung mit den beteiligten Gruppen in Spanien statt und wendet sich dort dem Thema Jugendarbeitslosigkeit zu.

Reinhard Deinfelder

Reinhard Deinfelder, Projektleiter der Begegnungswoche, ist Landesvorsitzender des BVOU Württemberg und stellvertretender Vorsitzender von Europabaum e.V.

Personalia

Dr. Frank Braatz wurde von der Privaten Hochschule Göttingen zum Professor für Medizinische Orthobionik berufen. Bisher war er als Leiter der Sektion Technische Orthopädie und Infantile Cerebralparese in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg tätig.

Dr. Tobias Fehmer hat die Leitung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Nordwest-Krankenhaus (NWK) Sanderbusch übernommen. Nach beruflichen Stationen in London, Gelsenkirchen und Volmarstein war der 45-Jährige zuletzt an der Chirurgischen Klinik des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum tätig.

Dr. Arne Fittje steht der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie am Eichsfeld Klinikum als neuer Chefarzt vor. Der 52-Jährige ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Unfallchirurgie, Chirotherapie sowie Notfallmedizin.

Dr. Andreas Gassen wurde am 22. März 2013 einstimmig zum neuen ersten Vorsitzenden des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFA) gewählt. Dr. Gassen ist zudem stellvertretender Vorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie BVOU e.V. und einer der stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Dr. Marcus Hollenstein, Berlin, ist als Vertreter der Weiterbildungsassistenten in den Gesamtvorstand des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie gewählt worden.

PD Dr. Jörn Kircher, ehemals Leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor der Orthopädischen Klinik der Universität Düsseldorf, wurde im Fach Orthopädie mit der Arbeit „Pathomechanismen und ihre Bedeutung bei der Therapie der Omarthrose“ habilitiert. Seit Januar 2013 ist er an der Klinik Fleetinsel in Hamburg mit dem Schwerpunkt Schulter- und Ellenbogenchirurgie tätig.

PD Dr. Hans-Michael Klinger, Geschäftsführender Oberarzt der Abteilung Orthopädie der Universitätsmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, wurde zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

PD Dr. Ralf Kraus ist neuer Ärztlicher Direktor der Asklepios-Klinik Lich. Der Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie, Wirbelsäulen- und Kindertraumatologie übernahm das Amt von Dr. Uwe Kullmer, der seit dem Ausscheiden von Professor Dr. Peter Hild die Funktion des kommissarischen ärztlichen Direktors inne hatte.

Prof. Dr. Dr. Michael Sauerbier wird zum 1. Mai 2013 neuer Chefarzt der Abteilung für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main. Er folgt damit Dr. Reiner Winkel, der die Abteilung 20 Jahre unter dem Namen Abteilung für Hand- und wiederherstellende Plastische Chirurgie geleitet hat und nun in den Ruhestand geht.

Dr. Thomas Schellinger hat die Chefarzt-Position an der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Helios-Spital Überlingen übernommen. Der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit Spezieller Unfallchirurgie verfügt über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und ist zertifizierter Fußchirurg.

Dr. Axel Sckell, Oberarzt an der Abteilung Unfallchirurgie der Universitätsklinik Greifswald, ist als Vertreter der Oberärzte in den Gesamtvorstand des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie gewählt worden.

PD Dr. Julia Seifert wurde durch den Senat der Universität Greifswald der Titel einer außerplanmäßigen Professorin verliehen. Die Leitende Oberärztin am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) und Vizepräsidentin des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) habilitierte 2006 an der Greifswalder Universität und machte sich dort vor allem mit der Verkehrsunfallforschung einen Namen.

PD Dr. Rolf Sobottke ist seit dem 1. Oktober 2012 Chefarzt der Orthopädie des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie des Medizinischen Zentrums der StädteRegion Aachen.

PD Dr. Bettina Westhoff wurde zur außerplanmäßigen Professorin der Heinrich-Heine-Universität ernannt. Sie ist als leitende Oberärztin an der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf tätig. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der instrumentellen Bewegungsanalyse sowie in kindlichen Hüft- und Fußerkrankungen.

Prof. Dr. Gerald Zimmermann ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie am Mannheimer Theresienkrankenhaus. Der 47-Jährige, arbeitete zunächst als Assistenzarzt in der Unfallchirurgie des Theresienkrankenhauses, an der Chirurgischen Klinik in Bruchsal sowie an der BG Unfallklinik Ludwigshafen.

Wir gratulieren...

Zum 80. Geburtstag
... Dr. Otmar Behr, Saarbrücken
... Dr. Hans Joachim Everke, Straubing
... Dr. Manfred Melzer, Monheim
... Dr. Dieter Merkelbach, Überlingen
... Dr. Theo Regensburger, München
... Prof. Dr. Erich Schmitt, Wiesbaden
... Dr. Karl J. Vilbusch, Lippstadt
... Dr. Bernd Zuckmayer, Lübeck

Zum 85. Geburtstag
... Dr. Wolfram Beer, Berlin
... Dr. Hans M. Grueter, Köln
... Prof. Dr. Hans Konrad Wellmer, Bielefeld
... Dr. Stefan Popov, Petersberg

Zum 90. Geburtstag
... Dr. Ingeborg Ast, Reutlingen
... Dr. Wilhelm Baumann, Aachen
... Dr. Gustav Laib, Hochdorf
... Dr. Claus Sanden, Waldbronn
... Medizinaldirektor Dr. Erich Werner, Starnberg

Zum 95. Geburtstag
... Dr. Hans Moritz Benirschka, Berlin

Erinnerung an Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann †

Am 11. Januar 2013 ist Professor Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann in Schondorf am Ammersee, dem Familiensitz seit Kindertagen, im 92. Lebensjahr gestorben.

Im fränkischen Spalt am 29. August 1921 geboren, wuchs er in Freising auf, wo sein Vater als Professor für Tierzucht an der damaligen Landwirtschaftlichen Akademie in Weihenstephan wirkte. Nach dem Abitur 1939 in München und einer kurzen militärischen Grundausbildung konnte er sich noch im Herbst 1939 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München für Medizin einschreiben. 1941 holte ihn der Krieg ein; doch eine Verwundung ermöglichte die Abkommandierung zum Studium mit der Folge, dass er im Verlaufe der klinischen Semester als Feldunterarzt (cand. med.) wieder an die Front kam und bis über das Kriegsende hinaus, oft auf sich allein gestellt, reiche chirurgische Erfahrungen sammeln konnte.

Die Lektüre seines 1995 erschienenen und mehrfach aufgelegten Lebensberichts „Kalte Chirurgie“ vermittelt nicht nur einen höchst interessanten Einblick in die Umstände der medizinischen, insbesondere der chirurgischen Anforderungen und Gegebenheiten in der Kriegs- und Nachkriegszeit, sondern erklärt überzeugend, dass der spätere Rechtsmediziner eben auch „Arzt“ und dazu ein kenntnisreicher, in Zeiten des Mangels und der Improvisation früh gereifter war, der sich das Verständnis für die kurative Medizin von Grund auf erarbeitet hatte und sich daraus später auch das Empfinden für die praktisch tätigen Kollegen bewahrte und diesen immer zugewandt blieb.

Auf das Staatsexamen und die Promotion – 26-jährig 1947 – folgte nach einer gründlichen Ausbildung in der Pathologie (Emminger), beeinflusst von einer früheren Idee, die Rechte zu studieren, der Eintritt in das Institut für gerichtliche Medizin (Laves) der LMU. Nach der Habilitation 1956 erhielt er 1966 den Ruf nach Freiburg als Ordinarius und Direktor des Instituts für Gerichtliche und Versicherungsmedizin. Zwei Jahre lang „diente“ er seiner Fakultät auch als Dekan. 1969 Berufung nach München und Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der LMU und bald danach auch Lehrbeauftragter am Klinikum rechts der Isar der TU München. Von 1970 bis zu seiner Emeritierung 1989 war er zugleich Dekan der Medizinischen Fakultät der LMU. Als Beratender Arzt des Landesverbandes Bayern der Berufsgenossenschaften hatte ich öfter Gelegenheit, mit Wolfgang Spann Verhandlungen und Gespräche zu führen, aus denen mir vor allem in Erinnerung geblieben ist, wie er die Fährnisse der keineswegs ruhigen Zeit für seine Fakultät zu bestehen verstand und doch stets allen Beteiligten

Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann

angemessen gerecht zu werden suchte. Manche kritisierten, er habe der aufstrebenden Unfallchirurgie keinen Raum gewährt; das trifft jedoch nicht zu; denn 1971 wurde mit der Wiedererrichtung des Ordinariats an der Chirurgischen Klinik in der Nußbaumstraße ein dann sehr erfolgreicher Schwerpunkt Unfallchirurgie aufgebaut. Wolfgang Spann war bereits seit 1969 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gewesen, 1985 wurde er zu unserem Ehrenmitglied ernannt.

Neben der schon erwähnten „Kalten Chirurgie“, die in unübertrefflicher Berichtskunst die klinische Bedeutung der Rechtsmedizin darstellt und die man getrost als Kanon für jeden Kliniker empfehlen kann, hat er zusammen mit dem Pathologen Hubert Fischer (†) bereits 1967 eine „Pathologie des Trauma“ verfasst. Diese ist noch heute „spannend“ zu lesen und für Unfallchirurgen auch 46 Jahre nach ihrem Erscheinen eine bleibend aktuelle Fundgrube. Es muss uns tröstlich stimmen, Wolfgang Spann so lange Jahre zu den Unsrigen gezählt haben zu dürfen.

Prof. Jürgen Probst
Murnau

Grande Dame der Ganganalyse gestorben

Foto: Ruth Jackson Orthopaedic Society

Ganglabor und Ganganaylse sind maßgeblich von ihr geprägt: Dr. Jacquelin Perry. Sie starb im März im Alter von 94 Jahren.

Am 11. März 2013 ist Dr. Jacquelin Perry, University of California, Rancho Los Amigos, Los Angeles, im Alter von 94 Jahren verstorben. Sie war weltweit bekannt als die „Mutter der Ganganalyse".

Ihre Ausbildung hatte Jacquelin Perry zunächst im Bereich Sport und Körpererziehung (1935 – 1940) begonnen und schloss am Walter Reed Army Hospital 1941 ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin ab. Während der Kriegszeit arbeitete sie in unterschiedlichen Krankenhäusern der US-Streitkräfte und übte Lehrtätigkeiten an zwei von den Streitkräften unterhaltenen Ausbildungsstätten für Physiotherapie in Hot Springs/Arizona und Denver/Colorado aus. Sie unterrichtete dabei Anatomie, Kinesiologie sowie Übungstherapie.

Nach Kriegsende absolvierte sie dann von 1946 bis 1950 an der University of California ihr Medizinstudium mit klarer Zielrichtung in den Bereich der Orthopädie, arbeitete dann zunächst an der University of California in San Fransisco und beschäftigte sich dabei insbesondere mit Programmen für Poliomyelitis-Geschädigte. Schon hier betätigte sie sich in der beobachtungsgestützten Ganganalyse. 1955 wechselte Jacquelin Perry zum Kinderkrankenhaus Rancho Los Amigos, dem größten US-Krankenhaus für behinderte Kinder in Los Angeles, und arbeitete dort lange Zeit als leitende Direktorin der Abteilung für Pathophysiologie. Ihre Schwerpunkte lagen dabei auf der Behandlung von Poliomyelitisfällen.

Ich selbst hatte das Vergnügen, im Jahre 1996 im Rahmen des Travelling Fellowship der Initiative '93 Technische Orthopädie der DGOOC und des BVOU Jacquelin Perry besuchen zu dürfen. Die damals schon hoch betagte „Grande Dame" beeindruckte dabei mit einem unglaublichen Wissensschatz, einer klaren und sehr exakten klinischen Ganganalyse und Beobachtung bei den schwer geschädigten Patienten, die es in dieser Menge letztendlich nur in der Polio-Sprechstunde bei Dr. Perry gab. Sie gilt als die wesentliche Entwicklerin und Mutter der heutigen Ganganalyse. Zahlreiche Publikationen unterstreichen dabei ihre Arbeit. Sie hat das Ganglabor und die weltweite Ganganalyse massiv vorangetrieben. Die von Frau Perry 1992 erstmals umfassend vorgelegte Grundlagenbeschreibung der Ganganalyse gilt auch heute noch als Standardwerk. Der Klassiker „Gait analysis: normal and pathological function", der auch in deutscher Übersetzung vorliegt, hat seine Wertigkeit nicht verloren.

Für Frau Perry stand immer die Teamarbeit weit im Vordergrund, hier pflegte sie eine besonders intensive Zusammenarbeit mit ihrem ärztlichen Kollegen Dr. John Hsu. Die Nomenklatur im Bereich der Ganganalyse geht im Wesentlichen auf die Veröffentlichungen von Frau Perry zurück und hat in der Zwischenzeit auch Einfluss in eine DIN ISO Norm zur Ganganalyse gefunden.

Die wissenschaftliche Welt verliert mit Dr. Perry eine ganz prägende Persönlichkeit, deren Tätigkeit für viele ärztliche Kollegen sowie behinderte Patienten unersetzlich bleiben wird.

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

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

SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER

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

Kontakt:
Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
Tel.: (040) 3591 4-285
s.wilhelmi@funk-gruppe.de
www.funk-gruppe.de

Praxisinventar – mit Ausfall – Versicherung

Ass. jur. Stefan Wilhelmi, Funk Gruppe

Mit einer Praxisinventar-Versicherung können zunächst die in einer Praxis befindlichen Sachwerte gegen diverse Gefahren (zum Beispiel Einbruchdiebstahl, Feuer, Leitungswasser) abgedeckt werden. Es ist also praktisch die „Hausrat-Versicherung" für die Praxis. In den Versicherungsschutz eingeschlossen werden können die Einnahmeausfälle, welche entstehen, wenn die Praxis nach einem versicherten Sachschaden (zum Beispiel einem Brand oder einer Verwüstung bei einem Einbruch) vorübergehend nicht betrieben werden kann.

Sowohl die Praxisinventar-Versicherung als auch die sogenannte Betriebsunterbrechungs-Versicherung sind wichtige Bestandteile im Versicherungsprogramm einer Arztpraxis, wobei immer wieder Unsicherheiten bestehen, wie die entsprechenden Versicherungssummen berechnet werden sollten. Hierzu nachfolgend einige Hinweise:

Praxisinventar-Versicherung (Sachwerte)

Der Sach-Versicherung für Arztpraxen liegt das sogenannte Vollwertprinzip zugrunde, das heißt der eingetretene Schaden wird nur dann in voller Höhe ersetzt, wenn die dokumentierte Versicherungssumme dem Versicherungswert am Tag des Schadens mindestens entspricht.

Der Versicherungswert ist der Betrag, der aufzuwenden ist, um die versicherten Sachen wiederherzustellen oder wiederzubeschaffen. Er setzt sich zusammen aus dem Inventar, den vom Versicherungsnehmer eingebrachten Einbauten sowie eventuellen Vorräten. Da für eine Praxis eine Neuwert-Versicherung besteht, sind bei der Berechnung des Versicherungswertes Neuwerte anzusetzen. Abzustimmen ist die Versicherungssumme mit einer eventuell bestehenden Elektronik-Versicherung.

Die Versicherungssumme stellt, unabhängig von der Schadenhöhe, die maximale Entschädigungsleistung des Versicherers dar. Realisiert sich im Fall eines Totalverlustes ein Schaden von beispielsweise 500.000 Euro und beträgt die Versicherungssumme am Schadentag lediglich 300.000 Euro, wird der Differenzbetrag nicht entschädigt. Aber auch bei den häufigeren Fällen eines Teilschadens kann eine nicht unzureichende Versicherungssumme existenzbedrohende Auswirkungen haben. Im Fall einer nicht ausreichenden Versicherungssumme (Unterversicherung) wird der eingetretene Teilschaden nur im Verhältnis Versicherungssumme zum Versicherungswert entschädigt.

Die Entschädigungsberechnung erfolgt anhand der nachstehenden Formel:

$$\text{Entschädigung} = \frac{\text{Schaden x Versicherungssumme}}{\text{Versicherungswert}}$$

Danach würde ein Schaden von 100.000 Euro (bei einer Versicherungssumme von 300.000 Euro und einem tatsächlichen Wert der versicherten Sachen in Höhe von 500.000 Euro) lediglich mit einem Betrag von 60.000 Euro entschädigt wer den. Die Differenz wird nicht reguliert und geht zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Bei nennenswerten Schäden prüfen die Versicherer nach unseren Erfahrungen die vereinbarte Versicherungssumme sehr kritisch und intensiv. Insofern sind ausreichende Versicherungssummen von extrem hoher Bedeutung für einen vollständigen Versicherungsschutz. Die Verantwortung für die ausreichende Bemessung trägt allein der Versicherungsnehmer.

Folgende beispielhafte Hinweise müssen bei der Festlegung der Versicherungssumme beachtet werden:

- Es sind die aktuellen Neuwerte anzusetzen, auch dann, wenn die Einrichtungsgegenstände beispielweise gebraucht erworben wurden oder auch eine Ersatzbeschaffung nicht geplant ist. Der Neuwert ist der Betrag, der aufzuwenden ist, um Sachen gleicher Art und Güte in Neuwertigem wiederzubeschaffen oder sie neu herzustellen. Rabatte bei der ursprünglichen Anschaffung müssen unberücksichtigt bleiben.
- Buchwert (Anschaffungs- und Herstellungskosten vermindert um jährliche Abschreibungen) nach handels- bzw. steuerrechtlichen Vorschriften ist für die Summenermittlung in der Sach-Versicherung unbrauchbar. Wird auf der-

artiges Zahlenmaterial zurückgegriffen, ist eine Unterversicherung vorprogrammiert.
- Neuzugänge/Investitionen sind regelmäßig zu berücksichtigen, Abgänge sind gegenzurechnen (um eine Überversicherung zu vermeiden).
- Fremdes Eigentum (Miete oder Leasing) ist in der Regel durch den Versicherungsnehmer zu versichern. Insofern müssen auch solche Gegenstände in der Versicherungssumme berücksichtigt werden.
- Die einmal ermittelten Summen müssen mindestens jährlich überprüft und an die allgemeine Preisentwicklung angepasst werden.
- Die nach den genannten Kriterien ermittelten Summen sollten zur Sicherheit um einen Puffer von mindestens zehn Prozent erhöht werden.
- Falls Unsicherheiten bei der Summenfindung auftreten, die vom Wert her erheblich sind, ist eine Klarstellung mit dem Versicherer zu vereinbaren.

Betriebsunterbrechungs-Versicherung

Während die Sach-Versicherung den Substanzschaden an den vom Schaden betroffenen Gegenständen abdeckt, wird über die Betriebsunterbrechungs-Versicherung (BU-Versicherung) der Schaden abgedeckt, der sich aus dem Stillstand des Betriebs nach einem versicherten Sachschadenereignis er gibt. Die finanziellen Auswirkungen einer solchen unfreiwilligen Unterbrechung können oftmals über dem eigentlichen Sachschaden liegen. Eine ausreichende Absicherung derartiger Schäden ist daher mindestens genauso wichtig wie die Absicherung des Sachsubstanzschadens selbst. Auch bei der Betriebsunterbrechungs-Versicherung ist eine ausreichende Versicherungssumme eine Voraussetzung für die vollständige Entschädigung des entstandenen Schadens.

Zur Absicherung eines möglichen Unterbrechungsschadens wird oft das Modell der sogenannten Klein-Betriebsunterbrechungs-Versicherung (KBU) gewählt. Bei dieser Deckung handelt es sich um eine Zusatzvereinbarung zur bestehenden Sach-Versicherung. Eine gesonderte Summenermittlung für diese Form der Ausfall-Versicherung wird nicht vorgenommen. Stattdessen wird hilfsweise die maximale Entschädigung auf die zur Sach-Versicherung vereinbarte Versicherungssumme festgelegt.

Beispiel:
VS der Sach-Versicherung (Inhaltswerte): 300.000 Euro
> max. Entschädigung der Klein-BU-Deckung 300.000 Euro

Die Haftzeit, also der Zeitraum, für den der Ausfallschaden längstens ersetzt wird, beträgt bei der Klein-BU-Versicherung regelmäßig zwölf Monate. Unterversicherung wird (nur) angerechnet, sofern die Versicherungssumme zur Sach-Versicherung nicht ausreichend ist.

Zu beachten ist bei der Klein-Betriebsunterbrechungs-Versicherung, dass diese Deckungsform in vielen Fällen eher eine provisorische Hilfsdeckung darstellt, da bei manchen Betriebsarten (unter anderem Rechtsanwaltskanzleien, Arztpraxen etc.) der mögliche Unterbrechungsschaden in keinem Zusammenhang mit dem Wert der jeweiligen Betriebsausstattung steht. Für solche Betriebe bietet die KBU keinen ausreichenden Versicherungsschutz. Es wird dringend angeraten, den Versicherungsbedarf einer Praxis in Bezug auf Unterbrechungsschäden zu überprüfen.

Im Fall einer Betriebsunterbrechung können weder der Gewinn noch die (trotz Unterbrechung) fortlaufenden (festen) Kosten erwirtschaftet werden. Beides ist Gegenstand einer Betriebsunterbrechungs-Versicherung. Zu den fortlaufenden Kosten zählen unter anderem Gehälter, Mieten oder verbrauchsunabhängige Kosten der Energieversorgung wie Grundgebühren. Nicht versichert sind die Kosten, die beim Stillstand des Betriebs nicht anfallen. Als Beispiel für diese (nicht versicherten) variablen Kosten seien verbrauchsabhängige Kosten für Energie und speziell für Arztpraxen Aufwendungen für Verbandsmaterial genannt. Als Faustformel für eine erste, grobe BU-Summenermittlung kann daher gelten:

Versicherungswert = Umsatz abzüglich Wareneinsatz

Da bei Arztpraxen der Posten „Wareneinsatz“ (im Gegensatz zu produzierenden Betrieben) in aller Regel verschwindend gering sein dürfte, kann hier fast der Praxisumsatz als der zu versichernde Wert festgelegt werden, wobei die sich durch die wenigen variablen Kostenpositionen ergebende Überversicherung als Vorsorge bzw. Sicherheitspolster angesehen werden kann.

Bitte prüfen Sie unter diesen Gesichtspunkten die vereinbarten Versicherungssummen der für Ihre Praxis bestehenden Sach- und BU-Deckungen, wobei wir die Einschaltung eines qualifizierten Beraters empfehlen.

Nutzen Sie Ihre Vorteile als BVOU-Mitglied.

Risiken durchleuchten. Und sinnvoll absichern.

Wir geben Sicherheit.

Als Arzt mit Ihrem Tätigkeitsspektrum ist ein umfassender beruflicher Versicherungsschutz existenzsichernd. In enger Kooperation mit Ihrem Berufsverband bieten wir Ihnen hierzu die Vorzüge diverser exklusiver Rahmenverträge. Eine detaillierte Risikoanalyse, Versicherungsschutz zu besonders günstigen Konditionen und effiziente Hilfe im Schadenfall sind unsere unabhängigen Dienstleistungen für Sie als Arzt und Privatperson. So sparen Sie Zeit, Aufwand und Geld.

Die Funk Gruppe berät und betreut als größter unabhängiger Versicherungsmakler in Deutschland seit Jahrzehnten Ärzte, medizinische und soziale Einrichtungen sowie eine Vielzahl medizinischer Berufsverbände in Versicherungs- und Risikofragen. Erfahren Sie mehr: FUNK-GRUPPE.COM.

funk

INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

Gern beraten wir Sie persönlich:

Herr Ass. jur. Stefan Wilhelmi
fon 040-35914-285
s.wilhelmi@funk-gruppe.de

Bitte senden an:
FAX 0 40-35 91 44 23

Bitte informieren Sie mich über die Vorteile der BVOU-Rahmenverträge:

- ☐ Berufshaftpflicht
- ☐ Rechtsschutz-Versicherung
- ☐ Elektronik-Versicherung
- ☐ Berufsunterbrechungs-Versicherung f. niedergel. Ärzte (Ärzte-BU)
- ☐ Unfall-Versicherung für Ärzte
- ☐ Sonstiges _____

Diese Beratung ist für Sie - als Mitglied des Berufsverbandes BVOU - kostenfrei.
Bitte senden Sie den Coupon ausgefüllt und unterschrieben per Fax zurück oder mailen Sie uns (Stichwort: BVOU/Rahmenverträge).

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon-Nr. _____ Datum/Unterschrift/Praxisstempel
E-Mail _____
Beste Erreichbarkeit _____ _____

Neuigkeiten aus der ADO

Akademie Deutscher Orthopäden

Mit Stipendium zum Facharztvorbereitungskurs

Die Akademie Deutscher Orthopäden führt nun schon seit acht Jahren sehr erfolgreich den Vorbereitungskurs zur Facharztprüfung (FAB) für Orthopädie und Unfallchirurgie durch. Auch in diesem Jahr werden wieder zahlreiche Teilnehmer mit dem zu erwartendem Themenstoff in sechs Unterrichtstagen vertraut gemacht.

Die bis zur Prüfung gesammelten praktischen Erfahrungen aus der Weiterbildung in Klinik und Praxis bilden das wichtigste Element für die Tätigkeit als Facharzt. Für die Prüfungssituation ist es jedoch sinnvoll, bestimmte Themen nochmals theoretisch aufzuarbeiten. Schwerpunkte, die immer wieder Gegenstand von Prüfungsfragen sind und fachliche Aspekte, die in den meisten Kliniken nur selten vertreten werden, wie zum Beispiel Kinderorthopädie, Kindertraumatologie, Rheumatologie, aber auch konservative Orthopädie und die operative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen werden hierbei besonders hervorgehoben.

Simulierte Prüfungssituation

Neben der Darstellung des prüfungsrelevanten Wissens bereiten wir die Teilnehmer in einer simulierten Prüfungssituation auf konkrete orthopädisch-unfallchirurgische Fragestellungen vor. Die vielen positiven Rückmeldungen von Fachärzten geben uns die Gewissheit, mit unserer Kurswoche eine optimale Vorbereitung für eine erfolgreiche Prüfung anzubieten.

FAB-STIPENDIUM

In diesem Jahr schreiben wir mit Unterstützung des Unternehmens Otto Bock für den 15. Facharztvorbereitungskurs vom 18. bis 23. November 2013 zwei Stipendien über die Teilnahmegebühr in Höhe von jeweils 790 Euro aus. Interessenten aus **Mecklenburg-Vorpommern** sind aufgerufen, ihre Bewerbung mit einem Lebenslauf sowie der Angabe von Zusatzqualifikationen bis einschließlich **30. September 2013** zu mailen an: info@institut-ado.de

Alle weiteren Informationen zum Kursinhalt finden Sie im Internet auf:
www.institut-ado.de

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

PD Dr. med. Stefan **Andereya** ·Aachen
Dr. med. Olaf Thorsten **Beck** · Köln
Dr. med. Frank **Böttcher** · Magdeburg
Dr. med. Michael **Entrup** · Dinslaken
Dr. med. Daniel **Groche** · Berlin
Dr. med. Katrin **Hansmeier** · Bottrop
Udo **Jahn** · Northeim
Isabelle Johanna **Jordans** · Frankfurt am Main
Dr. med. Philip **Kühn** · Biberach
Dr. med. Martin **Lautenbach** · Berlin
PD Dr. med. Christian **Liebau** · Bad Harzburg
Dr. med. Ingo **Meyer** · Gütersloh
Dr. med. Hans Martin **Mundo** · Bremen
Dr. med. Matthias **Münzberg** · Ludwigshafen
Dr. med. Uwe **Ochs** · Pfullingen
Stefan **Schädlich** · Limburg
Dr. med. Axel **Schöninger** · Dortmund
Daniel **Schwetlik** · Berlin
Sami **Schair** · Lutherstadt Wittenberg
Dr. med./MFU Buka Stefan **Stelian** · Waldkraiburg
PD Dr. med. Stephan W. **Tohtz** · Berlin
Dr. med. Tobias **Vogel** · München
Prof. Dr. med. Alexander **Völker** · Berlin
Dr. med. Karl-Heinz **Wischner** · Northeim

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Nordrhein

Bezirk Aachen: **Dr. Marlies Plum-Schunk** aus Eschweiler wurde zur neuen Bezirksvorsitzenden gewählt, sie ist Nachfolgerin von **Dr. med. Michael Benning** aus Aachen. Als Stellvertreter wurde **Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Andereya** aus Aachen gewählt, er ist Nachfolger von **Ralf Bakies** aus Aachen.

Baden-Württemberg

Bezirk Pforzheim: **Dr. med. Hartmut Zachmann** aus Pforzheim wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt, er ist Nachfolder von **Dr. med. Heinz-Joachim Müller** aus Pforzheim.

Neue Kompetenznetze

Es wurden folgende Kompetenznetze Orthopädie Unfallchirurgie gegründet:

KOUC WESTFALEN-LIPPE

Ihr Ansprechpartner ist **Dr. Jörg Jäger** in Menden
jaeger@orthopaedie-mzh.de

KOUC SACHSEN-ANHALT

Das Kompetenznetz "Orthopädie" SAN wird geleitet von **Dr. Björn Kuhne** aus Halle.
dr.kuhne@praxis-kuhne.de

Qualitätsnetz Rheumatologie SACHSEN-ANHALT

Das Qualitätsnetz "Rheumatologie" SAN wird geleitet von **Dr. Rolf Schobeß** aus Halle.
rolf.schobeß@t-online.de

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

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

> Avandeo

>> upgrade your life!

Entdecken Sie neue Wohnideen und richten Sie sich neu ein. Mit Ihrem exklusiven Mitarbeiterrabatt sparen Sie 12 % auf das gesamte Sortiment!

Nachlass: 12 %

> MeinAuto.de

>> Deutsche Neuwagen zum Vorteilspreis

Sparen Sie jetzt bequem beim Neuwagenkauf. Keine Reimporte, volle Herstellergarantie – und dabei bis zu 35 % sparen. Unser Service ist TÜV-geprüft.

Nachlass: bis zu 35 %

> LEONARDO

>> LEONARDO IST GLASLIEBE

Holen Sie sich Italienisches Lebensgefühl und Glas-Design direkt nach Hause. Von Produkten für ein stilvolles Ambiente, funktionalen Artikeln für den gedeckten Tisch über Schmuck aus Glas und vielem mehr, lassen Sie sich inspirieren!

Nachlass: bis zu 60 %

> AHORN Hotels

>> Urlaub in Deutschland

Gönnen Sie sich eine Auszeit mitten im Thüringer Wald im AHORN Berghotel Friedrichroda. Unsere 5 AHORN Hotels bieten eine ideale Kombination aus Natur, Aktiv-, und Erholungsurlaub mit einem riesigen Freizeitangebot!

Nachlass: 20 %

20 Jahre IGOST

Dr. Cordelia Schott

Seit 20 Jahren fördert die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST) erfolgreich die orthopädische Schmerztherapie, entwickelt Qualitätsstandards und forciert die Aus- und Fortbildung von Fachärzten.

Die konservative orthopädische Schmerztherapie gewinnt bei der Behandlung von Schmerzpatienten seit Jahren an Bedeutung. Erheblichen Anteil an dieser Entwicklung hat die IGOST, denn seit zwei Jahrzehnten setzt sich die Gesellschaft mit großem Engagement für eine zukunftsweisende Diagnose, Therapie und Prävention von Schmerzen am muskuloskelettalen System ein und fördert neue Diagnose- und Therapieansätze. Im Fokus stehen dabei immer die Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen sowie die konsequente Ausschöpfung und Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Schmerzforschung. Erklärtes Ziel der IGOST ist, im Dienste der Patienten die Behandlungsstrukturen zu verbessern und das Therapiemanagement anhand von standardisierten orthopädisch schmerztherapeutischen Vorgehensweisen zu stärken.

SEKTEMPFANG ZUM 20-JÄHRIGEN

Anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens lädt die IGOST im Rahmen der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden (1. bis 4. Mai 2013) am 2. Mai um 12.15 Uhr zum Sektempfang in die Orangerie 2.

Um dieses Ziel zu erreichen, vertritt die Gesellschaft ihre therapeutischen Ansätze seit Jahren konsequent gegenüber Wissenschaft, Forschung, Lehre, Politik und Gesellschaft. Angesichts der Kostendebatte im deutschen Gesundheitswesen und der stark zunehmenden Überalterung der Gesellschaft hierzulande ist dieses Engagement von erheblicher Tragweite, denn inadäquate Therapien führen häufig zu Chronifizierungen der Erkrankungen des muskoskelettalen Systems und zu immensen Behandlungs- und Folgekosten.

Foto: IGOST

Seit Jahren vermittelt die IGOST mit hohem Qualitätsstandard das Wissen um die Injektionstechniken an der Wirbelsäule und den Gelenken. Besonders gefragt sind die Hands-on-Kurse, bei denen in Kleinstgruppen Injektionstechniken an Präparaten geübt werden können.

Weit gestecktes Betätigungsfeld

Gegründet wurde die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. im Jahr 1993 von engagierten Orthopäden. Damals nahmen die Veröffentlichungen wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der Schmerztherapie zwar zu, die Ergebnisse flossen aber nur unzureichend in die Lehre und Behandlungsprinzipien ein. Auch in der klinischen Ausbildung hatten Inhalte schmerztherapeutischer Krankheitsbilder unter biopsychosozialer und ganzheitlicher Sicht eher Seltenheitswert.

Angetrieben von den Unzulänglichkeiten dieser Rahmenbedingungen trat die IGOST an, die neuesten Erkenntnisse der Schmerztherapie in der Orthopädie zu etablieren. Bereits unter ihrem ersten Präsidenten Dr. Martin Strohmeier leistete die Gesellschaft wichtige Grundlagenarbeit. Mit völlig neu konzeptionierten Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Publikationen wissenschaftlicher Arbeiten aus den Reihen ihrer Mitglieder zeigte sie neue Wege in der konservativen orthopädischen Schmerztherapie auf.

Mit der Einführung der Facharztbezeichnung Orthopädie/Unfallchirurgie erweiterte sich das Aufgabenfeld der IGOST um den Bereich der perioperativen Schmerztherapie. Eine weitere Herausforderung bestand in der Erstellung von Konzepten zur Therapie orthopädischer onkologischer Behandlungsfälle zur Verbesserung der Lebensqualität bei Krebserkrankungen unter Knochenbeteiligung.

Kompetente Interessenvertretung

Seit ihrer Gründung setzt die IGOST auf breit gefächerte Fachkompetenz. In ihrem wissenschaftlichen Beirat sind neben den Experten der Schmerztherapie

auf orthopädisch ambulantem und klinisch stationärem Gebiet auch Spezialisten der interdisziplinären Grundlagen- und Begleitfächer vertreten.

Die erfolgreiche Arbeit dieses kompetenten Teams spiegelt sich auch in der steigenden Zahl der Vereinsbeitritte wider. Mittlerweile zählt die Gesellschaft rund 1.000 ordentliche Mitglieder, überwiegend niedergelassene Orthopäden, aber mit steigender Tendenz auch Fachärzte aus allen klinischen Fachbereichen. Sie profitieren nicht nur von den durch die IGOST erarbeiteten Entwicklungsfortschritten in der orthopädischen Schmerztherapie und dem kollegialen Austausch, sondern auch von der qualifizierten Beratung bei juristischen, fachlichen und organisatorischen Fragestellungen. Desweiteren zählt die IGOST etwa 100 außerordentliche Mitglieder aus anderen Fachgebieten sowie assoziierte Mitglieder.

Im Dienste ihrer Mitglieder agiert die Gesellschaft als Interessenvertretung auf gesundheitspolitischer Ebene und als Verhandlungspartner von Versicherungen, Krankenkassen und Ärztekammern. In vielen Regionen Deutschlands ist sie mit Bezirksgruppen vertreten und bietet interdisziplinäre Praxisverbünde und Arbeitsgruppen zu verschiedenen orthopädischen und unfallchirurgischen Schmerztherapiethemen an. Auch auf internationaler Ebene ist die IGOST in der Versorgung von Schmerzpatienten aktiv.

Meilensteine in der Früherkennung

Um ihrem Ziel, Chronifizierungsvorgänge bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane besser zu erkennen und zu verhindern, näherzukommen, startete die Gesellschaft zusammen mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie (BVO) eine in Deutschland einmalige Aktion. Ausschließlich mit Mitgliedsgeldern finanziert, wurde an der Universität Heidelberg ein Kurzfragebogen (HKFR10) entwickelt, der es den Behandlern bereits beim ersten Patientenkontakt ermöglicht, das Risiko einer Schmerz-Chronifizierung zu beurteilen.

Ein weiterer Schritt in der aktiven Schmerztherapie ist die Etablierung einer integrierten Versorgungsstruktur, denn sie bietet Möglichkeiten, neue Ansätze außerhalb der Regelversorgung in direkter Kooperation zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zu verfolgen. Auch hier hat die IGOST mit der Entwicklung eigener Verträge und Behandlungskonzepte, die interdisziplinär und mit Partnern geplant und durchgeführt werden, erfolgreiche Entwicklungsarbeit geleistet.

Mitglieder der Gesellschaft haben maßgeblich an der Erstellung des Expertenpanels „Gesundheitspfad Rücken“ der Bertelsmann Stiftung mitgewirkt. Aus diesem Panel resultierte das sehr erfolgreiche Programm der integrierten Versorgung von Schmerzpatienten. Das bundesweit anerkannte Netzwerk-Konzept wird von vielen Krankenkassen unterstützt und gilt in Wissenschaft, Medizin und Wirtschaft als vorbildlich und richtungweisend.

Das integrative IGOST-Versorgungsmodell setzt nicht wie andere Modelle erst bei Patienten an, die bereits seit einiger Zeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, sondern schon bei der Erstversorgung von neu und erneut aufgetretenen Rückenschmerzen. Es beinhaltet drei Behandlungsebenen mit jeweils bestehenden Haus- und Facharztstrukturen sowie interdisziplinären Einrichtungen. Kritik an dem erhöhten Aufwand für die Umsetzung dieses Konzepts entgegnet die Gesellschaft mit dem Verweis auf die erfolgreiche Umsetzung entsprechender Versorgungssysteme in den Reihen der eigenen Mitglieder.

Qualifizierte Aus- und Weiterbildung

Die IGOST pflegt seit ihrer Gründung einen hohen wissenschaftlichen Anspruch. Neben der Publikation wissenschaftlicher Artikel fördert sie Forschungsvorhaben, die „based medical evident“ Erkenntnisse liefern. Beispielhaft sei hier nur der Bereich der minimalinvasiven und -operativen Therapien genannt. Wohlwissend, dass zukunftsweisende integrierte Behandlungskonzepte nur vor dem Hintergrund einer qualifizierten Leistungserbringung, Fortbildung und Qualitätskontrolle gegenüber Krankenkassen, Versicherungen und der Politik vertretbar sind, forciert die Gesellschaft seit Jahren die qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung. Das Inhaltsspektrum der bedarfsorientierten und auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Lehrveranstaltungen umfasst die Bereiche Schmerztherapie, psychosomatische Grundversorgung, Praxismarketing, Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren.

Richtungweisend sind die Hands-on-Kurse der IGOST, bei denen in Kleinstgruppen mit erfahrenen Instrukteuren Injektionstechniken an Präparaten geübt werden können. In über 100 Kursen wurden bereits mehr als 2.000 Teilnehmer geschult. Neben den als Standardwerke geltenden Veröffentlichungen von Prof. Dr. Jürgen Krämer wurde unter der Federführung des IGOST-Ehrensenators Dr. Michael Steinhaus ein Kitteltaschenbuch über die Injektionsbehandlung an Wirbelsäule und den Gelenken verfasst.

Um junge Kollegen an die Schmerztherapie des Haltungs- und Bewegungsapparates heranzuführen, führt die IGOST mittlerweile im fünften Jahr Basic-Seminare durch. In Kooperation mit der anerkanntesten Akupunkturgesellschaft Deutschlands (DÄGfA) schult sie in ihrer „Akademie für Akupunktur in der Orthopädie und Schmerztherapie“ qualifizierte Schmerzakupunktur. Gleichermaßen

ÜBER DIE IGOST

Das Leistungsspektrum der IGOST umfasst:

- Aus- und Weiterbildung von orthopädischen Schmerztherapeuten
- Zertifizierung von orthopädischen Schmerztherapeuten und orthopädischen Schmerztherapieeinrichtungen
- Wissenschaftliche Forschung
- Förderung des interdisziplinären Austausches
- Standardisierung schmerztherapeutischer Vorgehensweisen
- Erstellung von Leit- und Richtlinien in der Schmerztherapie
- Förderung integrativer Versorgungsmaßnahmen
- Interessenvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit

Kontakt
IGOST e. V.
Grüner-Turm-Straße 4–10
88212 Ravensburg
Tel.: (07 51) 35 55 97 70
Fax: (07 51) 35 55 97 97
E-Mail: post@igost.de
www.igost.de

geschätzt werden die interdisziplinären Fachkongresse der Gesellschaft und ihre Beiträge und Symposien auf den wichtigsten orthopädischen und schmerztherapeutischen Kongressen.

Zukunftsweisende Zertifizierung

Ein elementarer Baustein in der IGOST-Qualitätsphilosophie ist ihr seit Jahren etabliertes Zertifizierungssystem für orthopädische Schmerztherapeuten. Mit dieser Qualifizierung stellt die Gesellschaft die Umsetzung neuester Erkenntnisse und die Einhaltung von definierten Qualitätsstandards in den Bereichen Diagnose, Therapie und Prävention von Schmerzen am muskuloskelettalen System sicher. Zudem dient die Zertifizierung als Dokumentation der Spezialisierung gegenüber Patienten und Krankenkassen. Über 200 Fachärzte haben sich bereits von der IGOST zertifizieren lassen.

Die zweite Säule der IGOST-Qualitätssicherung zielt auf die orthopädischen Schmerztherapie-Einrichtungen. Deutschlandweit wurden bereits mehr als 20 Kliniken zertifiziert. Untermauert wird das Zertifizierungssystem durch ein etabliertes Fortbildungswesen.

Neue Dimension im Patientenumgang

Das Wissen der IGOST um die biopsychosozialen Krankheitsmodelle und die Chronifizierungsfaktoren sowie ihr engagierter Einsatz für die Umsetzung ganzheitlicher integrierter Diagnose- und Behandlungsmethoden haben nicht nur die Arbeit in den Praxen erheblich erleichtert, sondern auch eine andere Dimension im Umgang mit dem Patienten eröffnet. Durch die heutigen modernen konservativen Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel Injektionstherapien, können 85 Prozent der früher notwendig gewordenen Operationen verhindert werden. Auch minimalinvasive percutane Minieingriffe gewinnen in diesem Kontext zusehends an Bedeutung.

„Schon seit einiger Zeit ist sowohl berufspolitisch als auch bei der Nachfrage nach Assistentenstellen eine Hinwendung zur konservativen Orthopädie zu erkennen“, erklärt Dr. Cordelia Schott, Präsidentin der IGOST. Um diese Entwicklung weiter zu fördern, werde die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie auch in Zukunft ihr Aus- und Weiterbildungskonzept sowie die Etablierung integrativer Versorgungssysteme weiter vorantreiben. Schon auf der diesjährigen Jahrestagung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen ist die IGOST wieder mit umfangreichen Sitzungen vertreten.

Seit 2009 steht die niedergelassene Orthopädin Dr. Cordelia Schott der IGOST als Präsidentin vor.

Erste Ergebnisse der Studierenden-Umfrage der AG Lehre

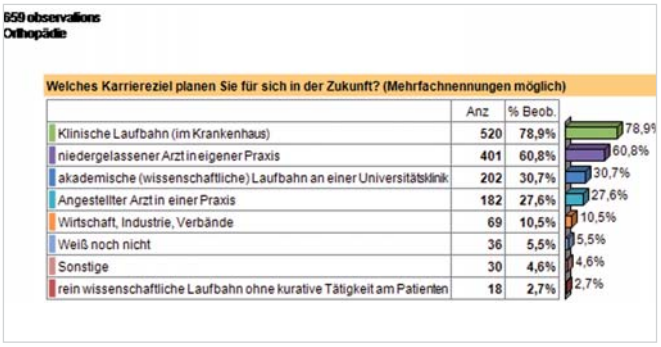
Wie finden unsere zukünftigen Kollegen die praktische ärztliche Ausbildung auf den Stationen für Orthopädie und Unfallchirurgie?

Dr. Richard Kasch, Eva Abert, Matthias Abert, Laura Klene, Philip Baum, PD Arndt Peter Schulz, Prof. Udo Obertacke, Dr. Juliane Kasch, Prof. Wolfram Mittelmeier, Prof. Harry Merk, Dr. Susanne Fröhlich

Die AG Lehre der DGOU befragte in einer bundesweiten Online-Evaluation über 9.000 Studierende der Medizin nach ihren zukünftigen Wünschen, Interessen, Sorgen und Nöten. Ein wesentliches weiteres Ziel stellte die vergleichende Evaluation der praktischen Anteile des Medizinstudiums dar. Hier standen die Bedingungen in Pflegepraktikum, Famulatur und Praktischem Jahr im Fokus, um letztendlich das Problem der Nachwuchsakquise zu beleuchten [1].

Über 650 Teilnehmer gaben an, zukünftig im Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie tätig werden zu wollen. Diese Subgruppe soll im ersten Anlauf genauer betrachtet werden. Hierbei stehen Motivations- sowie Demotivationsfaktoren und deren Veränderung im Studienverlauf, aber auch die Betrachtung der praktischen Arbeit auf den Stationen im Vordergrund.

Eine weitere Fragestellung bei der Analyse ist zum Beispiel die Clusterbildung der angehenden Ärzte hinsichtlich ihrer Vorstellungen bezüglich ihres zukünftigen Arbeitgebers (▶**Abb. 1**). Zielstellung ist, möglichst klare Subgruppen innerhalb des betrachteten Clusters zu definieren, die sich anhand ihrer Wünsche hinsichtlich ihres Karriereziels unterscheiden. Unterschiedliche Karriereziele hierbei sind beispielsweise die Arbeit als angestellter Arzt an einem Universitätsklinikum, eine rein wissenschaftliche Laufbahn, eine eigene Niederlassung oder die nicht kurative Arbeit in der freien Wirtschaft. Mittels dieser Analyse können unterschiedliche Bedürfnisprofile und Motivationsschemata der angehenden Ärzte offengelegt werden. Dabei findet auch eine weitere Differenzierung nach Kriterien wie Geschlecht, Altersgruppen oder Herkunftsort statt. Dies ist für den Arbeitsmarkt, das heißt für die Kliniken, Universitäten, Fachorganisationen und die Wirtschaft ein interessanter Aspekt, um künftig zielgenaue Nachwuchsarbeit und Akquisition leisten zu können.


659 observations
Orthopädie

Welches Karriereziel planen Sie für sich in der Zukunft? (Mehrfachnennungen möglich)

	Anz	% Beob.
Klinische Laufbahn (im Krankenhaus)	520	78,9%
niedergelassener Arzt in eigener Praxis	401	60,8%
akademische (wissenschaftliche) Laufbahn an einer Universitätsklinik	202	30,7%
Angestellter Arzt in einer Praxis	182	27,6%
Wirtschaft, Industrie, Verbände	69	10,5%
Weiß noch nicht	36	5,5%
Sonstige	30	4,6%
rein wissenschaftliche Laufbahn ohne kurative Tätigkeit am Patienten	18	2,7%

Abb. 1 Welche(r) Laufbahn / Arbeitsplatz wird von den Medizinstudenten, die später in O und U tätig werden wollen, angestrebt? (Mehrfachnennungen möglich)

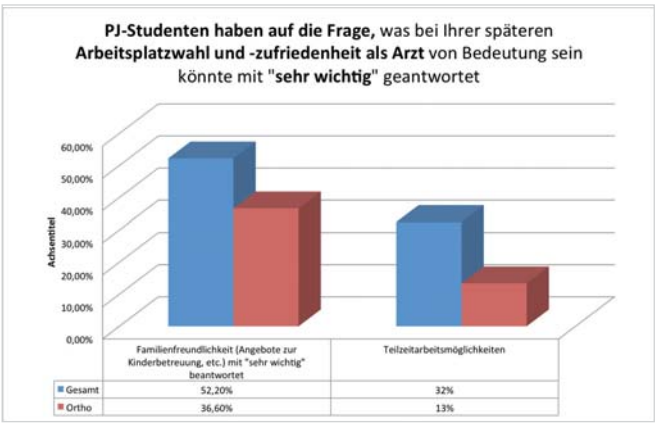


Abb. 2 Ausgewählte Kriterien im Bereich PJ im Subgruppenvergleich Orthopädie/Unfallchirurgie zur Gesamtpopulation alle Befragten.

Bedeutung der Work-Life-Balance nimmt zu

Über die Gesamtpopulation hinweg zeichnet sich ein deutlicher Trend ab, dass Parameter wie Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Familie und Beruf an Wichtigkeit gewinnen und für die künftige Arbeitsplatzwahl entscheidende Faktoren sind. Damit stehen die befragten Studenten exemplarisch für die sogenannte Generation Y, die leistungsbereit, aber anspruchsvoll und freizeitorientiert ist [2] [3].

Für angehende Orthopäden und Unfallchirurgen (7 Prozent der Befragten) scheint dies jedoch weniger im Vordergrund zu stehen als für den Durchschnitt der befragten Studenten: Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, geregelte Arbeitszeiten und Familienfreundlichkeit werden als weniger wichtig angegeben, als dies beim Durchschnitt der Fall ist (▶**Abb. 2**). Dies könnte auch mit der Verteilung zwischen männlichen und weiblichen Studierenden zusammenhängen: Im Durchschnitt aller Befragten sind gut 62 Prozent weiblich und knapp 38 Prozent männlich,

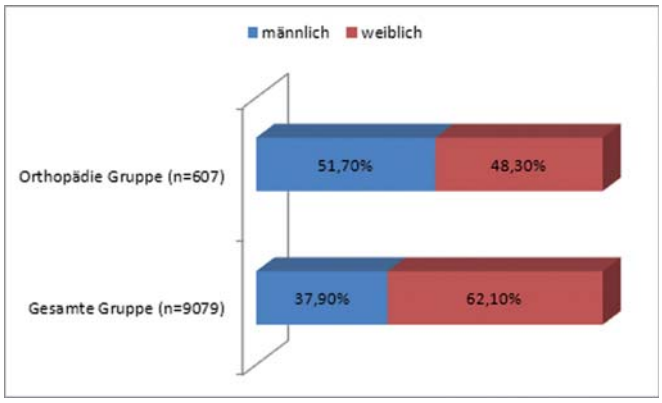


Abb. 3 Geschlechtsverteilung im Subgruppenvergleich Orthopädie/Unfallchirurgie zur Gesamtpopulation alle Befragten

bei den angehenden Orthopäden/Unfallchirurgen sind es signifikant weniger Frauen: gut 48 Prozent Frauen und knapp 52 Prozent Männer (▶**Abb. 3**) [4] [5] [6]. Über alle Fragestellungen hinweg zeigt sich, dass Faktoren wie Verdienstmöglichkeit und Aufstiegschancen von der betrachteten Subgruppe als wichtiger empfunden werden als vom befragten Durchschnitt.

Für die Zukunft kann und soll die Erhebung helfen, die Studienbedingungen als auch die Motivation für das Berufsleben angehender Mediziner entscheidend zu verbessern [6]. Die Studienergebnisse ermöglichen Arbeitgebern, gezielt auf die Präferenzen bestimmter Ärztegruppen einzugehen. In den folgenden Monaten sind neben den oben bereits beschriebenen weitere Auswertungen geplant, um gezielt auf eventuelle Problematiken in der Ausbildung eingehen zu können.

Mittels einer geplanten Folgestudie können, im Sinne einer Längsschnittbetrachtung, die Sozialisationsfaktoren auf Motivation und Demotivation untersucht werden. Somit wird die Betrachtung des Übergangs in den ärztlichen Kollegenkreis möglich und die Abschätzung der bereits getroffen Aussagen weiter unterstützt.

Literatur

1 Kasch R, Klene L, Abert E, Schulz AP, Fröhlich S, et al. (2012): Evaluation der praktischen ärztlichen Ausbildung in allen 3 Abschnitten des Medizinstudiums. Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.
2 Parment A (2009): Die Generation Y – Mitarbeiter der Zukunft Herausforderung und Erfolgsfaktor für das Pesonalmanagement. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH. 183 p.
3 Schmidt CE, Moller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, et al. (2011): Generation Y: recruitment, retention and development. Anaesthesist 60: 517-524.
4 Gensch K, Waltenberger M (2006): Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen. München: Bayrisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung. 152 p.
5 Oberlander W, Liebig K, Schuldes D, Merz B (2008): Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte – Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
6 Aßmann S, Schneiderat G, Balck F (2008): Warum Medizin – Unterscheiden sich männliche und weibliche Studierende in ihren Beweggründen für ein Medizinstudium und in ihren beruflichen Plänen? In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J, editors. Karriereentwicklung und berufliche Belastungen im Arztberuf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. pp. 73-83.

Neue Mitglieder

Ayas, Ahmad Walid · Köln
Bohn, Ronny Dr. med. · Uhldingen-Mühlhofen
Böttcher, Michael · Leipzig
Daniels-Wredenhagen, Mark · Wald-Michelbach
Groche, Daniel Dr. med. · Berlin
Helms, Kay Dr. med. · Berlin
Kalaitzis, Nikolaos · Magdeburg
Ludwig, Franz-Josef Dr. med. · Porta Westfalica
Mikulla, Gerd · Borken
Moneke, Daniel · Bad Salzdetfurth
Reinert, Alexander · Berlin
Renker, Matthias · Riedstadt
Stammeier, Raimund Dr. med. · Berlin
Stoppe, Sebastian · Berlin
Thaeter, Mathias · Aachen
Wähnert, Dirk Dr. med. · Münster
Waizenhöfer, Alexander Dr. med. · Starnberg

Medizinische Fakten im Netz:
Auf **www.faktencheck-gesundheit.de** informiert die Bertelsmann Stiftung über das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen und einzelne Diagnosen im Speziellen. Demnächst wird dort in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie das Themenportal zur Knieendoprothetik eröffnet.

Themenreport Knieendoprothetik

Fritz Uwe Niethard

Der Versorgungsatlas als gemeinsames Projekt von DGOOC und AOK zieht Kreise. Nicht nur, dass sich die Kostenträger und auch die Politik dafür interessieren. Seit geraumer Zeit gibt es Verhandlungen zwischen der Bertelsmann Stiftung und der DGOOC über eine Kooperation. Diese ist nun Realität geworden.

Die Bertelsmann Stiftung betreibt eine ganze Reihe von Projekten, die sich schwerpunktmäßig mit der Versorgungsforschung und dem Gesundheitssystem in Deutschland beschäftigen. Mit dem sogenannten „Faktencheck“ (▶ **Abb.**) beabsichtigt die Bertelsmann Stiftung, vorliegende Versorgungsdaten in Patienteninformationen umzusetzen. Als erstes Projekt dieser Art war die Antibiotikatherapie bei Kindern auf den Weg gebracht worden. Ziel dieser Aktivität ist es, Eltern darüber aufzuklären, dass eine Antibiotikatherapie bei bestimmten Erkrankungen nicht durchweg angezeigt ist und sogar schaden kann. Die Patienteninformation soll damit die Aufklärungsarbeit des Arztes unterstützen.

Fallzahlsteigerung hat nicht stattgefunden

Gleichartiges ist mit dem Themenreport Knieendoprothetik beabsichtigt. Nach den Zahlen des Versorgungsatlasses von DGOOC und AOK, der sich ausschließlich auf AOK-Versicherte bezieht, haben die Knieendoprothesen-Operationen von 2005 bis 2011 um zirka 12 Prozent zugenommen. Diese Zunahme liegt etwas über dem Zuwachs der Gruppe der über 65-Jährigen, die sich aus den demografischen Veränderungen ergibt. Die Daten, die sich auch für ganz Deutschland durch Abgleich mit den Daten der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) als repräsentativ herausgestellt haben, zeigen, dass die immer wieder behauptete massive Fallzahlsteigerung in diesem Bereich nicht stattgefunden hat. Die Zuwachsrate von 12 Prozent ist durchaus mit dem demografischen Wandel und dem technologischen Fortschritt in der Knieendoprothetik zu erklären. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass mit der durchschnittlichen Versorgungsrate von 150 pro 100.000 Versicherte Deutschland im internationalen Rahmen eine führende Rolle spielt.

Einen deutlichen Anstieg allerdings verzeichnet die Revisionsrate. Sie ist von 2005 bis 2011 um 40 Prozent gestiegen. Eine Ursachenforschung ist mit den Da-

Prof. Dr. Christian Lüring, Aachen, arbeitet mit der Arbeitsgruppe Versorgungsatlas am Themenreport Knieendoprothetik.

PD Dr. Stephan Kirschner, Dresden, setzt die Ergebnisse in eine Patienteninformation um, die individualisierte Entscheidungen ermöglichen soll.

ten des Versorgungsatlas' zunächst nicht möglich. Der Anstieg zeigt allerdings, dass die Knieendoprothetik nicht zu gleichermaßen überragenden Ergebnissen führt wie die Hüftendoprothetik. Dies zu wissen, ist für den Patienten von wesentlicher Bedeutung.

Evidenzbasierte Patienteninformation

Aus diesem Grund haben die Bertelsmann Stiftung und die DGOOC zueinander gefunden, um die Ergebnisse des Versorgungsatlas' in einen „Themenreport Knieendoprothetik" zu gießen. Ziel ist es wie beim Faktencheck, eine evidenzbasierte Patienteninformation zu diesem Thema zu etablieren. Prof. Dr. Christian Lüring, Aachen, wird sich mit der Arbeitsgruppe des Versorgungsatlas' (Schäfer, Hannemann, Günther, Niethard) um die Erstellung des Themenreports bemühen. Gleichzeitig wird sich unter der Leitung von PD Dr. Stephan Kirschner, Dresden, eine Arbeitsgruppe mit der Umsetzung der Daten in eine Patienteninformation beschäftigen, die dem Patienten eine individualisierte Entscheidung für seine spezielle Fragestellung ermöglicht. Untersuchungen aus den USA haben gezeigt, dass die Unzufriedenheit vieler Patienten mit Operationsergebnissen aus einer ungenügenden, nicht individualisierten Aufklärung resultiert. Die von den Medien, gelegentlich aber auch von der Ärzteschaft geweckte übergroße Erwartungshaltung ist ein wesentlicher Grund für die Enttäuschung nach Fehlschlägen. In den USA wurden daher schriftliche oder auch internetbasierte Entscheidungsbäume kreiert, die den Patienten und damit auch den Arzt bei der Frage von Für und Wider einer Operation unterstützen sollen. Das Projekt soll bis zum Herbst dieses Jahres fertig gestellt sein. Wir werden weiter darüber berichten.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOOC

Die VKO-Jahrestagung 2013 fand am 1./2. März in Augsburg statt.

Auf den Spuren des Hofrats Friedrich von Hessing

27. Jahrestagung der VKO in Augsburg

Prof. Dr. Thomas Wirth

Die 27. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie fand unter der gemeinsamen Leitung von Dr. Andreas Forth und Dr. Helmut Wiedmann vom 1. bis 2. März in Augsburg statt. Dort hatte Friedrich von Hessing im Jahre 1868 eine orthopädische Heilanstalt gegründet, die er ein Jahr später nach Göggingen verlegte. Heute ist uns die Hessing-Stiftung als Trägerin einer der bedeutendsten orthopädischen Fachkliniken bestens bekannt. Vor diesem historischen Hintergrund versammelten sich mehr als 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zur diesjährigen Jahrestagung der VKO.

Sehr beliebte Hands-on-Kurse

Das Tagungsprogramm begann am Freitagvormittag mit den Hands-on-Kursen, die sich großer Beliebtheit und großen Zuspruchs erfreuen. Durchgeführt und begleitet von ausgewiesenen Spezialisten, fanden in der Hessing-Klinik drei Kurse zur Planung und Ausführung von Osteotomien der unteren Extremität, zur Rezidiv- und Komplikationsbehandlung des Klumpfußes und der Therapie des Talus verticalis und zur qualifizierten Botulinumtoxintherapie bei Kindern statt. Helmut Wiedmann rundete das Angebot mit einem sehr interessanten Kurs zum Thema „Erwachsen werden mit CP“ im Fritz-Felsenstein-Haus ab. Alle Kurse waren wieder sehr stark nachgefragt und frühzeitig ausgebucht.

Prominenter Gastredner: Kasper aus der Puppenkiste

Die wissenschaftliche Tagung wurde am frühen Nachmittag vom Vorsitzenden der Vereinigung, Prof. Dr. Thomas Wirth, und den beiden Gastgebern im großen Saal des Kongresszentrums am Park eröffnet. Die Stadt Augsburg ließ es sich nicht nehmen, zwei ihrer wichtigsten Vertreter zur Begrüßung der Teilnehmer zu entsenden. In Vertretung des Oberbürgermeisters gab Bürgermeister Weber einen kurzweiligen Überblick über die Historie der Stadt Augsburg und der Hessingschen Kliniken und unterstrich deren heutige Bedeutung nachdrücklich. Er wurde allerdings übertroffen vom Auftritt eines Rentners: Der Kasper der Augsburger Puppenkiste zeigte sich als sehr rüstiger Vertreter seines 65 Jahre alten berühmten Theaters und palaverte beredt und witzig über die Gesundheitspolitik und die medizinischen Entwicklungen vor dem Hintergrund der zunehmenden ökonomischen Dominanz. Er zeigte dabei große Nähe zur Orthopädie: Seine phänomenale Gelenkigkeit geht auf das Konto immer wieder erneuerungsbedürftiger Extremitätenteile aus Lindenholz, ähnlich der Wirkung unserer Gelenkprothesen.

Enge Verzahnung von Klinik und Praxis

Im wissenschaftlichen Programm des Freitagnachmittags präsentierten zuerst die Gastgeber ihre Arbeit. Höchst interessant war dabei der sehr gut aufschei-

nende unterschiedliche Ansatzpunkt von Diagnostik und Therapie im Referat der Kliniker um Dr. Nils Schikora und Dr. Andreas Forth und dem Kinderorthopäden aus der niedergelassenen Praxis, Dr. Helmut Wiedmann. Es wurde sehr deutlich, wie beide Bereiche ineinandergreifen müssen, um das Gebiet der Kinderorthopädie idealerweise zum Wohle der kleinen Patienten abzubilden. Dabei zeigten sich aber auch die differierenden Schwerpunkte der Klinik und der Praxis eindrucksvoll.

Die sich anschließenden kinderorthopädischen Nachmittagssitzungen beschäftigten sich in den Vorträgen mit den klassischen Hüftthemen Hüftdysplasie, Morbus Perthes und Epiphyseolysis capitis femoris. Der zweite Vortragsblock war neuroorthopädischen Themen zu Muskelerkrankungen und zur infantilen Zerebralparese gewidmet. Besonders herauszuheben sind dabei zwei Vorträge zur Myofasziotomie, einer Methode, die in Deutschland gerade zunehmend Verbreitung findet und ermutigende Ergebnisse hervorzubringen scheint. Den Abschluss der nachmittäglichen Sitzungen bildete die Vorstellung einiger How-to-treat-Fälle, die wieder lebhafte Diskussionen und gute Ratschläge der Diskutanten brachten.

Der Gesellschaftabend, der von allen Teilnehmern als gesellschaftlicher Höhepunkt angesehen wurde, fand im prachtvollen Kurhaustheater statt und stand damit erneut im Zeichen Hessings. Friedrich von Hessing hatte das Kurhaustheater im Jahre 1886 durch Jean Keller im Stil des Historismus als Ort der Entspannung zur psychischen Erholung der Patienten errichten lassen. Dieses großartige Ambiente gab einen sehr festlichen Rahmen für viele Gespräche und Begegnungen der Teilnehmer und ein kleines, sehr feines Konzert des Orthopäden Dr. Tressel, der in satirischen Texten und komödiantischen Liedern viele Aspekte der Medizin und Orthopädie streifte.

Diese heitere künstlerische Einlage folgte dem Bericht der diesjährigen Reisefellows, Dr. Nils Schikora aus Augsburg und Dr. Albert Handlbauer aus Wien. Sie berichteten in vielen Bildern über ihre Europareise zu kinderorthopädischen Zentren in Basel, Warschau sowie London, Newcastle und Stockholm. Dieser Bericht führte die starke internationale Vernetzung der deutschsprachigen Kinderorthopädie vor Augen.

Foto: VKO

Prof. Thomas Wirth, Leiter der VKO, überreicht die VKO-Ehrenmedaille an Prof. Dr. Gunnar Hägglund (li.).

VKO-Ehrenmedaille für Prof. Dr. Gunnar Hägglund

Der zweite Kongresstag begann mit zwei wissenschaftlichen Höhepunkten. Prof. Dr. Gunnar Hägglund aus Lund in Schweden hielt den diesjährigen Gastvortrag zum Thema „Prevention of Deformities and Long-Term Follow-up in Cerebral Palsy“ und erhielt das Zertifikat und die Ehrenmedaille der Vereinigung für Kinderorthopädie. Die Zuhörer waren beeindruckt von der Wirksamkeit langjähriger konsequenter Registererfassung der Patienten mit infantiler Zerebralparese auf beispielsweise die Vermeidung einer sekundären Hüftluxation.

VKO-Wissenschaftspreis für Dr. Oliver Eberhardt

Der zweite Höhepunkt betraf die darauffolgende Verleihung des alljährlichen Wissenschaftspreises. Prof. Fritz Hefti ehrte Dr. Oliver Eberhardt und Mitarbeiter aus Stuttgart für eine hervorragende innovative klinisch-wissenschaftliche Arbeit: „Arthroscopic Reduction of the Dislocated Hip in Infants“, die als bestbewertete aus acht für den Wissenschaftspreis eingereichten Arbeiten hervorging. Die Ergebnisse dieser Publikation werden die Behandlung der angeborenen Hüftluxation wahrscheinlich sehr entscheidend beeinflussen.

Die weiteren wissenschaftlichen Sitzungen widmeten sich der Neuroorthopädie und freien Themen, unter anderem mit Vorträgen zur kindlichen Wirbelsäule, zum Kniegelenk und zu kindlichen Fußdeformitäten. Zwei Kurzsitzungen mit How-to-treat-Fällen belebten die Diskussionslust und behandelten einige sehr schwierige Fälle. Zu Beginn der Nachmittagssitzung referierte Prof. Dr. Johannes-Peter Haas vom Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie in Garmisch-Partenkirchen in einem weiteren Gastvortrag über den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie in der Kinderrheumatologie. Im Rahmen des interdisziplinären Gedankenaustausches wurde dieser hervorragende Überblick von allen Teilnehmern sehr positiv aufgenommen.

Bester Vortrag und bestes Poster ausgezeichnet

Auf der Jahrestagung wurden zum Abschluss wieder der beste Vortrag und das beste Poster ausgezeichnet. Den Preis für den besten Vortrag erhielt Dr. Harald Böhm aus Aschau für seinen Beitrag „Duchenne-Gangbild in neuro-orthopädischen Patienten: Ist es immer dieselbe Etiologie?“. Das aus 37 Postern ausgewählte beste Poster wurde von Dr. Markus Sensenschmidt aus Dresden mit dem Titel „Die subtalare Schraubenarthrorise zur Behandlung des symptomatischen Knick-Platt-Fußes“ zusammengestellt.

Die 27. Jahrestagung in Augsburg stellte wiederum das hohe Niveau der deutschsprachigen Kinderorthopädie als Teilbereich des Fachgebiets der Orthopädie und Unfallchirurgie heraus. Die Vorträge beleuchteten das breite Spektrum der Kinderorthopädie in der differenzierten Bewertung bewährter und sehr innovativer Verfahren. Wir erlebten zwei unvergessliche Tage mit hervorragenden Beiträgen, intensiven Gesprächen und Diskussionen, die den Beobachter im Hinblick auf die Stellung der deutschsprachigen Kinderorthopädie im internationalen Vergleich nicht bange werden lassen. Wir, die Vereinigung für Kinderorthopädie und alle Teilnehmer der diesjährigen Jahrestagung, sagen Dr. Andreas Forth und Dr. Helmut Wiedmann sowie Dr. Nils Schikora und allen in die Organisation und Ausrichtung eingebundenen Mitarbeitern ganz herzlichen Dank, dass sie diese wunderbare Jahrestagung durchgeführt haben. Es ist ihnen gelungen, die historische Kraft der Stadt Augsburg und den Geist ihrer berühmten Bürger in unseren Kongress hineinzutragen. Das Motto „All Life is About Balance“ wurde zu einhundert Prozent umgesetzt. Gerade deshalb freuen wir uns auf die 28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie, die vom 13. bis 15. März 2014 unter Leitung von PD Dr. Urs von Deimling und Dr. Kiril Mladenov in Bonn stattfinden wird.

Prof. Dr. Thomas Wirth, Stuttgart, leitet die VKO.

FORUM-N.S.O.
Forum der Nicht-Selbständigen Ärzte der DGOOC

Forum NSO lädt ein nach Baden-Baden

Prof. Dr. Ulrich Nöth

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Forum NSO ist die Organisation aller nicht selbstständigen Ärzte in der DGOOC. Die vielfältigen Belange dieser enorm großen Gruppe werden hier diskutiert und ihre mehrheitlichen Interessen durch den Vorsitzenden im Vorstand der DGOOC vertreten. Dabei gilt es insbesondere, die Interessen der jungen, in Weiterbildung befindlichen Kollegen als auch der Fachärzte und der Oberärzte gleichmäßig zu berücksichtigen.

Wir freuen uns, Ihnen auf der Frühjahrstagung der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VSOU) vom 1. bis 4. Mai 2013 in Baden-Baden unter der Leitung von Prof. Dr. Ulrich Nöth und PD Dr. Ralf Skripitz ein attraktives Vortragsprogramm anbieten zu können.

Wann? Donnerstag, 2. Mai 2013, 15.30 bis 17.00 Uhr
Wo? Sitzungsraum 3 (1. OG)

Programm

- **Weiterbildungskonzepte in der Orthopädie und Unfallchirurgie**
  Ralf Skripitz (Rostock)
- **Perspektiven eines Assistenzarztes heute**
  Christian Lüring (Aachen)
- **Weiterbildung zum Osteologen DVO** Andreas Roth (Eisenberg)

Wir freuen uns, Sie in Baden-Baden begrüßen zu können!

Prof. Dr. Ulrich Nöth, Würzburg, ist der Vorsitzende des Forum NSO.

Neue Mitglieder

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

Ackermann, Dr. med. Ole · Duisburg
Bachmann, Dr. med. Lutz · Greiz
Becker, Dr. med. Matthias · Alsdorf
Benecke, PD Dr. med. Peter · Ratzeburg
Borchardt, Felix · Berlin
Bornebusch, Dr. Lutz · Freiburg im Breisgau
Briem, Prof. Dr. med.Daniel · Hamburg
Brych, Dr. med. Roland · Bad Windsheim
Büsenga, Oliver · Berlin
Cruse, Jan · Hamburg
Despang, Fritz-Joachim · Hachenburg
Driessen, Dr. med. Arne · Köln
Dürr, Dr. med. Volker · Villingen-Schwenningen
Freytag, Dr. med. Hans-Christian · Bersenbrück
Friesecke, Dr. med. Christian · Hamburg
Grannemann, Dr. Julia · Rostock
Haase, Dr. med. Kilian · Nürnberg
Haasper, PD Dr. Carl · Hamburg
Hans, Dr. med. Joachim · Trier
Hassa, Dr. med. Ruth · Düsseldorf
Hefni, Saleem · Berlin
Helgers, Dr. med. Jürgen · Bückeburg
Herzog, Dr. med. Lüder · Dresden
Hoffmeister, Dr. Lars · Delmenhorst
Hölscher, Claas-Christoph · Konstanz
Hoppe, Dr. med. Rüdiger · Kamen
Hruschka, Dr. med. Andreas · Schwerte
Hübner, Dr. med. Felix · Wiesbaden
Jochims, Jörg · Krefeld
Jost, Dr. med. Dieter · Frankenthal (Pfalz)
Jung, Dr. Werner · Landau
Jungbluth, PD Dr. med. Pascal · Düsseldorf
Kaiser, PD Dr. med. Martin Michael · Lübeck
Kantelberg, Carsten · Saarbrücken
Klanke, Dr. med. Jörg · Hannover
Kluger, Dr. med. Patrick · Erbach
Knoll, Dr. med. Gotthard · Leipzig
Köhnke, Dr. med. Jürgen · Xanten
Koll, Dr. med. Uwe · AABENRAA, DÄNEMARK
Kramer, Lisa Sophie · Berlin
Kubosch, Dr. med. David · Freiburg im Breisgau
Kuhnt, Tobias · Essen
Lambrechts, Dr. med. Robert · Krefeld
Landré, Dr. med. Ivo · Uelzen
Lang, Dr. med. Andreas · Bad Friedrichshall
Lösing, Norbert · Essen
Mahlke, Dr. med. Lutz · Paderborn
Mai, Dr. med. Burkhard · Kassel
Meier, Dr. med. Markus · Regensburg
Meier, Dr. med. Markus · Seubersdorf
Miller, Dr. med. Wolfgang · Leinfelden-Echterdingen
Möllenbeck, Dr. Burkhard · Münster
Muhm, Dr. med. Markus · Kaiserslautern
Nikowitsch, Dr. med. Robert · Kempten
Nowotny, Dr. med. Thomas · Anklam
Ochs, Dr. med. Uwe · Pfullingen
Ohnesorge, Dr. med. Willi · Lippstadt
Pape, Dr. med. Guido · Heidelberg
Park, Hi-Un · Berlin
Pfannmüller, Dr. Norbert · Norderstedt
Piltz, PD Dr. med. Stefan · München
Prochaska, Hartmut · Zittau
Rether, Dr. med. Jörg R. · Tübingen
Ropers, Dr. med. Jürgen · Stuttgart
Runkel, Prof. Dr. med. Martin · Konstanz
Sangmeister, Dr. med. Manfred Georg · Bünde
Schäfer, David, · Mechernich
Schacher, Dr. med. Ben · Berlin
Schatton, Meike · Weinstadt
Scherer, Prof. Dr. med. Michael · Dachau
Schnee, Dr. med. Franz-Peter · Marbach am Neckar
Schreyer, Dr. med. Thomas · Darmstadt
Schröter, Dr. med. Johannes · Wiesbaden
Schüttrumpf, Dr. Jan Philipp · Göttingen
Schwetlick, Daniel · Berlin
Schwetlick, Jan · Schwielosee OT Ferch
Siekmann, Dr. med. Holger · Halle
Siemssen, Dr. med. Nicolaus · Hamburg
Sipoglu, Dr. med. Hasan · Balingen
Stahl, Dr. med. Jens-Peter · Dortmund
Teichert, Carsten · Berlin
Thaeter, Mathias · Aachen
Thaller, Dr. med. Peter Helmut · München
Toepfer, Dr. med. Andreas · München
Towfigh, Prof. Dr. med. Hossein-Abdol · Hamm
van Beek, Michael · Xanten
Vetter, Dr. med. Sven · Ludwigshafen am Rhein
Wachowski, PD Dr. med. Martin · Göttingen
Waterstrat, Dr. med. Ronald · Berlin
Wegmann, Christian · Münster
Wegmann, Dr. med. Kilian · Köln
Wetterau, Dr. med. Elmar · Greifswald
Wigro, Dr. med. Hans-Joachim · Bad Salzuflen
Winkler, Dr. med. Sebastian · Bad Abbach
Wotzlaw, Dr. med. Peter · Bad Arolsen
Wunder, Dr. med. Stephan · Hannover
Zeifang, Dr. med. Björn · München
Zeithammel, Dr. med. Gerhard · Stuttgart

Wissenschaftstreffen der Sektion Kindertraumatologie

PD Dr. Dirk Sommerfeldt, Prof. Dr. Peter Strohm

Auf den letzten Sektionssitzungen der Sektion Kindertraumatologie in der DGU (SKT) wurde ein zunehmender Bedarf an strukturierter wissenschaftlicher Arbeit zum Thema Kindertraumatologie festgestellt. Die Sektionssitzungen fanden bisher immer im Rahmen des Jahreskongresses der Sektion statt. In diesem Setting war eine strukturierte und konstruktive Diskussion und Planung gemeinsamer wissenschaftlicher Projekte nur eingeschränkt möglich, so dass nach gemeinsamem Entschluss der Mitglieder der SKT dieses Jahr mit Unterstützung des Geschäftsführenden Vorstandes der DGU erstmalig ein Wissenschaftstreffen der SKT stattfand. Einige Projekte waren im Rahmen der vorangegangenen Sektionssitzungen schon grob beschrieben worden.

Am 1. Februar 2013 trafen sich 18 wissenschaftlich interessierte und engagierte Mitglieder in Brombachtal/Odenwald, um in ruhigem Umfeld konzentriert arbeiten zu können. Im Wesentlichen wurden am ersten Tag drei Projekte als Schwerpunkt für die nahe Zukunft herausgearbeitet:

1. Versorgungsrealität bei Femurfrakturen im Kleinkindesalter: Als erstes Projekt will sich die SKT mit der Frage der Stabilisierung kindlicher Femurfrakturen im Alter unter drei Jahren beschäftigen. Dieses Projekt ist inzwischen mit Unterstützung aller DGU-Mitglieder und traumatologisch tätiger Kinderchirurgen mit einer Ist-Analyse angelaufen. Über einen Fragebogen, welcher vom DGU-Office verschickt wurde, soll die aktuelle Versorgungsrealität bezüglich dieser Verletzungen in Deutschland erhoben werden. Es ist geplant, die Ergebnisse nach der Auswertung zu publizieren. Daran soll sich eine prospektive, multizentrische Studie anschließen.

2. Bundesweites Register pathologischer Frakturen im Kindesalter: Als weiteres Projekt wurde über die Gründung eines Registers für pathologische Frakturen, als Schwerpunkt Frakturen bei Osteogenesis imperfecta, aber auch bei juvenilen Knochenzysten und anderen Knochenerkrankungen, diskutiert. Auch dieses Projekt konnte im Odenwald schon konkretere Formen annehmen. Es wurde jedoch entschieden, vorab bei der Vereinigung Kinderorthopädie (VKO) über eine mögliche Kooperation anzufragen. Danach soll eine weitere Klärung erfolgen, welche pathologischen Frakturen in das Register eingeschlossen werden sollen. Insgesamt wurde das Projekt als interessant, aber schwierig zu realisieren eingestuft.

3. Frakturen bei Kindern und Jugendlichen mit hohem BMI: Als drittes Projekt wurde über die Frakturversorgen bei Kindern und Jugendlichen mit hohem BMI diskutiert, dieses Projekt wurde am zweiten Tag konkretisiert. Es wurde ebenfalls eine Erhebung über Fragebogen geplant, Mitglieder des Wissenschaftstreffens wollen bis zur Jahrestagung einen Vorschlag vorlegen. Weiterhin wurde geplant, eine entsprechende Sitzung zu diesem Thema im Rahmen des Chirurgenkongresses in München zu nutzen, um einen Überblick über diesen Komplex zu erarbeiten und zu gewinnen. Weiterhin wurde eine retrospektive Analyse diskutiert, die abschließenden Entscheidungen sollen im Rahmen der Jahrestagung in Frankfurt getroffen werden.

Es konnten in diesem Umfeld auch noch weitere wichtige Themen der Kindertraumatologie diskutiert werden:

Weiterbildungsinhalte Kindertraumatologie

Zum Abschluss des ersten Tages wurde über ein Weiterbildungscurriculum Kindertraumatologie diskutiert und über konkrete Empfehlungen zur Fortbildungspflicht „Kindertraumatologie“ für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) gesprochen. Die SKT war in der Vergangenheit von der DGUV eng in die Definition der Anforderungskriterien eingebunden und will sich auch weiter für die Inhalte und Nachhaltigkeit der DGUV-Fortbildungen engagieren. Am zweiten Tag wurde ein Anforderungskatalog für die zertifizierten Fortbildungen der DGUV definiert, der nun mit den Vertretern der DGUV abgestimmt werden soll.

Homepage der Sektion Kindertraumatologie

Neue Ergebnisse und Aktivitäten inklusive Originalarbeiten sollen auf der Homepage der DGU eingepflegt werden und sind dann für alle Mitglieder transparent.

Insgesamt wurde am Ende des zweiten Tages nach diesen intensiven und konstruktiven Diskussionen reflektiert, dass ein solches konzentriertes Arbeitstreffen in einem ruhigen Umfeld sehr ergiebig ist und in der Zukunft jedes Jahr durchgeführt werden soll.

PD Dr. Dirk Sommerfeldt, Hamburg, leitet die Sektion Kindertraumatologie der DGU.

Prof. Dr. Peter Strohm, Freiburg

AG Ultraschall: Wissenschaftliche Fragestellungen im Auge

Prof. Dr. Benedikt Friemert

Die AG Ultraschall der DGU, welche kooperativ eng mit der Sektion Bildgebung der DGOU zusammenarbeitet und den Teilbereich Ultraschall in dieser aktiv vertritt und repräsentiert, darf hiermit das nächste Mitgliedertreffen im Sinne einer Arbeitssitzung ankündigen. In Ergänzung zum DKOU jeweils im Herbst in Berlin bietet der VSOU-Jahreskongress in Baden-Baden um den 1. Maifeiertag herum die jeweils andere Möglichkeit im Jahresverlauf, ein entsprechendes Treffen abzuhalten.

Zu diesem 7. Mitgliedertreffen dürfen wir alle Angehörigen der AG Ultraschall der DGU und der Sektion Bildgebung der DGOU sowie vielmehr jedoch auch alle anderweitig interessierten Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich einladen:

7. MITGLIEDERTREFFEN DER AG ULTRASCHALL DER DGU

zusammen mit der Sektion Bildgebung der DGOU

Termin: Freitag, 3. Mai 2013

11 Uhr bis 12.30 Uhr

VSOU-Jahreskongress, Sitzungsraum 10

Das nun anstehende Mitgliedertreffen soll dabei mit einem Schwerpunkt der Forschung und wissenschaftlichen Fragestellungen gewidmet sein, welche zuletzt innerhalb der AG Ultraschall der DGU angedacht und initiiert wurden und welche nun in praxi umgesetzt werden müssen. Insbesondere soll hier auch der Aspekt der Beteiligung verschiedener Institutionen im Sinne eines jeweiligen Multicenter-Charakters berücksichtigt werden, um diese Forschungsideen und deren Ergebnisse im Verlauf auf einer breiten Basis fundiert vorstellen zu können.

Liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, sehr geehrte Damen und Herren, die AG Ultraschall muss sich weiter bewähren, die Sonografie gilt es weiter zu etablieren. Hier dieses formulierte Ziel zu erreichen, bedarf es des Nachweises der Wertigkeit der Sonografie für unsere tägliche Arbeit in Klinik und Praxis. Dieser wird in wesentlichen Teilen nur über die Erarbeitung interessanter Forschungsergebnisse möglich sein. Daher würden wir uns über Ihr zahlreiches Kommen und Ihre vielleicht sogar aktive Teilnahme an der ein oder anderer wissenschaftlichen Arbeit aus unserer AG heraus sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen für den Vorstand der AG Ultraschall der DGU,

Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ulm, leitet die AG Ultraschall der DGU.

Neue Mitglieder

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

Al Maktary, Abdullah · Gummersbach
Bergmann, Eva-Maria Dr. med. · Fellbach
Decker, Sebastian Dr. med. · Hannover
Feil, Christian Dr. med. · München
Halfmann, Bernd Dr. med. · Duisburg
Hartenstein, Stefanie · Zeitz
Jurczyk, Wolfgang Dr. med. · Nabburg
Keim, Manuel Dr. med. · Baldham
Kiss, Matthias · Ubstadt
Koenen, Paoloa Dr. med. · Köln
Kraus, Natascha · Berlin
Lehmann, Ines · Greifswald
Mohsenzadeh Ledari, Ali · Bielefeld
Nikolaev, Daniel Dr. med. · Tuttlingen
Panzica, Martin Dr. med. · Hannover
Picos, Mihai-Cosmin Dr. med. · Eisenhüttenstadt
Plott, Andreas Dr.med. · Mutlangen
Saeed, Husham · Berlin
Salmoukas, Katharina Dr. med. · Laatzen
Schmidt, Andreas · Rotenburg a.d. Fulda
Thaeter, Mathias · Aachen

Die DGU trauert um ihre Toten

Dr. med. Boege Ulrich
Nikolaus-Otto-Str. 13, 41462 Neuss
*27.01.1929 †01.12.2009

Prof. Dr. med. Buck-Gramcko Dieter
Am Heesen 14a, 21033 Hamburg
*28.10.1927 †03.10.2012

Dr. med. Budras Werner
Alter Salzweg 38, 33775 Versmold
*05.01.1922 †11.12.2005

Dr. med. Dannegger Max
Deutlingerstr. 14, 85356 Fresing
*31.12.1929

Prof. Dr. Hegelmaier Christian
Beekstr. 74, 30459 Hannover
*31.10.1951 †14.11.2012

Dr. med. Hesse Werner Paul
Alpenstr. 13, 89075 Ulm
*31.11.1941

Prof. Dr. Hipp Erwin G.
Assenbucherstr. 53, 82335 Berg
*29.08.1928

Dr. med. Hofbauer Kurt
Preussenallee 38, 14052 Berlin
*19.06.1931 †03.10.2012

Dr. med. Hoppe Georg
Trierer Str. 155, 53115 Bonn
*31.01.1933

Dr. med. Knarse Walter
Rathausstr. 1, 04416 Markkleeberg
*08.10.1950 †Dezember 2012

Dr. med. Porten Robert
Nachtigallenweg 18, 40882 Ratingen
*28.08.1942 †10.07.2012

Dr. med. Rose Friedrich Wilhelm
Königsberger Str. 9a, 25421 Pinneberg
*03.12.1924 †03.01.2013

Dr. med. Schweins Michael
Wilhelm-Leuschner-Str. 24, 50374 Erftstadt
*29.07.1958 †Mai 2012

Prof. Dr. med. Spann Wolfgang
Pfitznerstr. 11, 86038 Schorndorf
*29.08.1921 †11.01.2013

Dr. med. Stober Wolfram
Nelkenweg 14, 66907 Glan-Münchweiler
*13.11.1921 †16.08.2012

Prof. Dr. med. Troeger Hans
Landreiterstr. 11, 18147 Rostock
*04.08.1943 †14.10.2012

Dr. med. Zachmann Helmut
Müllerstr. 2, 36433 Bad Salzungen
*21.03.1941 †28.07.2012

Für Sie gelesen

Jerosch (Hrsg.)
Kurzschaftendoprothesen – wo liegen die Unterschiede?
Deutscher Ärzte-Verlag
2013
89,95 Euro

Hochinteressant und wichtig

Es ist naturgemäß schwierig, Systeme, die im Prinzip gut funktionieren, weiter zu verbessern. Negativ-Beispiele sind sicherlich die Kappenprothesen in der Hüftendoprothetik. Die Kurzschaftprothesen dagegen stoßen auf zunehmendes Interesse und scheinen eine Reihe von Vorteilen zu bieten: geringere Invasivität, Schonung des Trochanter major Massivs. Dem Herausgeber ist es gelungen, die jeweiligen Entwickler der auf dem deutschen Markt befindlichen Systeme als Kapitelautoren zu gewinnen. So kann sich der interessierte Leser ein Bild machen über die Details der einzelnen Systeme, von den ultrakurzen „Schenkelhalsprothesen" über die Kurzschäfte mit partiellem Schenkelhalserhalt, schenkelhalsresezierenden Kurzschaftprothesen bis zu den kurzen Standardschäften. Als Einstieg empfiehlt sich das sehr gut geschriebene letzte Kapitel (Babisch, Eisenberg), wo insbesondere die Techniken und Grenzen der patientenindividuellen Gelenkrekonstruktion der jeweiligen Prothesen aufgezeigt werden (Varus/Valgus, Offset, Beinlänge). Bemerkenswert: Anhand exemplarischer digitalisierter Planungen wird gezeigt, dass nur mit fünf von 19 Prothesenmodellen eine gleichermaßen gute Rekonstruktion von Offset und Beinlänge für alle drei untersuchten typischen Konstellationen (CCD Winkel 137, 130, 125°) zu erzielen ist. In Beantwortung der Frage des Buchtitels kommt man nach der Lektüre zur Erkenntnis: Die Unterschiede sind erheblich. **Fazit:** Das Buch ist gut lesbar, hochinteressant und wichtig für jeden, der sich mit der Hüftendoprothetik beschäftigt.

Prof. Dr. Jobst-Henner Kühne, München

Köhnlein
Der Versuch ein guter Arzt zu werden
Verlag junger Autoren
2011
15 Euro

Fernab jeder OP-Katalog-Chirurgie

Viele sogenannte Memoiren, oft von Berufsschreibern erstellt, verfolgen publikumsheischend den Zweck der (Selbst-)Darstellung des Lebenswerkes als Erfolgsgeschichte. Dieser Versuchung hat Edzard Köhnlein (*1929) mit bemerkenswerter Vorurteilslosigkeit widerstanden, indem er ungeschönt die das Leben des Chirurgen ausmachenden, nur scheinbaren Zufälle und manchmal eher nebensächlich erscheinenden Erlebnisse – vor dem abwechslungsreichen Hintergrund seiner beruflichen Positionen – gegenwartsnah und in ihrer augenblicklichen Dramatik so beschreibt, dass der Leser sich in der jeweiligen Situation selbst anwesend findet. Beeindruckend ist durchgehend die Schilderung der Chirurgie der Mitte des 20. Jahrhunderts, wie sie sich die jetzige Generation gar nicht vorzustellen vermag, sie aber nicht nur einen nicht wegdenkbaren Teil ihrer Geschichte, sondern auch ein beredtes Zeugnis der von ihrem noch umfassenden (!) Fach ergriffenen, gleichwohl illusionslosen ersten Nachkriegsgeneration wiedergibt. Fernab jeder OP-Katalog-Chirurgie hätte der Buchtitel nicht treffender gewählt werden können.

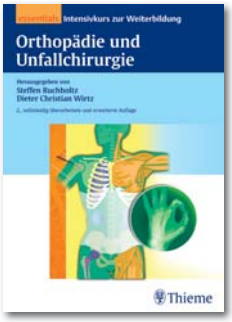
Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau

Zumhasch · Wagener · Klausch ·Hirt
Anatomie und Biomechanik der Hand
2. überarb. Auflage
Thieme Verlag, 2012
59,99 Euro

Von hohem praktischen Wert

Das vorliegende Buch teilt sich in zwei Bereiche: Einer beschäftigt sich mit Anatomie und Physiologie (Biomechanik) der Hand, der zweite mit Untersuchungstechniken aufbauend auf dem ersten Teil zur Topographie der zu definierenden Sehnen-, Muskel- und Gelenkstrukturen. Dies ist in der Kombination eine ungewöhnliche Art, sich dem Organ Hand zu widmen, welches uns vom Primaten stammesgeschichtlich zu unserer einzigartigen Spezies geführt hat. Hervorragende anatomische Abbildungen aus dem „Lernatlas der Anatomie" und klare Skizzen verdeutlichen die funktionellen Verknüpfungen von Unterarm und Hand im Bereich des Handgelenkes. Der für uns evolutionär so wichtige Daumen wird in alle Funktionsbereiche zerlegt und offenbart so das Verständnis für seine Funktion und die pathophysiologischen Probleme als Traumafolge. Sowohl die Greif- und Griffformen der Mittelhand als auch die Beziehung der drei Langfingergelenkstrukturen zueinander werden klar dargestellt und beeindrucken in ihrer Komplexität. Dieses „handliche" Buch vermittelt Grundlagen der Anatomie der Hand, ohne durch das Volumen einer übergewichtigen Monografie zu erschrecken, und ist dennoch so informativ, dass es eine vielfältige Leserschaft unter Handtherapeuten verdient. Für den operativ tätigen Arzt bringt die funktionelle Anatomie des ersten Teils interessante Aspekte. Darauf aufbauend ist der zweite Teil für den Hand-Physio- und Ergotherapeuten eine intensive Untersuchungsanleitung. Sowohl die vielfältigen Literaturzitate und Nachweise als auch ein gutes Inhaltsverzeichnis erhöhen den praktischen Wert dieses Buches, welches im Vergleich zu anderen Werken dieses Genres als preisgünstig bezeichnet werden kann.

Dr. Martin Talke, Berlin



Ruchholtz · Wirtz
Orthopädie und Unfallchirurgie essentials
Thieme Verlag, 2012
2. vollst. überarb. Auflage
119,99 Euro

Sicher durch die Facharztprüfung

In einem handlichen Paperback von 770 Seiten wird das weite Fach der Orthopädie und Unfallchirurgie für die Facharztprüfung strukturiert und anschaulich anhand eines klar gegliederten Textes sowie zahlreicher klinischer und radiologischer Bilder, Schemazeichnungen, Grafiken und Tabellen dargestellt. Die zweite Auflage wurde um die Kapitel „Intensivmedizin" und „Fibromyalgiesyndrom" ergänzt, um die Inhalte der Weiterbildungsordnung umfassend abzubilden. Es ist den Herausgebern gelungen, dem Buch trotz der großen Autorenzahl eine einheitliche Struktur zu geben und es somit für die Leser durchgehend übersichtlich zu gestalten. Wichtige Inhalte und Fallstricke sind farbig hinterlegt und erleichtern so das schnelle Rekapitulieren der wichtigsten Inhalte noch wenige Tage vor der Prüfung. Anhand dieser Kernaussagen ist es möglich, die Prüfungsfragen zu antizipieren und somit im Gefühl, gut vorbereitet zu sein, die Prüfung selbstbewusst anzugehen und erfolgreich zu bestehen. **Fazit:** Das Buch von Ruchholtz und Wirtz trägt den Aufkleber „Sicher durch die Facharztprüfung 2013" völlig zu Recht und kann uneingeschränkt zu diesem Zwecke empfohlen werden.

PD Dr. Ralph Gaulke, Hannover

Halle · Rank · Freiberger
Sporttherapie bei Krebserkrankungen
Schattauer Verlag, 2012
29,95 Euro

Umfassender Einblick in die Materie

Auf 179 Seiten vermittelt dieses flexible handliche Büchlein in drei Hauptkapiteln dem fachlich geschulten Leser den aktuellen Stand der Sporttherapie bei Krebserkrankungen. Die grobe Unterteilung erfolgt in Kapitel zum medizinischen Hintergrund, zur sportmedizinischen Diagnostik und zur sporttherapeutischen Praxis. Die Kapitel sind übersichtlich gegliedert und didaktisch gut aufbereitet. Abbildungen und Tabellen bestehen aus teils farbigen Grafiken, auf die Einbindung von Fotografien wird verzichtet. In den Kapiteln zum medizinischen Hintergrund wird in einzelnen Abschnitten auf die Risikofaktoren bei der Tumorentstehung, potenzielle Mechanismen des protektiven Einflusses von körperlicher Aktivität und mögliche körperliche Aktivität bei Tumorerkrankungen eingegangen. Beeinträchtigungen durch die Erkrankung werden ebenso berücksichtigt wie solche, die durch die Therapie entstehen. Die Kapitel zur sportmedizinischen Diagnostik beinhalten neben ausführlichen Beschreibungen zur Ermittlung der körperlichen Belastbarkeit auch Trainingsmodalitäten und Anleitungen zur Trainingskontrolle. Der praktische Teil beinhaltet Anleitungen zum Training im Allgemeinen bei Tumorerkrankungen, aber auch spezielle Abschnitte zum Training beim Kolon-, Mamma- und Prostatakarzinom. Das Buch wird abgerundet durch ein Adressverzeichnis der Behindertensportverbände sowie ein überschaubares Glossar und ein Literaturverzeichnis. **Fazit:** Das vorliegende Buch ist übersichtlich, gut lesbar und anschaulich. Der Informationsgehalt ist hoch und dabei eingängig dargestellt. Der geneigte Leser erhält einen umfassenden Einblick in die Materie.

Dr. Stephan J. W. Koch, Koblenz

Sabo (Hrsg.)
Vorfußchirurgie
Springer Verlag, 2012
2. Auflage
99,95 Euro

Traumatologie des Vorfußes im rechten Licht

Die nun in schon historischer Zeit geübte Vorfußchirurgie konzentrierte sich hauptsächlich auf den Halluxbereich, der übrige Vorfuß war Domäne konservativer Therapien. Mit den buchstäblich bahnbrechenden Veränderungen der bildgebenden Untersuchungsmöglichkeiten und den zur gleichen Zeit entwickelten Operationstechniken eröffneten sich neben der konservativen Behandlung der Fehlstellungen und -haltungen zunehmend vielseitige operative Indikationen, die hier unter vor allem praktischen Gesichtspunkten eine begrüßenswerte Bearbeitung erfahren. Dabei erweist sich das Eingangskapitel der Pathoanatomie als der eigentliche Schlüssel, dem sich dasjenige der Bildgebung als nicht abdingbare diagnostische Quelle anschließt. Beide Kapitel zusammen begründen die Voraussetzungen einer erfolgreichen, vorwiegend korrigierenden Vorfußchirurgie, die dann in den folgenden Kapiteln sehr sorgfältig bis in oft entscheidende Details in Schrift, Bildgebung und schematischen Abbildungen dargestellt wird. Den kindlichen Mittel-Vorfuß-Deformitäten ist berechtigterweise ein eigenes, ausführliches Kapitel gewidmet. Komplettiert wird das insgesamt instruktiv verfasste Werk durch einen gut ausgewogenen Beitrag der akuten und rekonstruktiven Chirurgie, der die oft verkannte Traumatologie des Vorfußes ins rechte Licht rückt.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau

Versorgungsforschungspreis der DGOU

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) schreibt 2013 wieder ihren Preis zur Förderung der Versorgungsforschung in Orthopädie und Unfallchirurgie aus. Er wird für herausragende, abgeschlossene wissenschaftliche Arbeiten über diagnostische, anwendungstechnische oder klinische Neuerungen in diesem Bereich vergeben. Der Preis ist mit

5.000 Euro

dotiert und kann geteilt werden, wenn dies vom Preisrichterkollegium beschlossen wird. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Preisträgersitzung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) in Berlin. Die Bewerbung um den Versorgungsforschungspreis der DGOU erfolgt durch Einreichen einer wissenschaftlichen Arbeit. Diese kann in dem der Preisverleihung vorangehenden Kalenderjahr in einer anerkannten deutsch- oder fremdsprachigen wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform erschienen sein. Auch unveröffentlichte Manuskripte können eingereicht werden. Anderweitig bereits ausgezeichnete Arbeiten oder Arbeiten, die zu einem anderen Preiswettbewerb angemeldet wurden, können nicht eingereicht werden. Der oder die Verfasser der Arbeit haben schriftlich zu erklären, dass andere Personen an der vorgelegten Arbeit nicht mitgewirkt haben. Die Bewerbung um den Versorgungsforschungspreis der DGOU ist zusammen mit fünf anonymisierten Exemplaren der Preisarbeit bis spätestens **31. Mai 2013** einzusenden an den

Generalsekretär
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Reisestipendium Technische Orthopädie 2014

Die gemeinsam von DGOOC/DGOU und BVOU getragene Initiative '93 Technische Orthopädie wurde gegründet, um die Technische Orthopädie in Fort- und Weiterbildung sowie auf dem wissenschaftlichen Sektor nachdrücklich zu fördern. In diesem Zusammenhang wird vom Kuratorium der Initiative alle zwei Jahre eine Studienreise von vier bis fünf Wochen durch die USA im Zeitrahmen Mitte Februar bis Mitte April ausgeschrieben. Die Reisegruppe setzt sich üblicherweise aus zwei deutschen, einem österreichischen und einem Schweizer Kollegen zusammen. Ein Platz kann gegebenenfalls auch durch einen Orthopädietechniker eingenommen werden. Die Orthopädischen Gesellschaften Österreichs und der Schweiz beziehungsweise die Fortbildungsvereinigung für Orthopädie-Technik e. V. tragen die Reisekosten für ihren TO Fellow.

Als Bewerber kommen nur Fachärzte für Orthopädie beziehungsweise für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Österreich, der Schweiz und Deutschland infrage, die sich klinisch und wissenschaftlich mit Technischer Orthopädie auseinandersetzen. Sie müssen in der Lage sein, Vorträge über eigene Forschungsergebnisse aus diesem Gebiet anlässlich der Klinikbesuche in englischer Sprache zu halten. Für deutsche Bewerber ist die Mitgliedschaft in BVOU und/oder DGOU Voraussetzung, für Schweizer und Österreicher diejenige in ihren Fachgesellschaften. Die Bewerber sollen in der Regel nicht über 40 Jahre alt sein.

Die etwa einen Monat dauernde Reise wird überwiegend (6.000 Euro) von der Initiative '93 getragen. Die schriftlichen Bewerbungen für das jeweilige Fellowship sind unter Beifügung eines Lebenslaufes mit Foto, einer Publikations- und Vortragsliste, Angaben über Mitgliedschaften in Berufsorganisationen und über Englischkenntnisse sowie Empfehlungsschreiben, auch des Direktors beziehungsweise Chefarztes der eigenen Klinik bis zum **31. Juli** des jeweiligen Vorjahres vor der geplanten Reise an die Sprecherin des Kuratoriums der Initiative '93 Technische Orthopädie einzureichen:

PD Dr. Ute Maronna
Auf der Körnerwiese 6
60322 Frankfurt

Für Auskünfte stehen zur Verfügung:
PD Dr. Maronna
Tel.: (0 69) 62 97 97
E-Mail: umaronna@aol.com

Prof. Dr. Bernhard Greitemann
Tel.: (0 54 24) 220 401
E-Mail: greitemann@klinik-muensterland.de

Prof. Dr. Frank Braatz
Tel.: (05 51) 30 67 20 10
E-Mail: braatz@pfh.de

1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 797 444-59,
Fax: (030) 797 444-57,
E-Mail: info@institut-ado.de.

Veranstaltern sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.

Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	03.-08.06.2013 18.-23.11.2013	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590 € [1] 790 € [2]	47

Rheuma-Zertifizierungskurse I und II in 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Potsdam	Kurs I	25.05.2013	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 100 € [1] 130 € [2] Kurs II 130 € [1] 150 € [2]	
Köln	Kurs I	13.07.2013				
Rostock	Kurs I	31.08.2013				
Ludwigshafen	Kurs II	07.09.2013				
Bad Wildbad	Kurs II	14.09.2013				
Münster	Kurs II	12.10.2013				
Berlin	Kurs II	26.10.2013				
Leipzig	Kurs I	07.12.2013				
Potsdam	Kurs II	14.12.2013				

Kindertraumatologiekurse 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Kindertrauma	22.05.2013	Dr. Sommerfeldt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	300 € [1] 370 € [2]	n.n.
Berlin	Kindertrauma	13.-14.12.2013	Prof. Wich		190 € [1] 240 € [2]	n.n.

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

Kurse zum VSOU 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	01.05.2013	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	150 € [1] 200 € [2]	
	4D motion Kurs	02.05.2013	Dr. Jahn		75 € [1] 95 € [2]	
	Sensomotorik	02.05.2013	Dr. Pfaff		kostenlos	
	Arbeitskreis Oberflächen EMG	02.05.2013	n.n.		kostenlos	
	Kompaktkurs Oberflächen EMG	03.05.2013	Dr. Meichsner		150 €	
	Rheuma Zertifizierungskurs II Ausgebucht	03.05.2013	Dr. Schwokowski		130 € [1] 150 € [2]	
	Arbeitskreis niedergel. Operateure	03.05.2013	Dr. Heppt, Dr. Weinhart		kostenlos	
	Orthopädieschuhtechnik	03.05.2013	Dr. Stinus		30 €	
	Taping-Crashkurs / DRK Kliniken	03.05.2013	Ingo Geuenich		120 €	
	DIGEST Stoßwellenzertifizierungskurs	03.05.2013	Dr. Thiele, Dr. Gleitz		220 €	
	Röntgenaktualsierungskurs	04.05.2013	Dr. Flechtenmacher		BVOU/VSOU Mitglied. 200 € Nichtmitglieder 400 € Assistensärzte 50 €	
	MRT	04.05.2013	Dr. Goldmann, Dr. Mauch		kostenlos	

K-Logic-Taping Kurse für Ärzte / Arzthelferinnen und Physiotherapeuten

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Basiskurs	19.-20.04.2013	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € [1] 230 € [2] Crashkurs 120 €	
Baden-Baden	Taping-Crashkurs	03.05.2013				
Berlin	Basiskurs	14.-15.09.2013				
Aachen	Basiskurs	27.-28.09.2013				
Berlin	Aufbaukurs	25.-26.10.2013				
Aachen	Aufbaukurs	06.-07.12.2013				

Morbus Bechterew Den Morbus überseh ich nicht

Anlässlich des 33. Geburtstages der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew wurde eine Initiative zur Früherkennung der axialen Spondyloarthritis und der ankylosierenden Spondylitis ins Leben gerufen.
33 bundesweite Veranstaltungen der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie sollen der aktuellen Diagnosestellung auf die Sprünge helfen - zehn Jahre bis der Morbus Bechterew erkannt wird, sind viel zu viel.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Meerbusch	Morbus Bechterew	24.04.2013	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kostenlos	
Ludwigshafen	Morbus Bechterew	15.05.2013	Dr. Bolze			
Flensburg	Morbus Bechterew	15.05.2013	Dr. Schwokowski			
Iserlohn	Morbus Bechterew	15.05.2013	Dr. Schwokowski / Dr. Jäger			
Frankfurt a.M.	Morbus Bechterew	25.05.2013	Dr. Schwokowski / Dr. Fußhoeller			
Bad Bramstedt	Morbus Bechterew	31.05.2013	Dr. Schwokowski			

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

QM Schulungen BVOUcert

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Quereinsteiger	29.06.2013	Dr. Hager	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-51/59 Mail: info@institut-ado.de, Quereinsteigerschulungen nur für Ärzte die bereits das alte BVOUcert oder eine Schulung über den BVOU hatten BITTE ein Laptop mitbringen!!!	Quereinsteiger 500 € Einsteiger 1.500 € inkl. Zertifizierung	keine
München	Einsteiger	30.06.2013	Dr. Hager			

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden	3D/4D	01.05.2013	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de in Kooperation mit Intermed-Forum e.V.	3D/4D: 150 € [1] 200 € [2] 4D motion: 150 € [1] 200 € [2] inkl. Handouts und Verpflegung	n.n.
München	3D/4D	06.07.2013	Dr. Jahn			
Wiesbaden	3D/4D	07.09.2013	Dr. Jahn			
Berlin	3D/4D	26.10.2013	Dr. Jahn			
Baden-Baden	4D motion Kurs	02.05.2013	Dr. Jahn			
Hamburg	4D motion Kurs	15.06.2013	Dr. Jahn			
NRW	4D motion Kurs	09.11.2013	Dr. Jahn			

ADO Kooperationen

Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedack mit Oberflächen EMG

Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umzusetzung in der Praxis

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden	Muskelfunktionsdiagnostik	03.05.2013	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 €	
Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	24.10.2013	Dr. Meichsner			

Sonographiekurse Hamburg Betthäuser Termine 2013

Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonograpfiekurse gemäß §6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DOOC, ADO, HÄK, BLÄK

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Aufbaukurs Säuglingshüfte (S II)	15.-16.06.2013	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193 / 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	21
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	19.-20.10.2013				16

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2013

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Wirbelsäule	19.-20.04.2013	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 870372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	80
	Untere Extremitäten	05.-06.07.2013				
	Differentialdiagnose MRT	11.-12.10.2013				
	Zusammenfassung	15.-16.11.2013				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2012/2013

LBB 1 Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	LBB1	08.-12.05.2013	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	40
Boppard	LBB1	19.-23.06.2013				46
Boppard	LBB1	04.-08.09.2013				46
Prien	LBB1	09.-13.10.2013				36
Boppard	LBB1	04.-08.12.2013				46

Masterkurse 2012/2013 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie

Ort	Kursthema	Termin	Punkte
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 2 (MSM 2)	19.-21.04.2013	26
Bad Füssingen	Top 10 d. myofasz. Behandlungsmethoden	27.-28.04.2013	15
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	23.-25.08.2013	26
Hamburg	Manualmed. Diagnostik u. Therapie BWS - Rippen	24.08.2013	9
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 2 (MSM 2)	18.-20.10.2013	26
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	08.-10.11.2013	26
Trier	Kopfgelenke u. Kiefergelenke mit klinischen Syndromen	09.11.2013	12
St. Goar	BWS mit Zwerchfell und Atmung	30.11.2013	11
Hamburg	Manualmed. Diagnostik u. Therapie HWS - Kopfgelenke	14.12.2013	9

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder

GHBF Haltuns- und Bewegungsdiagnostik Termine 2013

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
Hamburg	Grundkurs	07.-08.06.2013	Dr. Pfaff, Michael Kaune, Dr. Götz	Freitagstermin: 14.30 - 20.00 Uhr, Samstagtermin: 09.00 - 16.30 Uhr, Kompaktkurs: Fr. 10:00 bis So. 15:30 , GHBF, Fax: 089-33 04 03 05, www.ghbf.de Kurs I: 300 € Kurs II: 350 € Kombikurs I+II: 450 €	Grundkurse (zweitägig) 300 € Abschlußkurse 350 € (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke)	
Jena	Grundkurs	06.-07.09.2013				
Frankfurt a.M.	Grundkurs	13.-14.09.2013				
München	Grundkurs	06.-07.12.2013				
München	Abschlusskurs	12.-13.04.2013				
München	Abschlusskurs	08.-09.11.2013				
Grassau	Kombi-Kurs I+II	21.-23.06.2013				

Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2013

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie / Manuelle Medizin.
Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e.V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Damp	Einsteiger	20.-27.04.2013		Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax:07562/9718-22 email: falkowski@aerzte-seminar-mwe.de www.aerzteseminar-mwe.de		
Gelsenkirchen	Einsteiger Teil 1	08.-10.02.2013				
Gelsenkirchen	Einsteiger Teil 2	14.-16.06.2013				
Isny	Einsteiger	06.-13.07.2013				
Dresden	Einsteiger Teil 1	13.-15.09.2013				
Dresden	Einsteiger Teil 2	20.-22.09.2013				
Karlsruhe	Einsteiger Teil 1	20.-22.09.2013				
Karlsruhe	Einsteiger Teil 2	27.-29.09.2013				
Damp	Einsteiger	19.-26.10.2013				
Hannover	Einsteiger	15.-21.11.2013				
Berlin	Einsteiger Teil 1	22.-24.11.2013				
Berlin	Einsteiger Teil 2	29.11.-01.12.2013				
Tages-Refresher						
Ascheffel	Manualmed. Algorithmus bei Verkettungssyndromen	28.09.2013				
Neuss	HWS	16.11.2013				
Hannover	LWS/SIG	23.11.2013				
Wochenend-Refresher						
Isny	LWS/SIG/unt. Extremitäten	20.-21.04.2013				
Isny	HWS/Thorax	28.-29.09.2013				
Gesamt-Refresher (Kompetenzerhaltungskurs)						
Castelletto di Brenzone/ Italien	Gesamtrefresher	09.-12.05.2013				
Königstein	Gesamtrefresher	03.-10.08.2013				
Sonderkurs						
Isny	Proliferationskurs	21.-22.06.2013				
Manuelle Medzin bei Kindern						
Isny	Kurs C Therapie I	25.-28.09.2013				
Isny	Kurs D Therapie II	14.-16.11.2013				
Hannover	Kurs C Therapie I	07.-09.02.2013				
Hannover	Kurs D Therapie II	14.-16.03.2013				

Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2013		
Hannover	Kurs A Diagnostik 1	18.-21.09.2013
Hannover	Kurs B Diagnostik 2	27.-30.11.2013
Einführungskurs - Osteopathie		
Isny	Kurs E	20.-22.06.2013
Bad Iburg	Kurs D	05.-07.09.2013

AGR-Fernlehrgang Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention

Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen Referent für rückengerechte Verhältnisprävention

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e.V.	Aktion Gesunder Rücken e.V., Tel. 04284 / 92 69 990, Fax: 04284 / 92 69 991, info@agr.de, www.agr-ev.de	BVOU Mitglieder 295 €	39

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2013

Ort	Kursthema	Termin	Dr. Alois Franz	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	AE-Masterkurs Knie	24.-25.05.2013	PD Dr. Halder Prof. Dr. Duda Prof. Dr. Matziolis Prof. Dr. Noack	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongress-organisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com	200 €	
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	21.-22.06.2013	Dr. Alois Franz Priv.-Doz. Dr. R. Decking Prof. Dr. M. Wagner Prof. Dr. W. Siebert		200 €	
Hamburg	AE-Seminar Teach the Teacher	27.06.2013	Prof. Dr. med. Mutschler Prof. Dr. med. Siebeck		TN kostenlos und nur für AE-Mitglieder	
Hamburg	10. AE-ComGen-Kongress: Jubiläumskongress	28.-29.06.2013	Dr. med. Alexander Beier, Dr. med. Bernhard Egen, Dr. med. Iris Schleicher		135 €	
Frankfurt a.M.	AE-Masterkurs Hüfte	04.-05.07.2013	Prof. Dr. Hoffmann Prof. Dr. Meurer Prof. Dr. Hovy Prof. Dr. Marzi		200 €	
Berlin	AE-Kurs Schulterchirurgie	30.-31.08.2013	Dr. Ambacher, Prof. Fink, Prof. Scheibel, Prof. Brunner		220 €	
Dresden	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechik	12.09.2013	Prof. Dr. Kasten Dr. Hartmann PD Dr. Kirschner Prof. Günther		40 €	
Dresden	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik	13.-14.09.2013	Prof. Dr. med. K.-P. Günther Prof. Dr. med. C. Perka		200 €	
Tübingen	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	11.10.2013	Prof. Dr. med. Stöckle		50 €	
München	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenks	21.-23.11.2013	Prof.Dr. med. Mutschler		250 €	
München	15. AE-Kongress Knieendoprothetik	06.-07.12.2013	Prof. Dr. med. Mutschler		180 €	

Initiative ´93 Technische Orthopädie 2013

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Innsbruck/A	Modul 6 - Spezielle Amputationschirurgie	27.-28.09.2013	Dr. Landauer	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 0. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an:Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde	Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 €	
Bad Klosterlausnitz	Modul 1+3 - Orthetik, Rollstuhlversorg., Neuroortho., Querschnittsläsion	08.-10.11.2013	Dr. Neumann,PD Dr. Brückner		Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 300 € , Nichtmitglieder 400 €	
Dortmund	Modul 5 - Refresher u. Prüfungskurs	29.-30.11.2013	Prof. Greitemann, Herr Kokegei		Mitglieder DGOOC/DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 €	

DAF Zertifikat Fußchirurgie 2013

Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bochum	Operationskurs Arthrodesen	10.-11.05.2013	Dr. Klapper Prof. Dr. Dermietzel	Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de www.fuss-chirurgie.de		
Wendisch Rietz	Operationskurs Rheumafuß	07.-08.06.2013	Dr. Osel			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	05.-06.07.2013	Dr. Thomas			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	13.-14.09.2013	Dr. Frank Dr. Abbara Prof. Dr. Prescher			
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	20.-21.09.2013	Dr. Lange			
Münster	Operationskurs Traumatologie	27.-28.09.2013	PD Dr. Ochmann			
Hannover	Operationskurs Vorfußchirurgie	27.-28.09.2013	Prof. Dr. Stukenborg-Colsman			
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	04.-05.10.2013	Dr. Dohle Prof. Dr. Filler Prof. Dr. Rammelt			
München	Workshop Kinderfuß	18.-19.10.2013	Prof. Hamel			
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	08.-09.11.2013	Dr. Gabel Dr. Gronwald			
Frankfurt a.M.	Operationskurs Rheumafuß	15.-16.11.2013	Prof. Rehart Dr. Osel			

MRT Kurse Erlangen

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremität	13.-14.09.2013	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopaeden.com	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	88
	Kurs 2 Wirbelsäule	08.-09.11.2013				
	Kurs 3 Untere Extremität	13.-14.12.2013				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	17.-18.01.2014				
	Kurs 5 Abschlußkurs, Fallbeispiele	21.-22.03.2014				

2. Sportmedizinisches Symposium Mercedes Cup

An zwei Tagen wird in einer Kombinationsveranstaltung für Ärzte, Physiotherapeuten und Trainer ein wissenschaftlich hochwertiges Programm, Vorträge und Live-Acts angeboten.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	Professionelle Konzepte für den Profisportler und sein Umfeld	11.-12.07.2013	Dr. C. Mauch, Dr. A. Hoffmann	www.mercedescup.de		12

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: https://www.auc-kursportal.de

Ort	Kongress / Kurs	Termin
April		
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	13. / 14.04.2013
Vechta	ATLS-In-house-Kurs	13. / 14.04.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	13. / 14.04.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	19./20.04.2013
Leipzig	ATCN-Providerkurs	19.-21.04.2013
Ulm	ATLS-Providerkurs	20./21.04.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	27./28.04.2013
Mai		
Köln	ATLS-Providerkurs	03./04.05.2013
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	04./05.05.2013
Hannover	ATLS-Teamkurs	04./05.04.2013
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	10./11.05.2013
München	ATLS-Providerkurs	11./12.05.2013
München	ATLS-Refresherkurs	10.05.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	25./26.05.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	24./25.05.2013
Leipzig	ATCN-Providerkurs	25.-27.05.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	31.05./01.06.2013
Juni		
Aachen	ATLS-Providerkurs	01./02.06.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	08./09.06.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	07./08.06.2013
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	08./09.06.2013
Murnau	ATLS-Teamkurs	15./16.06.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	21./22.06.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	21./22.06.2013
Hamburg	ATLS-Providerkurs	28./29.06.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	29./30.06.2013
Dresden	ATLS-Providerkurs	29./30.06.2013
Juli		
Köln	ATLS-Teamkurs	05./06.07.2013
München	ATLS-Providerkurs	06./07.07.2013
München	ATLS-Providerkurs	08./09.07.2013
München	ATLS-Providerkurs	11./12.07.2013
Essen	ATLS-In-house-Kurs	12./13.07.2013
München	ATLS-Teamkurs	13./14.07.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	13./14.07.2013
Kiel	ATLS-Providerkurs	19./20.07.2013

Hamburg	ATLS-Providerkurs	26./27.07.2013
Marburg	ATLS-In-house-Kurs	27./28.07.2013
August		
Hamburg	ATLS-Providerkurs	02./03.08.2013
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	03./04.08.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	10./11.08.2013
München	ATLS-Providerkurs	10./11.08.2013
Kiel	ATLS-Providerkurs	23./24.08.2013
Dresden	ATLS-Providerkurs	24./25.08.2013
München	ATLS-Teamkurs	24./25.08.2013
Hamburg	ATLS-Providerkurs	30./31.08.2013
Berlin	ATLS-Providerkurs	30./31.08.2013
September		
Berlin	ATLS-Teamkurs	01./02.09.2013
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	13./14.09.2013
Freiburg	ATLS-In-house-Kurs	13./14.09.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	21./22.09.2013
Hamburg	ATLS-In-house-Kurs	21./22.09.2013
Hamburg	ATLS-In-house-Kurs	21./22.09.2013
Hamburg	Fit-after-eight Modul 7+8	25.-28.09.2013
Homburg (Saar)	DSTC – Definitive Surgical Trauma Care Course	26.-28.09.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	27./28.09.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	27./28.09.2013
Krefeld	ATCN-Providerkurs	27.-29.09.2013
Sindelfingen	ATLS-In-house-Kurs	28./29.09.2013
Oktober		
Hamburg	ATLS-Providerkurs	04./05.10.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	12./13.10.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	12./13.10.2013
München	ATLS-Providerkurs	12./13.10.2013
Kirchberg	ATLS-In-house-Kurs	19./20.10.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	19./20.10.2013
November		
Dresden	ATLS-Providerkurs	02./03.11.2013
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	02./03.11.2013
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	08./09.11.2013
Murnau	ATCN-Providerkurs	08.-10.11.2013
Ludwighafen	ATLS-Providerkurs	09./10.11.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	16./17.11.2013
Vechta	ATLS-In-house-Kurs	16./17.11.2013
München	ATLS-Providerkurs	16./17.11.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	22./23.11.2013
Kiel	ATLS-Providerkurs	22./23.11.2013
Bamberg	ATLS-In-house-Kurs	22./23.11.2013

Leipzig	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	30.11./01.12.2013

Dezember		
Köln	ATLS-Providerkurs	06./07.12.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	07./08.12.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	07./08.12.2013
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013
Ulm	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013
München	ATLS-Providerkurs	14./15.12.2013

2. Kalender

Veranstaltungen der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Unter Schirmherrschaft der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info / Anmeldung
April				
Giessen	Workshop Kyphoplastie	12.04.2013	Prof. Heiß, PD Dr. Böcker, Dr. Engelhardt	education@joimax.com; Fax: 0721 255 14-920 Frau Monika Gensert Tel: 0721 255 14-0
Frankfurt/M.	AOSpine Fortgeschrittenen Kurs „Verletzungen der Wirbelsäule“	18.04.-20.04.	F. Gebhard, K. Schnake	http://FRANKFURT1304.aospine.org
Wien/ Österreich	Fortbildungsveranstaltung „Schmerz Holistisch“	19.04.	Prof. W. Ilias, Dr. R. Barker	http://www.schmerztag.at
Halle/Saale	1. Symposium der Klinik für Plastische- und Handchirurgie und Brandverletztenzentrum „Replantation und Transplantation“	19.04.	PD Dr. F. Siemers	http://www.symposium-halle.de
Nürnberg	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südost der DGUV	19.04.-20.04.	Prof. V. Bühren	http://www.comed-kongresse.de
Kassel	Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung, Kurs IV, Spezielle Gutachtenthemen	19.04.-20.04.	Prof. K. Weise, Prof. M. Schiltenwolf, Prof. W. Konermann	
Jena	Navigation in Orthopädie und Unfallchirurgie (NAV)	20.04.	Prof. G. O. Hofmann, Dr. I. Marintschev, PD Dr. F. Gras	http://www.navigation-jena.de
Isny	Refresher LWS / SIG / unt. Extremität	20.04.-21.04.		http://manuelle-mwe.de
Düsseldorf	8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU	20.04.	Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner	http://www.handchirurgie-duesseldorf.com
Damp	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs	20.04.-27.04.		http://manuelle-mwe.de
Frankfurt am Main	III. Frankfurter Symposium Querschnittlähmung	24.04.	Prof. R. Hoffmann, Dr. O. Marcus	http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html
Frankfurt/Main	Seelische Störungen nach Unfällen	24.04.		http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung
Wien/Österreich	Kongress Biospine4 „Biotechnologies for spinal surgery“	24.04.-26.04.	Prof. M. Ogon, Dr. C. Eder, Prof. H. J. Meisel	http://www.biospine4.org
Berlin	DGOOC-Schulterkurs	25.04.-27.04.		Onlineregistrierung: http://www.registration.intercongress.de
Karlsruhe	17. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Therapie und Prävention	25.04.-27.04.		http://www.rehab-fair.com
Regensburg	SFA Arthroskopie Workshop mit Live-OPs	26.04.-27.04.		http://germany.aesculap-academy.com
Duisburg	Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung, Kurs III, Berufskrankheiten	26.04.-27.04.	Prof. K. Weise, Prof. M. Schiltenwolf, Prof. W. Konermann	

Mai				
München	130. DGCH-Kongress	30.04.-03.05.	Prof. K.-W. Jauch	http://www.chirurgie2013.de
Oxford / GB	2nd Oxford Skeletal Metastatic Meeting	01.05.		http://www.oxcourses.co.uk
Baden-Baden	61. JT der VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen e. V.	01.05.-04.05.	Dr. H. Locher	http://www.vsou.de
Hamburg	3. Hamburger Beckenkurs	02.05.-03.05.	Prof. J. M. Rueger, PD Dr. L. G. Großterlinden,	http://www.hamburger-beckenkurs.de
Nürnberg	54. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie	02.05.-04.05.	Prof. B. Reichert, PD P. Schaller	www.dah.at/2013
Dubai, VAE	2nd Global Network Conference on Emergency Medicine in association with 1st Emirates Society of Emergency Medicine Conference	02.05.-06.05.	Prof. Dr. Abdelouahab Bellou, Dr. Saleh Fares	www.emergencymedicineme.com
Berlin	8. Kongress des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen	03.05.–04.05.	Dr. E. Edelmann, Dr. L. Kalthoff, Prof. J. Kekow, Prof. A. Krause, Dr. W. Müller-Brodmann, Dr. G. Reutter-Simon, Dr. U. v. Hinüber	
Kassel	XIII. Frühjahrsakademie der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)	08.05.-10.05.	Prof. E. M. Noah	http://www.vdaepc-kongress.de
Jena	7. Jenaer Implantologierunde (JIR) 2013: Implantation im schwierigen Knochenlager / Komorbiditäten	08.05.	Prof. S. Schultze-Mosgau	http://www.conventus.de/jir2013
Castelletto di Brenzone/Italien	Kompetenzerhaltungskurs	09.05.-12.05.		http://manuelle-mwe.de
Mannheim	Symposium „Nachhaltigkeit“	10.05.	Prof. H.-P. Scharf, Prof. M. Schwarz	http://www.umm.de/6222.0.html
Neu-Ulm	8. JT der Deutschen Gesellschaft für Biomechanik (DGfB) 2013	15.05.-17.05	PD Dr. L. Dürselen	http://www.biomechanik-kongress.de
Wehrheim	Bone & Joint Infection Curriculum: Modul 1: 16./17.5., Modul 2: 5./6.9., Modul 3: 28./29.11.	16.05.-17.05.	Prof. V. Alt	http://www.bji-curriculum.com
Frankfurt/Main	4. Revisionskurs – Knie 2013, Sportorthopädie	24.05.-25.05	Dr. F. Welsch	http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html
Stockholm, Schweden	AOTrauma Europe Masters Course – Fragility Fractures and Orthogeriatrics	27.05.-28.05	Univ.-Prof. M. Blauth, OA Dr. M. Gosch, Prof. H.-C. Pape	https://aotrauma2.aofoundation.org/eventdetails.aspx?id=masterseminar_1
Irdning/Österreich	DVOST-Symposium „Rund um die Hüfte“	29.05.-02.06.	Dr. D. Rogmans, Prof. Dr. W. Pförringer	http://www.dvost.de/taetigkeiten/events.html
Berlin	3rd Charité Spine Tumor Days	31.05.-01.06.	PD Dr. A. C. Disch; Dr. C. Druschel	www.spine-tumor.com
Nordhausen	22. Thüringer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium (VLOU)	31.05.-01.06.	Dr. K. Letzel	http://www.vlou-symposium.de

Juni				
Berlin	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit	05.06.-07.06.	Prof. U. Fink, Dr. I. Völker	http://www.hauptstadt-kongress.de
Murnau	26. JT der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie	05.06.-08.06.	Dr. D. Maier	http://www.dmgp-kongress.de
Istanbul/Türkei	14. EFORT-Kongress	05.06.-08.06.	Prof. J. M. Guys	http://www.efort.org/istanbul2013
Leipzig	14th Congress of the European Paediatric Surgeons' Association (EUPSA)	05.06.-08.06.		http://www.eupsa2013.org
Frankfurt/Main	Berufskrankheit Wirbelsäule	06.06.		http://www.ivm-med.de/medizinischefort-bildung
Gelsenkirchen	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	07.06.-09.06.		http://manuelle-mwe.de
Berlin	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Nordost der DGUV	13.06.-14.06.	Prof. A. Ekkernkamp, Prof. Th. Mittlmeier	http://www.comed-kongresse.de
Hamburg	62. JT der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e. V.	13.06.-15.06.	Prof. T. Gehrke, Prof. C. Jürgens	www.nouv-kongress.de
Bielefeld	16. Jahreskongress Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW)	13.06.-15.06.	Prof. H. Fansa	www.wunde-wissen.de
Mannheim	28. Jahreskongress der GOTS	14.06.-15.06.	Prof. Dr. Holger Schmitt	www.gots-kongress.org www.intercongress.de
Mannheim	28. Dt.-Österr.-Schweiz. Kongress für Sportorthopädie und Sporttraumatologie	14.06.-15.06.	Prof. H. Schmitt	http://www.gots-kongress.org
Gelsenkirchen	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	14.06.-16.06.		http://manuelle-mwe.de
Peking/ China	7th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)	16.06.-20.06.	L. Jianan	http://www.isprm2013.org/
Berlin	4. Forum Qualitätskliniken	18.06.-19.06.		http://www.forum-qualitaetskliniken.de/2013
Würzburg	DVSE-Kongress Dt. Vereinigung für Schulter u. Ellebogenchirurgie	19.06.-22.06.	Prof. F. Gohlke	http://www.dvse-kongress.de
Kiel	Kieler Innovationskongress "Fuß"	20.06.-21.06.	Dr. C. C. Büll	http://www.innovationskongress-kiel.de/
Isny	Einführungskurs Osteopathie	20.06.-22.06.		http://manuelle-mwe.de
Jena	2. Mitteldeutscher Sportärztekongress	21.06.-22.06.	Prof. U. Schlegelmilch	http://www.sportmedizin-tagung.de
Frankfurt/Main	32. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie	21.06.-22.06.	Prof. I. Marzi	http://www.intercongress.de/deutsch/Kongresse/KongressFactsheet.php?ID=578550.0&Jahr=13
Isny	Proliferationskurs	21.06.-22.06.		http://manuelle-mwe.de
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	21.06.-22.06.	Dr. A. Franz, PD Dr. R. Decking, Prof. M. Wagner, Prof. W. Siebert	
Dresden	22. Unfallchirurgische Tagung	22.06.	Prof. F. Bonnaire	http://www.conventus.de/tagung-dresden

Jena	7. Jenaer Implantologierunde (JIR): Augmentation / Schablonengeführte Implantation	26.06.	Prof. S. Schultze-Mosgau	http://www.conventus.de/jir2013
Lausanne/ Schweiz	73. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie SGOT-SSOT	26.06.-28.06.	Dr. B. Christen	http://www.sgo13.organizers-congress.ch/
Dormagen-Zons	15. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten (DCE)	26.06.-29.06.	Prof. R. Rödl, PD Dr. D. Seybold	http://www.deformitaetenkurs.de
Berlin	DGOOC-Fußkurs	27.06.-29.06.		Onlineregistrierung: http://www.registration.intercongress.de
Hamburg	10. AE-ComGen-Kongress: Jubiläumskongress – 10 Jahre ComGen	28.06.-29.06.	Dr. A. Beier, Dr. B. Egen, Dr. I. Schleicher	
Freyburg/Unstrut	8. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische Chirurgie	28.06.-29.06.	Dr. W. Asperger, J. Bretschneider	http://www.saale-unstrut-symposium.de
Bad Füssing	Kongress "Neues aus der Sportmedizin"	29.06.	Prof. W. F. Beyer, Dr. K.-H. Conrad	wolfgang.beyer@drv-bayernsued.de
Berlin	3rd Charité Spine Tumor Days	31.05.-01.06.	Prof. K.-D. Schaser	http://www.spine-tumor.com
Juli				
Bernau/Felden	Sportmedizintage Medical Park Chiemsee	03.07.-07.07.	PD Dr. M. Schmitt-Sody, Dr. F. Düren	http://www.smtc.intercongress.de
Isny	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	06.07.-13.07.		http://manuelle-mwe.de
München	Das Patellofemoral Gelenk II	06.07.	Prof. G. Bauer, Dr. D. Wagner, Prof. A. B. Imhoff,	http://www.sportklinik-stuttgart.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Flyer_Patello_2013.pdf
Wildbad Kreuth	5. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	17.07.-20.07.	Prof. U. Brunner, Prof. E. Wiedemann	www.tese-kurs.de
Altötting	90. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen	24.07.-26.07.	Prof. J. Roder	http://www.vbc2013.de
August				
Königstein	Kompetenzerhaltungskurs	03.08.-10.08.		http://manuelle-mwe.de
Berlin	27. Treffpunkt medizintechnik „Minimal-Invasive Medizin – Technik und Methoden"	15.08.		http://www.tsb-berlin.de/treffpunkt-MedTech2013
Jena	Trainingskurs „Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven"	26.08.-30.08.	Prof. s. Schultze-Mosgau	http://www.mkg.uniklinikum-jena.de/mkg_media/Downloads/Flyer+Mikrochirurgiekurse+2013.pdf
Berlin	AE-Kurs für Schulterchirurgie	30.-31.08.	Prof. M. Scheibel, Dr. T. Ambacher, Prof. B. Fink, Prof. U. Brunner	
September				
Riva del Garda u. Torbole/Italien	Sportmedizin Gardasee 2013 - 30. Sportmedizin Wochenkurs	01.09.-06.09.	Dr. E. Basad, Dr. J. Keems	http://www.sportmedizin-gardasee.de

Berlin	DGOOC-Hüftkurs	05.09.-07.09.	Prof. D. C. Wirtz	http://www.registration.intercongress.de
Bad Iburg	Einführungskurs - Osteopathie	05.09.-07.09.		http://manuelle-mwe.de
Berlin	16. Seminar Handchirurgie der DGH	06.09.-07.09.	Prof. A. Eisenschenk	
Frankfurt/M.	44. Deutscher Sportärztekongress „Praktische Sportmedizin - Qualität und Evidenz auch in der Routine“	06.09.-07.09.	Prof. K. Völker	http://www.dgsp.de/kongress/
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	07.09.	PD Dr. A. Dunky	azmedinfo@media.co.at
Jena	7. Jenaer Implantologierunde (JIR) 2013: Knochenersatz vs. Knochentransplantat	11.09.	Prof. S. Schultze-Mosgau	http://www.conventus.de/jir2013
Dresden	AE-Kompaktkurs „Zement und Zementiertechnik“	12.09.	Prof. P. Kasten, Dr. A. Hartmann, PD Dr. S. Kirschner, Prof. K.-P. Günther	http://www.ae-gmbh.com/
Münster	44. JT d. Dt. Ges. d. Plastischen, Rekonstruktiven & Ästhetischen Chir. (DGPRÄC) e. V. und 18. JT d. Vereinig. d. Dt. Ästhetisch-Plastischen Chirur. (VDÄPC) e. V.	12.09.-14.09.	Dr. A. Krause-Bergmann, Dr. W. D. Lüerßen	http://www.dgpraec-tagung.de
Krems/Österreich	ÖGO-Kongress	12.09.-14.09.	Prof. S. Nehrer	http://intern.orthopaedics.or.at/ok.aspx
Hamburg	Triple X Endoprothetik Kurs 2013 „Hüfte - Schulter – Knie“	12.09.-14.09.	Prof. J. M. Rueger, PD Dr. L. G. Großterlinden	http://www.triple-x-kurs.de
Dresden	AE-Kurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik“	13.09.-14.09.	Prof. K.-P. Günther, Dr. C. Perka	
Bonn	1. D-Arzt-Forum des Bundesverbandes der Durchgangsärzte	13.09.-14.09.	Prof. F. Bonnaire, Prof. C. Burger	http://www.comed-kongresse.de
Dresden	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	13.09.-15.09.		http://manuelle-mwe.de
Mannheim	41. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) zusammen mit 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh), 23. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und ugendrheumatologie (GKJR) u. 15. Forum Experimentelle Rheumatologie (FER)	18.09.-21.09.	Prof. H.-M. Lorenz, Dr. H. Dinges, Dr. J. Grulich-Henn	http://www.dgrh-kongress.de/
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 1	18.09.-21.09.	Dr. W. Kemlein	http://manuelle-mwe.de
Wiesbaden	30. AGA-Kongress	19.09.-21.09.	PD Dr. J. Agneskirchner, PD Dr. T. Zantop	http://www.aga-kongress.info
Dresden	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	20.09.-22.09.		http://manuelle-mwe.de
Karlsruhe	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	20.09.-22.09.		http://manuelle-mwe.de
Köln	Therapy meets Sports	21.09.-22.09.	Dr. M. Kunz	www.therapy-meets-sports.de
München	18. Internationaler Schulterkurs	23.09.-25.09.	Prof. A. Imhoff	www.schulterkurs.de
Jena	Trainingskurs „Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven“	23.09.-27.09.	Prof. S. Schultze-Mosgau	http://www.mkg.uniklinikum-jena.de/mkg_media/Downloads/Flyer+Mikrochirurgie-kurse+2013.pdf

Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs I	25.09.-28.09.	Dr. W. Coenen	http://manuelle-mwe.de
Homburg/Saar	Definitive Surgical Trauma Care (DSTC)	26.09.-28.09.	Prof. H. Siebert, PD. Dr. S. Flohé, Prof. J. Sturm	http://www.auc-kur-sportal.de
Lübeck	7. Lübecker Arthroskopiekurs der Gesellschaft für Fußchirurgie e. V. (GFFC)	27.09.-28.09.	Dr. Mellany Galla, Dr. Angela Simon	www.gffc.de
Karlsruhe	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	27.09.-29.09.		http://manuelle-mwe.de
Ascheffel	Tagesrefresher Manualmedizinischer Algorithmus bei Verkettungssyndromen	28.09.		http://manuelle-mwe.de
Isny	Refresher HWS/Thorax	28.09.- 29.09.		http://manuelle-mwe.de

Oktober				
Salzburg/ Österreich	49. ÖGU Jahrestagung „Verletzungen der Hand- und Fußwurzel“	03.10.- 05.10	Dr. A. Pachucki	http://ogu13.unfallchirurgen.at/
Berlin	51. Jahrestagung der DGPW e. V.	10.10.-12.10.	PD Dr. E.-E. Scheller	http://www.dgpw-kongress2013.de
Düsseldorf	54. Kongress der Dt. Gesellschaft für Handchirurgie und 18. DAHTH e.V. Jahrestagung	10.10.-12.10.	Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner	http://www.dgh-kongress.de
Berlin	DGOOC-Tumorkurs	10.10.-12.10.		Onlineregistrierung: http://www.registration.intercongress.de
München	ISHA Annual Scientific Meeting	10.10.-12.10.	M. Dienst, M. Safran, V. Ilizaliturri	www.ishacongress.com
Jena	21. Jahrestagung der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie (GSB)	11.10.-12.10.	Prof. M. Tatagiba,	http://www.gsb-kongress.de
Hyderabad/ Indien	34th SICOT Orthopaedic World Conference	17.10.-19.10.	A. Johari	www.sicot.org
Damp	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	19.10.- 26.10.		http://manuelle-mwe.de
Berlin	12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	23.10.-25.10.	Prof. K. Dreinhöfer, Prof. E. A. M. Neugebauer, PD D. Stengel	http://www.dkvf2013.de
Berlin	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	22.10.-25.10.	Prof. Dr. Hoffmann, Prof. Dr. B. Kladny, Prof. Dr. K.-D. Heller	www.dkou.de
Frankfurt/M.	6. Sportmedizinischen Forum BG-Unfallklinik Frankfurt a. Main	30.10.	Prof. R. Hoffmann, Dr. F. Welsch	kongress@bgu-frankfurt.de

November				
Hamburg	8. JT Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.	07.11. - 09.11.	Dr. M. Wünning, Dr. B. Hogan	http://www.dgina-kongress.de
Bochum	SFA-Teamtraining zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion in der Doppelbündeltechnik	08.11.-09.11.		http://germany.aesculap-academy.com/
Hannover	10. Hannoveraner Arthroskopiekurs	08.11.-09.11.	Prof. H. Lill, Prof. P. Lobenhoffer	www.arthroskopiekurs-hannover.de/
Jena	Indikationen in der Gelenkchirurgie (GCJ)	09.11.	Prof. G. O. Hofmann	http://www.gelenkchirurgie-tagung.de
Baden-Baden	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südwest der DGUV	09.11.-10.11.	Prof. P. Grützner, Prof. Dr. U. Stöckle	http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltung/index.jsp
Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs II	14.11.-16.11.	Dr. W. Coenen	http://manuelle-mwe.de

Hannover	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	15.11.-21.11.		http://manuelle-mwe.de
Neuss	Tagesrefresher HWS	16.11.		http://manuelle-mwe.de
Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	22.11.-24.11.		http://manuelle-mwe.de
Hannover	Tagesrefresher LWS/ SIG	23.11.		http://manuelle-mwe.de
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 2	27.11.-30.11.	Dr. W. Kemlein	http://manuelle-mwe.de
Hamburg	2. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft - Komplexe Kniechirurgie	29.11.-30.11.	Prof. K.-H. Frosch	www.knie-komplex.de
Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	29.11.-01.12.		http://manuelle-mwe.de
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	20.11.	PD Dr. A. Dunky	azmedinfo@media.co.at
München	3. Wirbelsäulenschmerzkongress	23.11.	Dr. R. Schneiderhan, Dr. F. Sommer, Dr. O. Oetke	http://www.wirbelsaeulenschmerzkongress.de/

Dezember				
Frankfurt/ Main	6. Kongress für Versicherungsmedizin und Begutachtung	05.12.		http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung
Frankfurt/ Main	8. Deutscher Wirbelsäulenkongress Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e.V.	05.12.-07.12	Dr. D. Rosenthal	http://www.dwg-kongress.de/
München	15. AE-Kongress „Knieendoprothetik – zwischen Intuition und Evidenz“	06.12.-07.12.	Prof. W. Mutschler, Prof. P. Biberthaler, PD Dr. R. Hube, Prof. V. Jansson, Prof. R. v. Eisenhart-Rothe	

2014

März				
Berlin	131. DGCH-Kongress	25.03.-28.03.	Prof. J. Jähne	http://www.chirurgie2014.de
Münster	XI. Endoprothetik Forum Münster „Endoprothetik im Spannungsfeld zwischen Erfahrung und Innovation“, Schwerpunkte: Knie- und Sprunggelenksendoprothetik	07.03.-08.03.	Prof. Dr. med. Thorsten Gehrke, Prof. Dr. med. Carsten Perka, Prof. Dr. med. Gunnar Möllenhoff	www.endoprothetik-muenster.de

Mai				
Baden-Baden	62. JT VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen	01.05.-03.05.	Prof. A. Meurer	

Juni				
London/GB	15. EFORT-Kongress	04.06.-07.06.		

September				
Innsbruck/ Österreich	31. AGA-Kongress			http://www.aga-kongress.info

Praxisabgaben

Praxisanteil Orthopädie, Reutlingen zum 1.4.14: große fachübergreifende, top ausgestattete Orthopädische Gemeinschaftspraxis, 1 von 5 orthopädischen Zulassungen wird abgegeben, 2 angestellte Ärzte (Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Neurochirurgie), bestehend seit 60 Jahren, ertragsstark, überwiegend konservativ, 1 Partner auch operativ.

Chiffre: 21 10 22

Orthopädische Praxis
In bester Lage, nahe Frankfurt/Main abzugeben.
Eine Aufgabe, die aufgrund der Vielseitigkeit bzgl. Diagnostik und Therapie, der/dem Nachfolger/in exzellente Möglichkeiten bietet, das eigene Know-how einzusetzen.
Ein zweiter Gesichtspunkt ist die sehenswerte Rendite.
Die Infrastruktur der Praxis macht es möglich auch in einem Kollegialsystem/Partnerschaft glücklich zu werden.

Chiffre: 21 10 21

Praxisabgabe in 2014
Etablierte orthop.-Praxis, zentral in Lüneburg abzugeben, ambul.-OP/ASK, ESWT, DXA, Digit.-Rö., Sono vorhanden, hoher Privatanteil.
E-Mail: dipl.med.fred.dahl@web.de

Chiffre: 21 10 23

Stellenangebot

Praxisteilübernahme
Facharzt Orthopädie – Unfallchirurgie
gesucht für orthopädische Gemeinschaftspraxis (Chirotherapie, Rheumatologie, Sportmedizin, Akupunktur, Physikalische Therapie, orthop. Schmerztherapie, Naturheilverfahren i.d. Orthopädie) und große orthopädische Belegabteilung (breites operatives und konservatives Spektrum) in Rheinland-Pfalz.

Chiffre: 21 10 24

Antworten auf Chiffre-Anzeigen
senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:
Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Frau Esther Eckstein
Postfach 30 08 80
70448 Stuttgart