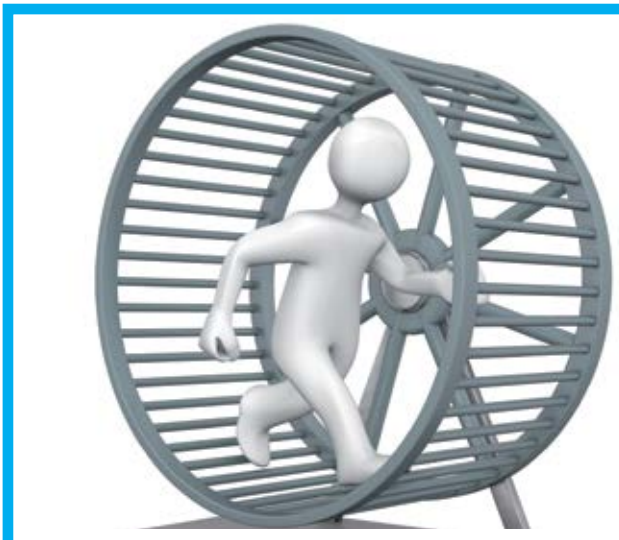
Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten

April 2015



Orthopädie-Vertrag in Baden-Württemberg

Unfallchirurgie beim VSOU-Kongress

Umsatzsteuer auf menschliches Gewebe

Thieme

„Qualität“ … und kein Ende …?!

„Angst und Profit untergraben die Qualität der Medizin“ (FAZ, 11.2.2015)

Das Erfüllen eines möglichst alle Lebensbereiche umfassenden Sicherheitsbedürfnisses weiter Teile der Bevölkerung gehört zum akzeptierten politischen Grundkonsens. Dies betrifft im besonderen Maße die Gesundheitsversorgung. Am besten versehen mit „TÜV-Stempel“ und mit garantiertem und komplikationslosem Behandlungserfolg. Also: ohne „(Ärzte)-Pfusch“…

Dieser politische Konsens äußert sich unter anderem in immer neuen gesundheitspolitischen Gesetzen und Gesetzentwürfen zu Krankenhausreformen, Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklung, zur Versorgungsstärkung und zum e-Health. Qualität und Qualitätssicherung in Klinik – und Praxis – sind in aller Munde. Gesagt wird „Qualität“, gemeint wird am Ende jedoch meistens „Geld“. Praktisch alle deutschen Kliniken haben in den vergangenen Jahren ein strukturiertes Qualitätsmanagement (QM) aufgebaut, aufbauen müssen. Reportings mit teilweise wenig definierten oder „unscharfen“ Kennzahlen – wie in oft für Patienten wenig aussagefähigen QM-Jahresberichten – und Benchmarking von Kliniken untereinander sind ein „Muss“. Internetbewertungen von Kliniken und Ärzten über entsprechende Portale, Apps und Social-Networks, „Bestenlisten“ und vieles mehr erleben einen Hype.

Was wird da gemessen, verglichen? Ist es objektiv, ist es fair? Nachvollziehbar? Transparent? Schlüsselbegriffe wie Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität sowie Risikoadjustierung sind – je nach Standort der am Gesundheitsmarkt Beteiligten – manchmal nicht viel mehr als weit interpretierbare Sprechblasen. Man darf gespannt sein, wie all diese Fragen und Probleme von dem auf Bundesebene neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) angegangen werden und für alle Mitspieler im Gesundheitswesen konsentierte sowie praktikable Lösungsmöglichkeiten erhalten. Qualitätsansprüche und Begrifflichkeiten müssen zunächst einheitlich und bundesweit „in Form“ gebracht, i.e. definiert – und damit wirklich vergleichbar – gemacht werden. Bereits das: eine Herkulesaufgabe…

Nach ersten Verlautbarungen anlässlich des kürzlich stattgefundenen Rhein-Main-Zukunftskongresses wird sich das IQTIG aber wohl auf Begrifflichkeiten wie „Legitime Anforderungen“ mit Bezug auf Mindestqualität und Exzellenzqualität zurückziehen. Dies auch im Hinblick auf eine Justiziabilität. Die Erfüllung dieser Anforderungen muss dann nachgewiesen werden und wird vermutlich vergütungsrelevant werden. Diese Bewertungen sollen jeweils abteilungsfokussiert und nicht klinik- oder personenorientiert erfolgen. Bei dauerhaftem Nichterreichen der Mindestqualität droht der Entzug des Versorgungsauftrags. Die „Bäumchen“ des Krankenhausnavigators der AOK lassen grüßen… Mancher „Wald“ wird wohl abgeholzt werden. Man darf bei der jetzigen Struktur der Risikoadjustierung davon ausgehen, dass „schlechte Risiken“ auf – womöglich mehrere – Wartelisten kommen werden, um häufig dort zu enden. Patienten mit hohem allgemeinem oder lokalem Risiko könnten bei Eintreten einer Früh- oder auch Spätkomplikation die Abteilungsstatistik bezüglich der erzielten „Qualität“ negativ beeinflussen und damit deren Existenz gefährden – in einer alternden Bevölkerung mit immanenter Multimorbidität eine besondere Hypothek. Also: Defensivmedizin – um die Statistik sauber zu halten? Dem wird man schon mit immer neuen Mindestmengenregelungen beikommen, die Fallzahlen sozusagen „erzwingen“ wie sie nur mit „Null-Risiko-Patienten“ nicht zu erbringen sein werden. Bereits heute ist dies gelebte Realität in maximal versorgenden Abteilungen und Kliniken, in denen sich die Risikopatienten sammeln. Die Agenda ist klar: es geht um Schließung von vermeintlichen oder tatsächlichen „Überkapazitäten“, es geht um Marktbereinigung, es geht um Geld – dies unter dem Deckmantel einer breit geführten Qualitätsdiskussion.

Allzu gerne wird inzwischen medial weiter der sogenannte „Shitstorm“ bemüht, um vermeintlichen handwerklichen Pfusch, Hygienemängel, Organisationsversagen und vieles mehr anzuprangern und als Mitnahmeeffekt die ärztliche Profession zu diskreditieren. Hier wird betroffen „enthüllt“ – und Geld verdient. Auflagen und Einschaltquoten zählen. Das Publikum wartet schon gespannt und empört, aber bestens unterhalten, welche „Sau“ in der kommenden Woche durch das Dorf getrieben wird. In der juristisch geschützten, komfortablen Anonymität des Internets kann man einstweilen auch als Privatperson ungeniert sein „Mütchen kühlen“. Hierdurch wird zunehmend das Vertrauensverhältnis Patient-Arzt nachhaltig – und bewusst – gegenseitig beschädigt. Die Beziehung Patient-Arzt wird trotz noch so umfassender Google-Suche und Medienrecherche nie ganz symmetrisch sein: der Arzt ist der langjährig ausgebildete und erfahrene Fachmann – der Patient in der Regel der (mehr oder weniger halbgebildete) Laie. Das verpflichtet den Arzt ganz besonders. Eine empathische und sachbezogene Kommunikation ohne Eigeninteressen sowie eine gewissenhafte Dokumentation gehören zum unabdingbaren ärztlichen Handwerkszeug: Fachkompetenz, Glaubwürdigkeit und Empathie sind angewandtes QM.

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Editorial

Den Patienten selber interessiert am Ende der Therapie folgerichtig in erster Linie das Behandlungsergebnis. Er möchte optimal behandelt werden: immer, überall, zu jeder Zeit, Vollkasko. Gerade das Behandlungsergebnis, das auch das persönliche Empfinden der Lebensqualität umfasst, kann allerdings nicht – oder noch nicht – gemessen werden. Denn es ist schwer zu definieren, noch schwerer zu fassen und stets multifaktoriell überlagert oder beeinflusst. Mortalitäts-, Infektions- und Revisionsstatistiken sind wichtige, ganzheitlich betrachtet aber nur unzureichende Parameter. Man redet beim QM in erster Linie auch von Struktur- und Prozessqualität und setzt voraus, dass, wenn das nur stimmt, es schon in eine gute Ergebnisqualität münden wird. Die „Performance" muss halt stimmen. Also: Pay for Performance?

Kliniken werden daher flächendeckend und ganzjährig mit QM-Maßnahmen, Audits und Zertifizierungen überzogen. Strukturen, Prozesse werden angepasst und optimiert. Abläufe werden verbessert. Das Management wird „lean". Die Kennzahlensysteme – sofern sie denn überhaupt existieren – fokussieren sich hierbei fast ausschließlich auf betriebswirtschaftlich relevante Daten. Damit setzt sich das QM jedoch in der Ärzteschaft zunehmend dem Verdacht aus, nicht unwesentlich primär wirtschaftliche Interessen zu verfolgen. Konsequent wird das QM in Klinik-Organigrammen zunehmend auch gerne direkt bei der kaufmännischen Geschäftsführung und nicht bei der Ärztlichen Direktion verortet.

Die für die vielfältigen Kommissionen, Zirkel, Audits u. ä. erforderlichen Personalressourcen sind allerdings in den Refinanzierungssystemen nicht „eingepreist". In der Berechnung ärztlicher Stellenpläne spielen diese „Zeitfresser" keine Rolle!

Dass gute Strukturen und Prozesse eine wesentliche Grundvoraussetzung für gute Behandlungsergebnisse und Patientensicherheit sind, soll hier keinesfalls in Frage gestellt werden. Sie bilden aber lediglich den Rahmen, das Korsett für die individuelle Patientenbehandlung, die aus ärztlicher Sicht immer eine in ein multiprofessionelles Team eingebettete „Eins zu Eins"-Behandlung sein muss – höchst individuell und maßgeschneidert für jeden einzelnen Patienten.

Auch „Clinical Pathways" und „SOP's" können in diesem Sinne nur Leitplanken eines individuellen Therapieplans darstellen. Dies gilt gleichermaßen für Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften: diese haben allerdings bereits im Kern angelegt lediglich einen Empfehlungscharakter und beachten damit sowohl die Individualität des Patienten als auch die Behandlungsfreiheit des Arztes.

Normierungsbestrebungen von Facharztweiterbildungen, Behandlungsabläufen und auch Operationsverfahren wie gerade von europäischer Ebene derzeit vorangetrieben, führen im Endergebnis zu einer endgültigen Industrialisierung und Kommerzialisierung der „Gesundheitswirtschaft": mit dem Patienten als „Kunden". Folgerichtig sucht man auf Kongressen für „Entscheider" und „Netzwerker" im Gesundheitswesen am Patienten tätige Ärzte auch meist vergebens. Sie stören die Planung der Prozessabläufe!

Die Bedeutung der persönlichen Erfahrung, Expertise und Exzellenz des behandelnden Arztes für einen Behandlungserfolg wird in der Diskussion um Struktur- und Prozessqualität gerne ausgeblendet. Diese Expertise bezieht sich nicht nur auf fachliche Kenntnisse oder handwerkliche Fertigkeiten sondern ebenso auf menschlich-charakterliche Eigenschaften wie Empathie, Zuwendung, Kommunikationsverhalten. Diese dem verantwortungsvollen Arzt natürlichen Eigenschaften werden immer wieder „ganzheitlich" eingefordert – aber nicht gewürdigt oder der Zeitaufwand gegenfinanziert. Gleichzeitig wird die Etablierung neuer Berufsbilder im Gesundheitswesen gefordert und gefördert, die diese „Defizite" ausgleichen sollen.

Kein Verein der Fußballbundesliga käme auf die Idee, dass durch gute Struktur- und Prozessqualitäten im Management des Vereins auf die „Spielkunst" exzellenter Spieler verzichtet werden könnte. Beides gehört zum Erfolg zusammen! Das Management schafft ein Umfeld, in dem die Spieler Top-Leistungen erbringen können, und nicht gegängelt werden. Das Management als Wegbereiter und Dienstleister des Erfolgs. Denn:

„Die Wahrheit liegt auf dem Platz."
(Otto Rehagel)

Auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften „surfen" einstweilen auf der QM-Welle kräftig mit – z. B. durch zertifizierte Zentrenbildungen und Personenzertifikate. Hierdurch werden neben Qualitäts- stets aber auch Marktaspekte bedient: zwei Seiten derselben Medaille. Eine Unterscheidung der Gewichtung ist dabei nicht immer leicht. Spätestens wenn „Alle" zertifiziert sind, werden vermeintliche Marktvorteile jedenfalls irrelevant. Dieser „Tsunami der Zertifikate" ist auch heute schon selbst für „Insider" kaum bewertbar oder beherrschbar. Der wissenschaftliche Nachweis, dass durch diese „Zertifizitis" irgendeine tatsächliche Verbesserung einer imaginären Ergebnisqualität resultiert, ist noch längst nicht erbracht. Perspektivische finanzielle Zuschläge oder Selektivverträge mögen daher zur Motivation nicht unerheblich beitragen. Auch zur Erfüllung bestehender oder zukünftiger (personifizierter) „Mindestmengen". Bisher haben sich die Erwartungen an eine institutionelle „on top"-Honorierung von besonderen Qualitätsanstrengungen und kostenintensiven Vorratshaltungen (z. B. für die Katastrophenmedizin) aber mehrheitlich noch nicht nachweisbar erfüllt. Aufwand und Kosten für die Zertifizierungen allerdings bleiben.

In jedem Fall wird durch diese Entwicklungen einer möglichst frühzeitigen Superspezialisierung auch schon während der Facharztweiterbildung Vorschub geleistet. Zum Schaden der Breite eines Fachgebiets? Wer früh im Schwerpunkt für spezifische Indikationen, Verfahren und Techniken ausgebildet, trainiert und zertifiziert wurde, wird auch zukünftig seinen Lebensunterhalt hier verdienen wollen – oder müssen. Er wird versuchen, seine Superspezialisierung durch weitere Diagnosen- und Methodenverfeinerungen auch am Markt abzusichern – als „Experte". Ob dies der Verbesserung einer breiten Versorgungsqualität dient, bleibt fraglich – zumal viele als Fortschritt gefeierte „Innovationen" häufig weder wissenschaftlich validiert noch gesundheitspolitisch in der Breite finanzierbar sind. Vielleicht werden die Register- und Versorgungsforschung sowie die Analyse von Routineergebnisdaten – gemeinsam durch Fachgesellschaften und Kostenträger – bei der Bewertung hier zukünftig weiterhelfen.

Ärzte allein werden diese Entwicklungen und Bewertungen jedenfalls nicht durch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände lösen können. Breite gesellschaftspolitische Diskurse zur Finanzierbarkeit und Priorisierung werden erforderlich sein. Wieviel und welche Qualität brauchen wir? Was macht Sinn, was ist finanzierbar? Was wollen wir, was können wir, was müssen wir uns leisten? Ehrlichkeit und die Diskussion unbequemer Wahrheiten ohne Denkverbote sind erforderlich.

Lösungen „gegen" eine am Patienten praktisch tätige Ärzteschaft werden jedenfalls sicher scheitern. Es bleibt somit zu hoffen, dass das IQTIG praktisch ärztlichen Sachverstand auch über die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände in seine Bewertungen und Entscheidungsprozesse angemessen einbezieht. Dies gilt besonders auch für die Bewertung von Zertifikaten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Dies wird jedenfalls eine der Aufgaben der TO DO-Liste des IQTIG sein – mit sich daraus ableitenden Empfehlungen für die Patienten und die Öffentlichkeit. Dieses Projekt soll bereits in 2016 angegangen werden.

Die DGOU macht sich daher bereits jetzt auf den Weg, mit Ihren Säulen DGOOC und DGU sowie mit ihren Sektionen und AG's in eine kritische Diskussion einzutreten. Welche QM-Maßnahmen machen Sinn, welche Zertifikate, Qualitätssiegel und Zentren brauchen wir, welche Register? Welche Intervalle für Re-Audits? Sicher keine leichte Aufgabe angesichts langjährig gewachsener Strukturen und Erwartungen.

Der Aufwand für Kliniken und Praxen muss jedenfalls wieder sinnvoll und machbar werden. Marktaspekte sollten für die Ärzteschaft bei dieser Diskussion keine Rolle spielen – sondern in der Tat: Qualität und Sicherheit für die Patienten!

Bitte bringen Sie sich in diese Diskussionen engagiert ein!

Ihr
Reinhard Hoffmann

120 **Orthopädie-Vertrag in Baden-Württemberg:** Ein gutes Jahr ist der Orthopädie-Vertrag nach 73 c in Baden-Württemberg nun in Kraft. Eine flächendeckende Teilnahme der Orthopäden und Chirurgen ist gegeben.

116 **Unfallchirurgie beim VSOU-Kongress:** Auf der diesjährigen Jahrestagung der VSOU vom 30.04. bis 02.05. in Baden-Baden sind durch die erstmalige Präsenz einer Doppelspitze verstärkt unfallchirurgische Inhalte vertreten.

136 **Umsatzsteuer auf menschliches Gewebe:** Der „Knochen-Erlass" ist ein Schritt in die falsche Richtung. Denn er verletzt europäische ethische und gesetzliche Grundlagen und hat große Auswirkungen auf Knochenbanken.

Editorial

„Qualität"...und kein Ende...?! 101

Impressum

108

Nachrichten

Kurz und bündig 110

Trojanisches Pferd: Versorgungsstärkungsgesetz 110

Studie relativiert hohe OP-Zahlen in Deutschland 112

Sicherheit durch zweite Meinung 112

Chancen erkennen und nutzen 113

Schmerzgesellschaft für Cannabinoide 113

Problemzone Knie 114

Aus unserem Fach

63. JAHRESTAGUNG VSOU
Unfallchirurgie beim VSOU-Jahreskongress angekommen! 116

DKOU 2015
Gastnation Türkei beim DKOU 118

ORTHOPÄDIE-VERTRAG IN BW
Neue Chancen für eine bessere ambulante Versorgung – Ein Kraftakt 120

KOMMENTAR ZUM ORTHOPÄDIE-VERTRAG
Alle Partner tragen zum Erfolg bei 124

AOK ZUM ORTHOPÄDIE-VERTRAG
Was motiviert die AOK Baden-Württemberg zum Abschluss des Orthopädievertrages? 126

UNFALLSACHBEARBEITUNG DER UVT
„Weller-Tabelle" für Ärzte 128

6. REHAKIND-KONGRESS
Kinder-REHA ist kein Luxus 129

SEKTION DER DIVI
Ärztliche Qualifikation für „Interdisziplinäre Notaufnahme" 132

P. A. R. T. Y. DER DGU
The P. A. R. T. Y. goes on and on 134

Recht

UMSATZSTEUER AUF MENSCHLICHES GEWEBE
Der „Knochen-Erlass", ein Schritt in die falsche Richtung 136

KOMMENTAR DES AGA-GEWEBEKOMITEES
Zur Stellungnahme des Deutschen Instituts für Zell- und Gewebeersatz gGmbH 140

DWG-SYMPOSIUM
Medizin im Kontext der Rechtsprechung 141

Unterwegs

REISEBERICHT EINES EHRENAMTLICHEN
Afghanistan im November 2014 142

DEUTSCH-LATEINAMERIKANISCHES FELLOWSHIP
Eine Reise durch soziale und medizinische Kontraste 146

Namen

Personalia 150

Wir gratulieren … 151

Für Sie gelesen

191

BVOU

Januartagung des BVOU 30./31.01.2015 in Berlin **153**

Gemeinsamer Landeskongress 2014 in Stuttgart **156**

ORFA unterstützt das moderne OU-Praxismanagement **157**

Versicherungsservice für Nachwuchsmediziner in OU **159**

Neue Mitglieder **160**

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken **160**

Für unsere Mitglieder

Service / Preise **190**

Kursangebote **193**

Service / Kleinanzeigen **202**

OU Medizin und Markt **203**

DGOU

Jahresbericht 2014 der AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik **162**

DGMM-Positionspapier zur „Osteopathie“ in Deutschland **164**

Einladung zum deutschen Rheumatologenkongres **166**

Neue Mitglieder **167**

Bericht der IG Konservative Therapie **168**

AGA-Akademie Kurs 2014 „Arthroskopie des Hüftgelenkes“ **169**

DGOOC

QSR-Indikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz bei Arthrose **170**

Aktueller Stand der EndoCert Initiative **174**

Aktivitäten der Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie **176**

Im Fokus: Knochengesundheit bei Kindern und Jugendlichen **177**

Nachruf auf einen Pionier der Endoprothetik Prof. Dr. Rolf Dederich (1921 – 2014) **178**

Neue Mitglieder **178**

DGU

Klinische Katastrophenplanungen beim MANV – Was ist zu tun? **180**

Aktivitäten des Grundsatz-ausschusses der DGU 2014 **182**

Bericht der AG Fuß der DGU **184**

Ein Jahr SAV – Erste Erfahrungen und Ausblick **186**

Neue Mitglieder **187**

Die DGU trauert um ihre verstorbenen Mitglieder **187**

VLOU

Zur Wiedereinführung der Mindestmenge für Kniegelenks-Totalendoprothesen **188**

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK:

www.facebook.de/dgou.ev

Impressum

Herausgeber
Für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Präsident
Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
Generalsekretär
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

Schriftleitung DGOOC
Prof. Dr. med. Bernd Kladny (V.i.S.d.P.)
Geschäftsstelle DGOOC
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 30
Fax: (0 30) 340 60 36 31
E-Mail: bernd.kladny@fachklinik-herzogenaurach,de

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

Schriftleitung DGU
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann
Joachim Arndt
Geschäftsstelle der DGU
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 20
Fax: (0 30) 340 60 36 21
E-Mail: office@dgu-online.de

Schriftleitung VLOU
Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Geschäftsstelle VLOU
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel.: (030) 340 60 36 60
Fax: (030) 340 60 36 61
E-Mail: info@vlou.de

Redaktion
Ines Landschek
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
E-Mail: ines.landschek@snafu.de

Verlag
Georg Thieme Verlag KG
Dr. Grit Vollmer
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 630
Fax: (07 11) 89 31 408
E-Mail: grit.vollmer@thieme.de
www.thieme.de/oumn
www.thieme-connect.de/products/oumn

Verantwortlich für den Anzeigenteil
Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 603
Fax: (07 11) 89 31 470
E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise
6 x jährlich: Februar/April/Juni/August/Oktober/Dezember
Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 19 vom 1. Oktober 2014
ISSN 2193-5254

Satz und Layout
L42 Media Solutions, Berlin

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

Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Vorstand

Präsident
Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Vizepräsident
Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

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

Schatzmeister
Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

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

Vorstandsmitglied
Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vorstandsmitglied
Prof. Dr. med. Alexander Beck, Würzburg

Generalsekretär der DGOU
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

Geschäftsstelle des BVOU
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 79 74 44 44
Fax: (0 30) 79 74 44 45
E-Mail: bvou@bvou.net
www.bvou.net

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Erster Vizepräsident
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Zweiter Vizepräsident
Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Dritter Vizepräsident
Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt/Main

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

Schatzmeister
Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schriftführer
Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Kiel

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

Geschäftsstelle der DGU
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 20
Fax: (0 30) 340 60 36 21
E-Mail: office@dgu-online.de
www.dgu-online.de

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

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2014
Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

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

Bezugspreise 2015*	Abo	Versandkosten			Gesamtkosten		
		Inland	Europa	Weltweit	Inland	Europa	Weltweit
Persönliches Abonnement	232,00	34,60	36,80	44,90	266,60	368,80	276,90
Institutionelles Abonnement	418,00**	34,60	36,80	44,90	452,60	454,80	462,90

* Jährliche Bezugspreise in € (D); unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 9,50 € zzgl. Versandkosten ab Verlagsort. Das Abonnement wird zum Jahreswechsel im voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine Abbestellung zum 30. September vorliegt.
** der institutionelle Jahresbezugspreis inkludiert Online-Zugriff für 1 Standort

Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand
Präsident (und Präsident der DGU)
Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Stellv. Präsident (und Präsident der DGOOC)
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC
Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm
Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

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

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

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

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

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

Vertreter des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

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

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

DGOU-Geschäftsstelle
Geschäftsführer Ulrich Biermann
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
Fax: (0 30) 340 60 36 01
office@dgou.de
www.dgou.de

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand
Präsident
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

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

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

Generalsekretär
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

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

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

Orthopädischer Vertreter der gemeinsamen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie und Unfallchirurgie (gKLOU)
Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck, Heidelberg

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

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

Österreichische Gesellschaft für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie

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

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

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

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

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

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

Fachgruppenobermann
Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

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

Verband leitender Orthopäden und
Unfallchirurgen Deutschland e.V.

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

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

Schatzmeister
Dr. med. Wilhelm Baur, Schwarzenbruck

Schriftführer
Dr. med. Walter Schäfer, Gummersbach

Geschäftsstelle des VLOU
Straße des 17. Juni 106-108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: (030) 340 60 36 60
Fax: (030) 340 60 36 61
E-Mail: info@vlou.de
www.vlou.de

Kurz und bündig

Kassen könnten Beiträge senken

Das BMG wirft den Krankenkassen vor, die Möglichkeiten für Beitragssenkungen nicht auszuschöpfen. Die bei zahlreichen Kassen Ende 2014 vorhandenen hohen Finanzreserven zeigten, dass die Spielräume für niedrigere Zusatzbeiträge 2015 bei weitem nicht genutzt würden. Seit diesem Jahr haben Kassen mehr Spielraum, ihre Einnahmen festzulegen. Ende 2014 verfügten die Kassen über Reserven von 28 Milliarden Euro. Experten haben aber vor einem drastischen Anstieg der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gewarnt. Man gehe davon aus, dass die Kassen die Beitragssätze allein 2016 um 0,3 Prozentpunkte anheben müssten. Die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im vergangenen Jahr um 10,88 Milliarden Euro gestiegen, dabei hat sie 2014 erstmals seit Jahren Verlust gemacht. Die Differenz von knapp 1,2 Milliarden Euro geht laut dem BMG zu einem Großteil darauf zurück, dass die Kassen ihre Versicherten über Prämien an ihren Finanz-Reserven beteiligt haben. *(dpa)*

Notfallpatienten

„Die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) zeigt selber auf, dass die Kliniken eine weitergehende Öffnung für die ambulante Versorgung nicht verkraften können“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Er wies darauf hin, dass insbesondere kleinere Häuser viele ärztliche Leistungen gar nicht mehr vorhalten könnten. „Ohne die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist eine gute Versorgung der Patienten nicht zu bewerkstelligen – insbesondere im Notfall. Der Facharztstatus im niedergelassenen Bereich bürgt zudem für Qualität. Im Krankenhaus kann sich der Patient nicht sicher sein, welche Qualifikation der behandelnde Mediziner hat.“ Die KVen haben die bundesweite Rufnummer 116117 eingeführt. Allein 2014 haben über fünf Millionen Bürger davon Gebrauch gemacht. Das hat auch den eigentlichen Notfalldienst erheblich entlastet. *(www.kbv.de)*

Osteopath abgelehnt

DGOU, DGMM und BVOU lehnen den eigenständigen Beruf des Osteopathen ab und halten fest, dass es in Deutschland eine gute und flächendeckende osteopathische Versorgung durch Ärzte und Physiotherapeuten gibt. Sie sprechen sich ausdrücklich gegen die vom Verband der Osteopathen e. V. geforderte Einführung eines nichtärztlichen Osteopathen aus, der ohne umfassende medizinische Ausbildung direkten Zugang zum Patienten erhält. Lesen Sie entsprechende ausführliche Stellungnahmen dazu in diesem Heft auf S. 164 ff. *(red)*

Foto: Fotolia_6sous

Foto: Fotolai_scusi

Trojanisches Pferd: Versorgungsstärkungsgesetz

„Stellen Sie sich vor, Sie gehen zum Arzt und er ist nicht mehr da.“ – So lautet einer der Slogans der Kampagne von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zum geplanten Versorgungsstärkungsgesetz (VSG). „Dieses Gesetz ist in seiner jetzigen Form nicht geeignet, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu stärken. Im Gegenteil, es schreckt junge Mediziner vor einer Niederlassung ab. Es schwächt in Wahrheit die Versorgung“, erklärte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. Das VSG setzt falsche Anreize und riskiert den Wegfall von tausenden Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten. „Dabei stehen wir vor der Herausforderung, bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung und sinkenden Arztzahlen eine wohnortnahe Versorgung von hoher Qualität zu sichern. Dieses Gesetz hindert uns daran“, sagte Gassen. Der geplante Aufkauf von Praxen in sogenannten „überversorgten“ Gebieten sei ein fatales Signal an junge Ärzte. Zudem versorgten heute die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in den großen Städten viele Patienten aus dem ländlichen Umland mit. Die Regierung will eine Termingarantie für Facharztbesuche vorschreiben, die mit Servicestellen an den KVen organisiert werden soll. „Den Patienten muss klar sein, dass sie dort nicht den Wunschtermin bei ihrem Wunscharzt erhalten, sondern irgendeinen Termin bei irgendeinem Arzt.

Bei Nichterfüllung der Vier-Wochen-Frist sollen die Patienten in das nächste Krankenhaus geschickt werden. „Dabei sind die Kliniken überhaupt nicht in der Lage, die Art und Qualität von fachärztlicher Grundversorgung zu leisten, wie sie der ambulante Sektor bietet. Die KBV wird daher ihre Aktivitäten fortsetzen, die ambulante Versorgung zukunftsfähig zu machen. Wir wollen nicht nur kritisieren. Wir ergreifen kreative Maßnahmen, um der Bevölkerung zu zeigen, was dieses Gesetz wirklich bedeutet. Das VSG darf sich nicht als ein trojanisches Pferd herausstellen“, betonte Gassen. *(www.kbv.de)*

Studie relativiert hohe OP-Zahlen in Deutschland

„Deutschland doch kein Operationsweltmeister“ – so hat das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) eine Studie zur OP-Häufigkeit im internationalen Vergleich zusammengefasst. In der Studie haben sich die Wissenschaftler des Instituts die Gesundheitsstatistik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgenommen. Diese wird häufig herangezogen, um das deutsche Gesundheitssystem mit dem anderer Länder zu vergleichen. Aus hohen Operationszahlen beispielsweise bei Hüft-Operationen wird in der OECD-Kommentierung ein „Operationsweltmeister Deutschland“ – mit dem Unterton, dass zu viele OPs stattfänden. Die WIP-Wissenschaftler kritisieren jetzt die Art, wie die Zahlen zustande gekommen sind und wie sie zwischen den Ländern miteinander verglichen werden. Ihr Hauptargument dabei: Die OECD-Daten berücksichtigten in der Regel nicht den Einfluss des unterschiedlichen Bevölkerungsalters in den einzelnen Ländern, obwohl eine Vielzahl medizinischer Eingriffe eindeutig altersabhängig sei.

Foto: BG_Kliniken

Die Autoren der WIP-Studie zeigen für 15 chirurgische Eingriffe sowie für die Gesundheitsausgaben insgesamt deren starke Altersabhängigkeit. Dies ist relevant, weil die Deutschen mit 44,3 Jahren das zweithöchste Durchschnittsalter in der OECD haben, nur die Japaner sind mit 44,6 Jahren älter. Die WIP-Statistiker haben nun errechnet, wie viele Hüft-, Gallenblasen- und andere OPs es in den übrigen OECD-Ländern gäbe, wenn das Durchschnittsalter dort so hoch wäre wie in Deutschland. Beim anschließenden Ländervergleich mit diesen altersjustierten Daten zeigt sich, dass Deutschland bei den OP-Zahlen und den Kosten im guten Mittelfeld liegt: Bei der Häufigkeit der Hüft-OPs beispielsweise auf Platz fünf und bei den Gallenblasen-OPs auf Platz zwölf. „Von einer unangemessenen Rolle als Operationsweltmeister zu reden, ist daher in keiner Weise gerechtfertigt“, lautet das Fazit des WIP. *(WIP)*

Sicherheit durch zweite Meinung

VLOU macht deutlich: Patienten können vor Operationen einholen und sollten Spezialisten wählen. „Man kann es nicht deutlich genug sagen: Jeder Patient hat das Recht, die gestellte Diagnose von einem anderen Arzt begutachten zu lassen“, betont VLOU-Vorsitzender Prof. Dr. Karl-Dieter Heller. Häufig kommen verunsicherte Patienten zu ihnen. Grund dafür sind die immer wiederkehrenden Schlagzeilen: Man wirft Ärzten zu Unrecht vor, oft aus rein wirtschaftlichen Interessen zu operieren, ohne dass es eine medizinische Notwendigkeit gäbe. So kommen Zweifel an der Diagnose und an den vorgeschlagenen Behandlungen auf. Die Empfehlungen der Ärzte werden schlicht grundlos in Frage gestellt. „Natürlich möchte sich niemand operieren lassen, wenn das nicht notwendig ist. Und genau dafür gibt es ja so etwas wie ein Zweitmeinungs-System“, macht Karl-Dieter Heller deutlich. Dabei handelt es sich um ein Angebot vieler Krankenkassen, sich in ausgewiesenen Zweitmeinungs-Zentren von Spezialisten der Fachbereiche eine weitere Beurteilung einzuholen. So erhalten verunsicherte Patienten eine zusätzliche, neutrale Bewertung ihrer Unterlagen und können sich mit einem kostenfreien Rat zu Diagnose und Behandlungsvorschlägen Sicherheit verschaffen.

„Bei einer zweiten Meinung geht es nicht darum, die Behandlung des Patienten in einem anderen Haus durchführen zu lassen. Es geht um die Bewertung der Behandlungs-Empfehlung“, so Heller. „Eine solche Zweitberatung kann zu zwei Ergebnissen führen: Entweder wird die Diagnose für die empfohlene Operation bestätigt – oder eben nicht. Wenn das so ist, wird der Arzt von einem solchen Eingriff zu diesem Zeitpunkt abraten und Alternativen aufzeigen“, erläutert er.

Erfahrene Spezialisten wählen

Für Karl-Dieter Heller gehört zur Patienten-Entscheidung auch, dass dieser sich vor einem Eingriff über das Krankenhaus und den behandelnden Arzt sachkundig macht. Er empfiehlt, sich die Jahresberichte der Klinik in Bezug auf Operationszahlen anzusehen und den Chirurgen nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten im Zusammenhang mit dem gewählten Verfahren zu befragen. „Eine hohe Erfahrung des Operateurs bei einem speziellen Eingriff ist sinnvoll“, erläutert Karl-Dieter Heller seine Empfehlung.“ Denn für jeden Bereich gibt es erfahrene Spezialisten. *Sigrid Baum, Pressesprecherin, VLOU*

Plakat DKOU zu „Chancen erkennen und nutzen"

Chancen erkennen und nutzen

So viele Anmeldungen für Abstracts gab es noch bei keinem DKOU-Kongress: Insgesamt wurden 1.451 Beiträge über die Online-Plattform angemeldet – eine ganz hervorragende Bilanz! Damit hatte niemand gerechnet, noch kurz vor Ablauf der Abstract-Frist sah alles ganz normal aus … Erst danach war klar: 2015 setzt neue Maßstäbe! Welche Qualitätsmaßnahmen gelten bei der Auswahl der Beiträge? Bewertet werden Zielsetzung und Fragestellung (originell, wichtig, klar definiert), Material und Methodik (adäquates Studiendesign, prospektive / retrospektive Studie), Ergebnisse (vollständig, richtungweisend, statistisch abgesichert) und Schlussfolgerung (kritisch, gut abgeleitet, aktuelle Literatur). *(red)*

Schmerzgesellschaft für Cannabinoide

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. unterstützt die Initiative von Frau Marlene Mortler MdB, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, den therapeutischen Einsatz von Substanzen aus der Hanfpflanze, den sogenannten Cannabinoiden, zu erleichtern. Sofern eine medizinische Indikation besteht, sollte eine unbürokratische Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen ermöglicht werden. „Allerdings bedarf es einer differenzierten Betrachtung und genauen Indikationsstellung sowie Qualitätssicherung der Therapie.", so Prof. Dr. Michael Schäfer, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Denn der therapeutische Einsatz von Cannabinoiden wird derzeit aktiv in der Öffentlichkeit und von unterschiedlichen Fachgesellschaften kommentiert. Die Diskussion suggeriert, dass Cannabinoide ein wirksames Schmerzmittel seien und bisher der betroffenen Mehrheit an Schmerzpatienten und -patientinnen aus regulatorischen Gründen vorenthalten wurden. Nach derzeitigem Wissens- und Erfahrungsstand sind Cannabinoide jedoch nur bei einzelnen ausgewählten Schmerzpatienten ausreichend wirksam. In der Mehrheit der chronischen Schmerzpatienten zeigen Cannabinoide lediglich eine geringe bis mäßige Schmerzlinderung, sodass Cannabinoide anderen bisher gebräuchlichen Schmerzmitteln nicht überlegen sind.

Spezielle Patienten profitieren

„Bemerkenswert ist jedoch, dass in Einzelfällen speziell ausgewählte Patienten, bei denen die gebräuchlichen Schmerzmittel versagen, von der Anwendung der Cannabinoide sehr stark profitieren", so der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., der mit rund 3.400 Mitgliedern größten wissenschaftlich-medizinischen Schmerzfachgesellschaft Europas. Dies scheint insbesondere Patienten zu betreffen, deren Schmerzen eine spastische Komponente haben, wie z.B. bei der multiplen Sklerose, einer Querschnittslähmung oder Nervenverletzung. Auch manche Patienten mit neuropathischen Schmerzen bei HIV, bei denen erprobte Verfahren versagen, können in Einzelfällen eine deutliche Linderung durch Cannabinoide erfahren. Andere therapeutische Wirkungen, wie antiemetische, appetitsteigernde oder antientzündliche Wirkungen werden den Cannabinoiden zugeschrieben, jedoch liegen für diese Indikationen als auch für viele Schmerzsyndrome bisher keine qualitativ hochwertigen Studien vor.

Die vorliegenden Studien und Erfahrungsberichte zeigen deutlich, dass Cannabinoide einerseits in vielen Fällen nur sehr schwach schmerzlindernd wirksam sind, andererseits für einzelne ausgewählte Patienten durchaus hilfreich sein können. Diesen Patienten sollte daher eine Möglichkeit eröffnet werden, nach Versagen empfohlener Therapieverfahren einen individuellen Therapieversuch zu unternehmen. Sollte dieser erfolgreich sein, sollte die Gabe eines Cannabinoids in Absprache mit dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Begleiterkrankungen, möglicher Kontraindikationen, der Patientenpräferenzen und dem Wirkungs-Nebenwirkungsprofil der jeweiligen Substanz erwogen werden, fordert die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Indikationskriterien untermauern

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. befürwortet daher im Einzelfall eine Behandlung mit Cannabinoiden in Betracht zu ziehen, empfiehlt aber, die Indikationskriterien weiterhin empirisch zu untermauern. Insbesondere sieht es die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. als dringend notwendig an, wie bei allen anderen schmerztherapeutischen Verfahren auch, ein solches Therapieverfahren immer im Kontext einer multimodalen Schmerztherapie und nicht als isoliertes Therapieverfahren anzuwenden. Die Anwendung sollte durch eine obligate Erfassung und Analyse der Effektivität und unerwünschter Wirkungen begleitet werden, hierfür bietet das Schmerzregisterprojekt „KEDOQ" der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ideale Voraussetzungen. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. spricht sich weiterhin für die Durchführung methodisch hochwertiger Studien zur medizinischen Anwendung von Cannabinoiden in der Schmerzmedizin aus. Unter einer Therapie mit Cannabinoiden kann es zum Auftreten von gering ausgeprägten zentralen Nebenwirkungen kommen, wie z.B. Übelkeit, Müdigkeit, Schwindel, kognitive Beeinträchtigungen und Stimmungsschwankungen. Die bisherigen Studien beziehen sich auf kurze Behandlungszeiträume von wenigen Wochen bis Monaten, die besonderen Risiken einer Langzeitbehandlung sind weitestgehend unklar. Grundsätzlich ist aber für die Langzeiteinnahme und insbesondere bei Jugendlichen von einem Abhängigkeitspotential auszugehen und es kann in Einzelfällen zur Ausbildung von Angststörungen und Psychosen kommen.

Ein Themenheft, das den aktuellen Wissensstand und klinische Handlungsempfehlungen darstellt, wird Anfang 2016 in der medizinischen Fachzeitschrift „Der Schmerz" erscheinen. *(red)*

Problemzone Knie

Das weltweit erste Knorpelregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) führt gut ein Jahr nach seiner Einführung im Oktober 2013 über 800 Operationsdaten nach knorpelchirurgischen Eingriffen. Es verfolgt den Heilungsverlauf nach Knieoperationen zur Knorpelreparatur, auch unter aktiver Einbeziehung der Betroffenen, über einen Zeitraum von fünf Jahren und ermöglicht die Zusammenführung der Daten von bereits über 50 teilnehmenden Kliniken. Die sich daraus ergebende umfangreiche Datenmenge erlaubt den Experten die präzise Beantwortung wissenschaftlicher Fragen, den Vergleich verschiedener Operationstechniken und die Auswertung von Komplikationen. „Mit dem erfolgreichen Start des KnorpelRegisters DGOU ergänzen wir unsere umfangreiche Registerarbeit im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, die die Versorgung unserer Patienten sicherer und effektiver machen soll“, sagt Professor Bernd Kladny, Generalsekretär der DGOU.

Sehr verletzungsanfällig

Das Knie ist das für Verletzungen anfälligste Gelenk des Menschen. „Knorpelschäden, beispielsweise nach einem Sportunfall, werden in etwa 60 Prozent aller durchgeführten Kniearthroskopien diagnostiziert. Auch wenn viele dieser Knorpelschäden fortgeschrittene Schädigungen im Sinne einer Arthrose aufweisen, für die eine knorpelreparierende Therapie nicht mehr indiziert ist, so ist ein relevanter Anteil dieser Schädigungen für eine Knorpelersatzoperation geeignet“, sagt Professor Dr. Philipp Niemeyer von der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU und Mitinitiator des KnorpelRegisters DGOU. Chirurgische Verfahren zur Regenerierung von Knorpelgewebe, zu denen Knorpelzelltransplantationen und knochenmarkstimulierende Techniken zählen, haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Sie dienen der Heilung des Knorpeldefekts durch den Einsatz körpereigenen Knorpelgewebes bzw. ermöglichen das Nachwachsen von Ersatzknorpelzellen.

Prävention von Arthrose

Neben der Beschwerdelinderung dient die Knorpelchirurgie auch der Prävention von Arthrose. Denn viele der anfänglich klar umrissenen Knorpelschäden weisen eine Tendenz zur Ausweitung auf größere Knorpelflächen auf und stellen unbehandelt in vielen Fällen den Ausgangspunkt einer Arthrose dar. Eine Knorpelreparatur ist jedoch nur bei sehr kleinen Defekten möglich. „Das KnorpelRegister DGOU ist eine Win-Win-Option für alle Beteiligten“, sagt Professor Dr. Philipp Niemeyer von der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU. Von dem Register profitieren die Wissenschaftler für die Versorgungsforschung und die Patienten, indem sie durch das regelmäßige Ausfüllen online-gestützter Fragebögen zum Zeitpunkt der Operation bis

Foto: Fotolia_Photographee.eu

fünf Jahre danach einer besseren Kontrolle und Beurteilung ihres Genesungsverlaufes unterliegen. Und auch für bisher nicht am Register beteiligte Experten ergibt sich ein positiver Effekt – sie profitieren von den Forschungsergebnissen und können zukünftig eine Knorpeltherapie auf neuestem medizinischem Niveau leisten“, sagt Niemeyer, der als Sektionsleiter Knorpelchirurgie an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Freiburg arbeitet.

Register arbeitet industrieunabhängig

Erste Auswertungen und wissenschaftliche Publikationen aus dem KnorpelRegister DGOU plant die AG Klinische Geweberegeneration der DGOU für diesen Herbst. „Es wird allerdings noch einige Zeit in Anspruch nehmen, bis wir die Ergebnisse in eine Leitlinie einfließen lassen können“, sagt Niemeyer.

Das KnorpelRegsiter DGOU wurde nach Vorbild der skandinavischen Register zur Behandlung der Kreuzbänder aufgebaut und ging im Oktober 2013 an den Start. Nach erfolgreicher Implementierung des „Kniemoduls“ sind 2015 die Module „Sprunggelenk“ und „Hüfte“ dazugekommen. Das KnorpelRegister DGOU ist eine innerärztliche durch die Fachgesellschaft initiierte Qualitätssicherungsmaßnahme. Das KnorpelRegister DGOU arbeitet industrieunabhängig und wird unterstützt durch die Deutsche Arthrosehilfe e.V. und die Stiftung Oscar-Helene-Heim. Die technische Umsetzung des KnorpelRegister DGOU erfolgt in enger Kooperation mit dem Studienzentrum des Universitätsklinikums Freiburg. Für eine optimale Versorgung aller Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und zur Qualitätstransparenz betreiben die Fachgesellschaften DGOU, DGU und DGOOC neben dem KnorpelRegister DGOU weitere Register, wie beispielsweise das Endoprothesenregister und das TraumaRegister DGU®.

Susanne Herda

Foto: C. Podolski

63. JAHRESTAGUNG VSOU

Unfallchirurgie beim VSOU-Jahreskongress angekommen!

Auf der diesjährigen Jahrestagung der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen vom 30.04. bis 02.05.2015 im Kongresshaus Baden-Baden sind durch die erstmalige Präsenz einer Doppelspitze auch verstärkt unfallchirurgische Inhalte vertreten.

Die Kongressleitung haben Prof. Dr. Volker Bühren, Murnau, und Prof. Dr. Thomas Horstmann, Bad Wiessee, inne. Unfallchirurgische Schwerpunkte sind die Komplexverletzungen und das Polytrauma, implantatassoziierte Frakturen und die Frakturendoprothetik sowie die Weichteil- und Defektdeckung nach Trauma und die Rehabilitation im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren.

Komplexverletzung – Polytrauma

In der Sitzung Komplexverletzung unter Leitung von Prof. Christian Hierholzer, Murnau, und Prof. Peter Biberthaler, München, werden die Behandlungsoptionen komplexer Gelenkverletzungen der Schulter und des Kniegelenkes vorgestellt. Weiterhin stehen die Diagnostik sowie die Behandlung komplexer Becken- und Femurfrakturen im Fokus dieser Sitzung.

Kongresssaal II:
30.04.2015 von 14.00 Uhr – 16.00 Uhr

Unter Leitung von Prof. Ingo Marzi, Frankfurt/M., und Prof. Alexander Woltmann, Murnau, werden zum Thema Polytrauma wissenschaftliche Beiträge vorgestellt. Diese thematisieren, wie die Verletzungsschwere beim Polytrauma am besten zu quantifizieren ist bzw. welche neuen Behandlungsprinzipien bei der schrittweisen Versorgung des Polytrauma-Patienten beachtet werden müssen. Die Besonderheiten beim den zahlenmäßig zunehmenden älteren Patienten werden ebenfalls herausgearbeitet.

Kongresssaal II:
01.05.2015 von 14.00 – 16.00 Uhr

Implantatassoziierte Frakturen – Frakturendoprothetik

Prof. Steffen Ruchholtz, Marburg, und Prof. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, München, führen durch das Thema implantatassoziierte Frakturen, das periimplantäre Frakturen am Humerus sowie an der Hüfte bzw. am Femur näher beleuchtet. Dies geschieht unter Berücksichtigung der periprothetischen Frakturen sowie der Revisionsendoprothetik.

Kongresssaal II:
02.05.2015 von 14.30 – 16.30 Uhr

Komplettiert wird diese Thematik durch die von Prof. Michael Nerlich, Regensburg, und Prof. Florian Gebhard, Ulm, geleitete Sitzung Frakturendoprothetik. Die hier ausgewählten Vorträge werden Indikationen und Konzepte für die Endo-

prothetik bei Frakturen am proximalen Femur und am Knie- bzw. Ellenbogengelenk herausarbeiten.

Kongresssaal II:
02.05.2015 von 11.00 – 13.00 Uhr

Weichteildeckung – septische Defektwunden

Den rekonstruktiven Möglichkeiten bei großen Weichteildefekten im Rahmen von Komplikationswunden widmet sich die Sitzung Weichteildeckung, geleitet von Dr. Volkmar Heppert, Ludwigshafen, und Dr. Markus Öhlbauer, Murnau. Inhalt ist hier sowohl die temporäre sofortige Weichteildeckung inklusive der Vakuumtherapie sowie die definitiven plastischen Verfahren zur Rekonstruktion von großen Weichteildefekten.

Seminarraum 1:
01.05.2015 von 08.00 Uhr – 10.00 Uhr

Die Behandlung septischer Defektwunden wird von Dr. Hans-Georg Palm und Prof. Benedikt Friemert, beide Ulm, mit ausgesuchten Referenten erarbeitet. Ergebnisse der Behandlung septischer Defektwunden aus dem militärischen sowie aus dem zivilen Arbeitsbereich und speziell aus dem berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren werden miteinander verglichen und die ggfs. unterschiedlichen Therapieansätze diskutiert.

Seminarraum 3:
30.04.2015 von 14.00 – 16.00 Uhr

Rehabilitation im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren

Die Rehabilitation ist nach der akut stationären Versorgung ein weiterer Schritt für die erfolgreiche Rückführung des berufsgenossenschaftlich Versicherten ins Erwerbsleben. Welche besonderen Möglichkeiten und Chancen dieses Heilverfahren bietet, werden Prof. Bernd Kladny, Herzogenaurach, und Dr. Stefan Simmel, Murnau, herausarbeiten. Neben den spezifischen Möglichkeiten des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens findet auch die Schmerzrehabilitation/-therapie gesonderte Beachtung.

Kongresssaal I:
30.04.2015 von 08.00 Uhr – 10.00 Uhr

Translationale Forschung – Knochenersatz

Auch in den Grundlagen- und translationalen Forschungssitzungen sind unfallchirurgische Inhalte bei der VSOU Jahrestagung in besonderem Maße präsent. Dazu haben Prof. Markus Huber-Lang, Ulm, und Prof. Sascha Flohé, Düsseldorf, renommierte Experten auf dem Gebiet der Entzündungsforschung eingeladen. Es werden u.a. zu den Themen Inflammation und Frakturen, mesenchymale Stammzellentherapie beim Polytrauma sowie Immunmonitoring beim Polytrauma die aktuellsten Forschungsergebnisse vorgestellt.

Kongresssaal I:
01.05.2015 von 13.30 Uhr – 15.00 Uhr

Die Sitzung Knochenersatz leiten Prof. Peter Augat, Murnau, und Prof. Martijn van Griensven, München. Präsentiert werden Forschungsarbeiten und klinische Ergebnisse, die sich mit der Heilung von Knochendefekten beschäftigen. Thematisch aufgegriffen wird, ob körpereigenes Gewebe als Knochenersatz dienen kann. Ebenfalls diskutiert wird die Rolle von Knochenersatzstoffen sowie von rekombinanten kommerziell erhältlichen Wachstumsfaktoren.

Kongresssaal I:
01.05.2015 von 15.30 Uhr – 17.00 Uhr

AGs und Sektionen

Die vermehrte Präsenz unfallchirurgischer Kongressinhalte zeigt sich auch an der Teilnahme verschiedener Sektionen und Arbeitskreise der DGU.

So wird die Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und taktische Chirurgie im Rahmen der VSOU-Jahrestagung ihr Sektionsmeeting abhalten. Besonderer Schwerpunkt ist die Erstellung von Alarmplänen für Kliniken sowie die Entwicklung eines bundesweiten Netzwerkes für Katastrophenmedizin.

Seminarraum 5:
30.04.2015 von 10.30 Uhr – 12.00 Uhr

Die Sektion Septische Chirurgie der DGU wird das Thema „Periprothetische Infektionen bei Problemkeimen“ inkl. der notwendigen Diagnostik und der therapeutischen Strategien bei der operativen Behandlung diskutieren.

Seminarraum 6:
01.05.2015 von 08.00 Uhr – 10.00 Uhr

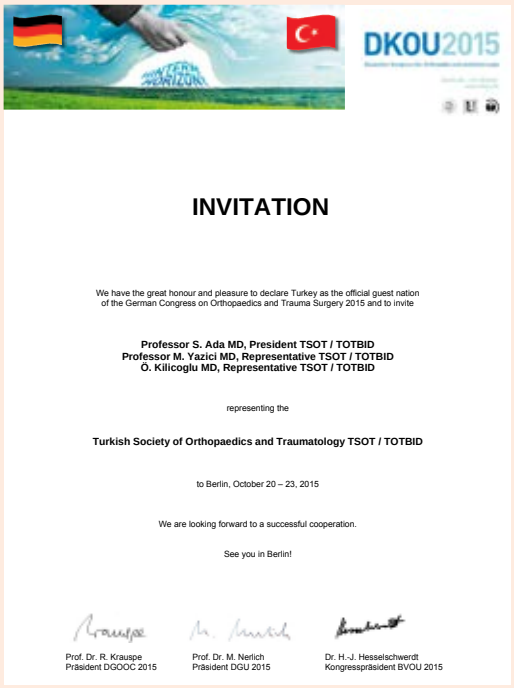
Weiterhin sind die Sektionen Bildung und Nachwuchs der DGOU, die AG Lehre der DGOU, die AG Bildgebende Verfahren der DGOU, Sektion Rehabilitation der DGOU sowie das Junge Forum der DGOU mit separaten Sitzungen auf dem Kongress vertreten.

Unfallchirurgisches-Orthopädisches OP-Training

Zum ersten Mal werden sowohl orthopädische als auch unfallchirurgische Inhalte gleichsam abgedeckt. Die AIOD Deutschland e.V. gestaltet hierbei den unfallchirurgischen Teil des Operationstrainings. Thematisch wird in den Workshops die Frakturversorgung am proximalen und distalem Humerus und Radius, am Femurschaft und an der proximalen Tibia, am OSG und am Becken praktisch instruiert.

Seminarräume 9 bis 13:
30.04./01.05.2015 von 08.00 Uhr – 10.00 Uhr,
02.05.2015 von 08.30 Uhr – 10.30 Uhr

Weitere Informationen, Online-Anmeldung und Eintrittskarten für Rahmenprogramm unter: **www.vsou.de**



Einladung zur DKOU 2015 und die Referenten Professor Ada, MD Kilicoglu und Professor Yazici.

DKOU 2015

Gastnation Türkei beim DKOU

Einer guten Tradition entsprechend wird für den diesjährigen DKOU Kongress die Türkei unser Gastland sein. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft unseres Partners die „Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği", Turkish Society of Orthopaedics and Traumatology wurde 1970 gegründet.

Seinerzeit fand der „First International Mediterranean and Middle-Eastern Orthopaedics and Traumatology Congress" in Ankara statt. Eine Arbeitsgruppe gründete hiernach die wissenschaftliche Gesellschaft unter Leitung von Professor Dr. Ridvan Ege. Professor Ege war Präsident der Gesellschaft von 1970 bis 2000 (!). Es ist selbsterklärend, dass Professor Ege dieser Gesellschaft wesentliche Impulse und Strukturmerkmale gegeben hat. Als er im Jahre 2000 sein Präsidentenamt zur Verfügung stellte, wurde er Ehrenpräsident der TOTBID/TSOT. Seither wechselt die Präsidentschaft im 2-Jahres-Rhythmus; derzeit ist Professor Dr. Sait Ada Präsident der Gesellschaft.

Wie in vielen Fachgesellschaften haben sich Spezialgebiete entwickelt und bilden Substrukturen unter dem Dach der TOTBID/TSOT, darunter findet sich u. a. die Arbeitsgruppe „Fuß- und Sprunggelenk", „Knochen- und Weichteiltumorchirurgie", „Wirbelsäulen-Studiengruppe", „Orthopädische Traumatologie", „Sporttraumatologie", „Biomechanik" und „Grundlagenforschung". Zwischen Vertretern der TOTBID/TSOT und deutschen O&U Kollegen bestehen bereits seit vielen Jahren freundschaftlich kollegiale Beziehungen. Bis zum Jahre 2014 fand der nationale Kongress der TOTBID/TSOT alle 2 Jahre statt. Aufgrund der dynamischen Entwicklung im Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie auch in der Türkei hat die Gesellschaft dann beschlossen, zu einem jährlichen Kongress überzugehen.

Es werden mehrere Publikationsorgane über die Fachgesellschaft gepflegt: Ein Newsletter, ein TOTBID/TSOT Newsletter, ein Journal sowie die Acta Ortopedica et Traumatologica. Letztere wird unterstützt von einem nationalen und einem internationalen Editorial Board, an dem auch mehrere deutsche Kollegen mitwirken.

Deutsch-Türkischer Freundeskreis

Unter tatkräftiger Mitwirkung von Professor Willert, Göttingen, war in den 1980er Jahren ein Deutsch-Türkischer Freundeskreis für Orthopädie gegründet worden, und es fanden im Wechsel Symposien in der Türkei und in Deutschland statt. Diese Kooperation war in der Vergangenheit ohne weitere Aktivitäten geblieben und eingeschlafen. Mit unserer Entscheidung für die Türkei als Gastland des DKOU 2015 soll für die Beziehung zur Türkei ein Wendepunkt gesetzt werden. Erfreulicherweise fand unser Einladungsschreiben ein großes Echo bei der Partnergesellschaft. So hat die Türkische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie sofort mit großer Freude die Einladung angenommen und ihrerseits eine Einladung für den eigenen Kongress 2014 ausgesprochen.

Bei der Programmgestaltung werden dort ebenfalls Internationale Sitzungen mit englisch-sprachigen Vorträge organisiert. So wurde ich eingeladen zu dem Thema „Slipped capital femoral epiphysis – current concepts" und „Total hip arthroplasty in adolescents: Paediatric Orthopaedic Surgeons perspective" zu sprechen. Die internationalen Sitzungen fanden im größten Kongresssaal statt und waren außerordentlich gut besucht und es wurde sehr lebhaft, zum Teil in türkischer Sprache, diskutiert.

Neben dem wissenschaftlichen Austausch war der Vorstand der TSOT mit mehreren Kollegen sowohl bei Planungsgesprächen wie auch bei festlichen

Abendveranstaltungen sehr interessiert zu erfahren, welche Möglichkeiten der Kooperation weiterhin entwickelt werden könnten und welche Vorstellungen unsererseits bestehen für die Beiträge der türkischen Kollegen beim DKOU 2015 in Berlin.

Über den nationalen Horizont geschaut

In der Zwischenzeit haben mehrere Kollegen ihre aktive Teilnahme zugesagt und Vorstellungen mitgeteilt, zu welchen Themen gemeinsame englisch-sprachige Sitzungen organisiert werden sollten. In der weiteren Kongressplanung werden die türkischen Kollegen mit deutschen Kollegen aus O&U die gemeinsamen internationalen Sitzungen zusammenstellen und die für beide Seiten interessanten Themen berücksichtigen. Es darf davon ausgegangen werden, dass wir von dem hohen Niveau der türkischen Orthopädie und Unfallchirurgie profitieren werden und insbesondere hinter den Horizont der europäischen Denk- und Handlungsweise schauen können, denn die TOTBID / TSOT hat sowohl eine starke Beziehung nach Europa aber auch nach Osten über deren Mitgliedschaft in der APOA (Asia Pacific Orthopaedic Associations).

Wir blicken also sowohl fachlich wie auch geographisch über unseren nationalen Horizont hinaus und hoffen Sie noch neugieriger auf den DKOU 2015 gemacht zu haben. Eines unserer Ziele ist die weitere Öffnung unsererseits mit einer Internationalisierung mit mehreren englischsprachigen Sitzungen und dem Aufruf, auch hinter unserem Sprachhorizont englischsprachige Abstracts einzureichen. Wir sind gespannt auf das Echo.

Mit einer besonders herzlichen Einladung an Sie bei der weiteren Entwicklung von O&U mitzuwirken und beim DKOU 2015 teilzunehmen verbleibe ich

mit den besten kollegialen Wünschen

Prof. Dr. Rüdiger Krauspe,
DGOOC Präsident 2015

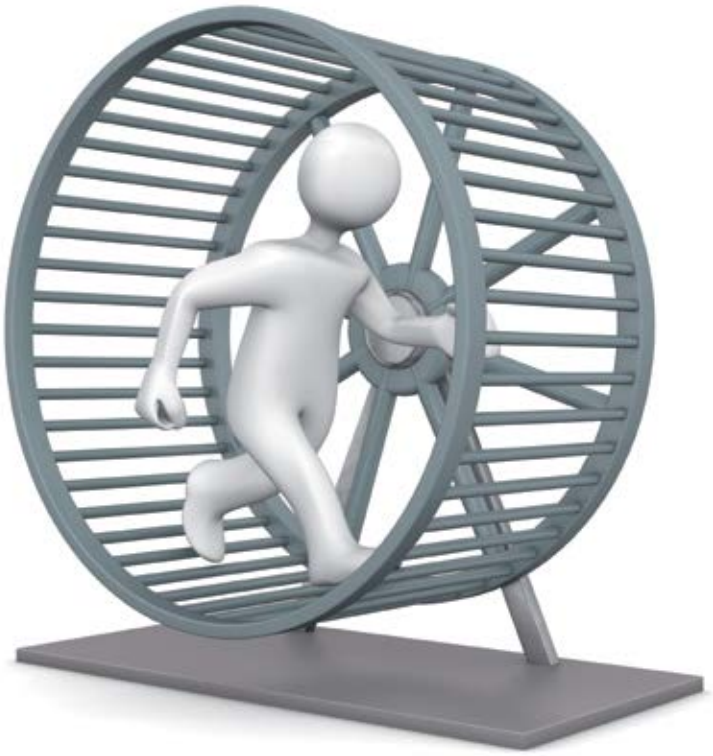


Foto: Style Media & Design_Fotolia.com

ORTHOPÄDIE-VERTRAG IN BW

Neue Chancen für eine bessere ambulante Versorgung – Ein Kraftakt

Ein gutes Jahr ist der Orthopädie-Vertrag in Baden-Württemberg nun in Kraft. Nach aktuellen Zahlen haben sich 340 Orthopäden und 141 Chirurgen in den 73c-Vertrag mit der AOK eingeschrieben. Am Orthopädie-Vertrag mit der Bosch BKK nehmen 330 Fachärzte teil. Damit ist eine flächendeckende Teilnahme der Orthopäden und Chirurgen im Südwesten gegeben.

Über drei Jahre hat das Landesteam des BVOU an Konzeption, Ausarbeitung und Umsetzung des bundesweit einmaligen Vertrages gearbeitet. Der Vertrag bringt somit nicht nur ein neues Honorarsystem mit sich, sondern legt auch inhaltliche Standards wie Behandlungspfade und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten fest.

Welche Motivation gab es, ein solches Vertragswerk auf den Weg zu bringen?

Für die Verantwortlichen des BVOU in Baden Württemberg war es vor allen Dingen die Aussicht, einen Vertrag entwickeln zu können, in dem die niedergelassenen Ärzte selbst bestimmen, wie sie sich ihre Arbeit vorstellen. Damit bestand die Aussicht, wenigstens einen Teil der Systemfehler korrigieren zu können, die das Arbeiten im Kollektivvertragssystem für viele Kollegen so unbefriedigend machen.

Das Grundübel: Im bisherigen EBM wird der Faktor Zeit nicht honoriert.

Gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung, eingehende Beratung – das alles wird mit einer Ordinationsgebühr abgegolten, die ca. 20 Euro Umsatz bringt. Dieser Umsatz ist darüber hinaus noch gedeckelt und somit die Folgekontakte wirtschaftlich uninteressant. Lohnend sind für den niedergelassenen Kollegen somit viele, möglichst „gesunde“ Patienten, die Fokussierung auf akutmedizinische Probleme und die Ausweitung von Einzelleistungen, insofern sie nicht budgetiert sind. Multimorbide Patienten, die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, die eingehende Beratung statt der schnellen Spritze usw. sind dagegen Luxus, den man sich aber ökonomisch nur begrenzt leisten kann.

Mit der finanziellen Entwertung der sprechenden Medizin geht im KV System auch eine inhaltliche Entwertung der Arbeit einher: Wenn ich nicht mehr über die notwendige Zeit für Anamnese, körperliche Untersuchung und Beratung verfüge, kann ich zwangsläufig keine Arbeit mehr abliefern, die eines Facharztstandards angemessen wäre.

Letztlich stellt sich somit die Frage nach der Legitimation eines konservativ-orthopädischen Facharztes in der Niederlassung. Mit der Fünf-Minuten-Medizin schafft sich die konservative Orthopädie quasi selbst ab. Die Kernforderung an

einen neuen Selektivvertrag war damit klar: Es müssen feste Preise her für die sprechende Medizin, und das Honorar muss umso höher ausfallen, je kränker der Patient ist. Für mehr Geld muss auf der anderen Seite etwas geboten werden und daher war es notwendig, die inhaltlichen Vorgaben für die sprechende Medizin bei den wichtigsten Krankheitsbildern auf der Basis des jeweiligen wissenschaftlichen Standards festzulegen.

Die Bestandsanalyse der bisherigen Versorgung ergab außer einer defizitären und fehlsteuernden Honorarsystematik noch weitere Problemfelder: Ein wesentliches Problem liegt sicher im Zusammenspiel mit der hausärztlichen Versorgungsebene. Bei der Vertragsentwicklung saßen daher Hausärzte und Fachärzte zusammen, um die Fehler zu analysieren und Abhilfe zu schaffen. Auf Seiten der Fachärzte waren die Kritikpunkte die fehlende Weitergabe von Vorbefunden, die Ausweitung der Schnittbildgebung durch die Hausärzte und die ungesteuerte Weiterleitung der Patienten, die sich nach Abschaffung der Praxisgebühr noch gesteigert hat. Von Seiten der Hausärzte wurden vor allen Dingen die mangelnde Berücksichtigung von Multimorbidität und die lückenhafte Weitergabe des Befundberichts als Hauptproblem genannt.

Selektivverträge im SGB V – Alternativen zur KV-Regelversorgung

Um Alternativen zur sogenannten ambulanten Regelversorgung zu schaffen, hat der Gesetzgeber in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine Reihe von Paragraphen in das SGB V aufgenommen, die es erlauben, dass die Kassen direkte Verträge mit niedergelassenen Ärzten unter Umgehung der Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen können. Hier waren örtlich doch erhebliche Widerstände vorhanden, die vor allen Dingen am Thema „Ende der Freiberuflichkeit“ bei direktem Vertragsverhältnis mit einer Krankenkasse aufgehängt waren. Im Gegensatz zum Hausarztvertrag ist der sich im SGB V anschließende Paragraph 73 C weniger bekannt. Dieser regelt die sogenannte spezielle ambulante Versorgung und ermöglicht den Kassen auch mit Fachärzten Selektivverträge abzuschließen. Diese Gelegenheit haben einige Kassen genutzt, um über bestimmte Teilgebiete der Versorgung (ambulante Operationen, Osteoporose, Rheuma usw.) Verträge abzuschließen.

INFO

Für den neuen Vertrag sind bestimmte Behandlungsgrundsätze entwickelt worden: Die wesentlichen allgemeinen Punkte waren dabei die Zeitvorgabe verbunden mit der Servicequalität.

- **Zeit** = klare Absage an die Fünf-Minuten-Medizin
- **Servicequalität** = Terminvergabe, Befundberichte, Abendsprechstunden

Konsequent flächendeckend hat diesen Weg aber nur die AOK in Baden Württemberg beschritten und so hat diese Kasse, nachdem seit 4/2008 ein Hausarztvertrag nach § 73 b im Land besteht, unter Einbeziehung der Ärztegenossenschaft MEDI im Jahr 2009 einen Facharztvertrag Kardiologie, im Jahr 2010 einen Facharztvertrag Gastroenterologie, im 2012 einen Facharztvertrag Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie (PNP) und im Jahr 2013 einen Facharztvertrag Orthopädie abgeschlossen. Der AOK Baden Württemberg hat sich als Vertragspartner die BKK Bosch angeschlossen. Die Vorbereitungen für den Orthovertrag begannen im Jahr 2011, insgesamt hat es somit fast drei Jahre gedauert, bis der BVOU als Vertragspartner den Orthopäden und Chirurgen im Lande den Vertrag anbieten konnte.

Versorgungsschwerpunkte

Neben diesen allgemeinen Inhalten sind konkrete Behandlungspfade und Schnittstellen für die orthopädischen Krankheitsbilder Rückenschmerz, Gon- und Coxarthrose, Osteoporose und die rheumatischen Gelenkerkrankungen im Vertrag festgelegt worden. Der Vertrag bot die einmalige Chance, dieses Versorgungsfeld medizinisch und honorartechnisch wieder aufzuwerten. Nur wenn wieder klar wurde, welche wirtschaftliche Bedeutung konservative Orthopädie hat, würde es auch wieder möglich sein, ein besseres Honorar für diesen Sektor einzufordern. Bei der Betrachtung der Gesamtkosten muss man weiterhin bedenken, dass für die meisten Erkrankungen, die der niedergelassene Orthopäde behandelt, der Hauptkostenfaktor nicht direkt im Bereich der ambulanten Versorgung liegt, also durch sein Honorar bedingt sind: So liegen sie im Bereich der Gon- und Coxarthrose im stationären Sektor, bei den Rückenschmerzen im Bereich der Krankentagegeldzahlungen oder bei den rheumatoiden Gelenkerkrankungen im medikamentösen Bereich.

Dem Orthopäden in der ambulanten Versorgung kommt somit eine wichtige „Weichenstellfunktion“ zu: Es darf zu recht vermutet werden, dass eine hochwertigere rationale Versorgung im Bereich der konservativen Orthopädie geringere Folgekosten in anderen Sektoren nach sich zieht. Darüber hinaus war es dem BVOU im vornherein ein wesentliches Anliegen gewesen zu zeigen, dass es bei einer leitliniengerechten Versorgung dieser Krankheitsbilder einer fachärztlichen Expertise bedarf.

Rückenschmerz

Das Thema Rückenschmerz beschäftigt nicht nur die Orthopäden in der Praxis am meisten, sondern nahm auch bei den Vertragsverhandlungen den meisten Raum ein. Erwartungsgemäß kapprizierten sich die Verhandlungen einige Zeit um die Begriffsdefinitionen von „spezifischem“ und „unspezifischem“ Rückenschmerz, die dann mangels Alternativen in den Vertrag so aufgenommen wurden.

Beim **unspezifischen Rückenschmerz** wurde die Verhinderung von Chronifizierung als Maßstab für den Therapieerfolg festgelegt. Die entscheidenden prognostischen Faktoren für Chronifizierung liegen im psychosozialen Bereich. Eine erfolgsversprechende Therapie versucht demnach hier anzuknüpfen. Für die Ärzte wurde eine Beratungsziffer geschaffen, die beim sogenannten unspezifischen Rückenschmerzen über zwei Wochen AU bzw. sechs Wochen Dauer eine eingehende Anamnese und Beratungsgespräche erlauben. Weiterhin gibt es sogenannte Kontaktziffern, die in der Folge Arzt- Patientenkontakte bis zu zehn Mal im Quartal mit einem geringen Betrag von 15 Euro ungedeckelt vergüten. Die beteiligten Kassen haben Stellen für Präventionsberater (in der Regel Sportwissenschaftler) geschaffen. An diese „Coaches“ kann der Arzt die Vertragspatienten verweisen, um diese zielgenauer in die vielfältigen Bewegungsangebote der Kassen einzuschleusen. Dem Arzt obliegt dabei die

Aufgabe der korrekten Diagnose, dem Berater wird die Arbeit übertragen, ein dazu passendes Bewegungsangebot mit dem Patienten abzustimmen. Letztlich chronifiziert nur ein geringer Prozentsatz der Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz.

Beim sogenannten **spezifischen Rückenschmerz**, der z. B. auf eine Spinalkanalstenose oder eine Wurzelkompression durch einen Bandscheibenvorfall zurückzuführen ist, werden im Vertrag inhaltlich wenige Vorgaben gemacht. Hier gelten die oben genannten Restriktionen bezüglich Bildgebung und ähnlichem natürlich nicht. Aus der Sicht des Berufsverbandes konnte eine eigenständige Gebührenposition zu periradiculären Therapie leider nicht erreicht werden.

Gon- und Coxarthrose

Die Aufgabe des Facharztes liegt hier zum ersten in der Sicherung der Diagnose, d. h. stimmen das klinische Beschwerdebild, der Untersuchungsbefund und das radiologische Ergebnis überein. Bei der Therapie liegt der Schwerpunkt auf der Beratung zu den vermeidbaren Risikofaktoren, hier insbesondere beim Übergewicht, aber auch zu Achsfehlstellungen, geeigneten Sportarten usw. Angestrebt wird letztlich eine Entmedikalisierung der Arthrosetherapie. Bei den operativen Therapie wird insbesondere die sogenannte Arthrososkopie, d. h. die Arthroskopie aufgrund arthrotischer Beschwerden (Gelenkergüsse, dumpfer Bewegungsschmerz) abgelehnt.

Osteoporose

Da das Lebensalter den wichtigsten Risikofaktor für das Krankheitsbild Osteoporose darstellt, wird diese Erkrankung aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmen. Prävention und Früherkennung stellen daher die wichtigsten Pfeiler bei der Krankheitsbekämpfung da. Da im Bereich Osteoporose eine eindeutige S3 Leitlinie existiert, war es relativ leicht, die Behandlungsgrundsätze für den Vertrag festzulegen.

Rheumatische Gelenkerkrankungen

Die Analyse der Versorgungslage hatte ein eindeutiges Bild ergeben: Rheumatische Gelenkerkrankungen sind zwar in ihrer Inzidenz und Prävalenz in der Bevölkerung eher selten (zwei Prozent), aber der atraumatische Gelenkschmerz selber stellt einen sehr häufigen Anlass zum Arztbesuch dar. Häufig geht damit die Befürchtung einher, es könne ja Rheuma sein, weiterhin bedarf es bei Bestätigung der Bestätigung einer systemischen Erkrankung der frühen Einleitung einer sogenannten Basistherapie, um nicht weitere Gelenkzerstörungen zu riskieren (window of opportunity). Um eine rationale Abklärung zwischen Arthrose und systemischer Arthritis und ggfs. die Einleitung einer Frühtherapie flächendeckend zu erreichen, müssen die Orthopäden mit ins Boot, da waren sich die Vertragsparteien, d. h. Orthopäden, Hausärzte und Kassen, von Anfang an einig. Leider gelang es nicht, die rheumatologischen Internisten im Land in die Vertragsverhandlungen mit einzubinden. Diese verweigerten bis zum heutigen Tag den Dialog mit dem Verweis auf einen Alleinvertretungsanspruch bei Diagnostik und Therapie geschwollener Gelenke. Angesichts der jetzt schon bestehenden Wartezeiten bei dieser Fachgruppe erschien diese Haltung insbesondere den Kassen wenig zielführend, um die bestehenden Versorgungsdefizite anzugehen.

Das große Ziel des jetzigen Orthovertrages besteht denn auch nicht darin, die Arbeit der rheumatologischen Internisten zu ersetzen, sondern diejenigen Patienten besser zu identifizieren, die eines internistischen Facharztes zur Diagnostik und Therapie dringend bedürfen. Für die Orthopäden im Vertrag stellt sich somit die Aufgabe einer rationalen Diagnostik durch klinische Untersuchung, Labor und Bildgebung in Form von Sonografie, Röntgen bis hin zu MRT und ggfs. Szintigrafie. Therapeutisch gilt es, bei neu diagnostizierten Patienten möglichst frühzeitig eine Basistherapie einzuleiten. Die länger betroffenen Patienten müssen langfristig interdisziplinär vom Orthopäden begleitet werden, um insbesondere auch bei den doch häufig bestehenden Gelenkveränderungen hinsichtlich konservativer und operativer Möglichkeiten beraten zu werden. Nachdem nun die Versorgungsdefizite benannt und die neuen Versorgungsziele definiert waren, konnte das neue Honorarsystem entwickelt und im letzten Schritt verhandelt werden.

Grundsätze für das Honorarsystem

- Planungssicherheit durch feste Preise (Euro und Cent statt Muschelwährungen).
- Einfachheit durch wenige Abrechnungsziffern (Abrechnung auf dem Bierdeckel).

Ein Vertrag, der mehr sprechende Medizin will, muss beratungsintensive Patienten besser vergüten. Neben einer Grundpauschale, die bei allen Indikationen abgerechnet werden kann, wurden ICD getriggerte Zusatzpauschalen eingeführt, die für Patienten abgerechnet werden können, die Krankheiten aus den o. g. Versorgungsschwerpunkten aufweisen. Im Orthovertrag muss nur ein Arzt- Patientenkontakt stattfinden, unabhängig von der dann erbrachten Leistung (Droge Arzt). Einige orthopädische Leistungen werden natürlich weiter als Einzelleistung vergütet, hier insbesondere die ambulanten Operationen, aber auch neuartige Leistungen, wie die o. g. Fallkonferenzen bei chronischen Rückenschmerzpatienten.

Umsetzung

Das Vertragswerk wurde zum 01.07.2013 vom BVOU, dem MEDI Verbund und den beteiligten Krankenkassen, der AOK Baden Württemberg und der Bosch BKK unterzeichnet. Ein inhaltlich und finanziell attraktiver Vertrag in Kombination mit einer lang vorbereiteten Informationskampagne führte in kurzer Zeit dazu, dass das erforderliche Quorum an Teilnehmern landesweit erreicht wurde. Der Vertrag konnte schon am 01.01.2014 in Kraft treten. Spannend blieb in den ersten Quartalen, inwieweit die prognostizierten Fallzahlen und Fallwerte sich als richtig herausstellten. Bei den Fallwerten konnten die Vertragsteilnehmer fast eine Punktlandung verzeichnen: Auf einen „konservativen“ orthopädischen Schein werden im Durchschnitt im Ländle 75 Euro abgerechnet, ein deutlicher Aufschlag gegenüber den Werten im KV-System und fast auf den Euro genau wie vorhergesagt. Bei den teilnehmenden Patienten hat der Ortho-Vertrag ebenfalls zu deutlichen Steigerungen geführt: Orthopäden und Chirurgen versorgen in der Breite doch wohl mehr Patienten als die bisher involvierten Fachgruppen wie Kardiologie und Neurologie, was zu einer

deutlichen Steigerung der Teilnehmerzahlen führte.

Bleibende Herausforderungen

Der Orthopädievertrag in Baden Württemberg ist ohne Blaupause entstanden. Alle Beteiligten sind damit ein Risiko, ein Wagnis eingegangen. Zwar ist der Vertrag zunächst für fünf Jahre abgeschlossen und verlängert sich dann ohne weiteres Jahr für Jahr, aber um ihn zukunftssicher zu machen, muss er flexibel gehandhabt werden. Weiterhin muss der Vertrag natürlich beweisen, dass er hält, was er verspricht, nämlich eine bessere Versorgung unserer Patienten. Weitere Ziele bleiben die Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Haus- und Fachärzten, und zwar in beide Richtungen. Auch hier ermöglicht die Architektur der Verträge und der Wille aller Beteiligten, EDV gestützte Versuchsprojekte zu starten, um Verbesserungen zu erzielen.

Viele Kollegen aus dem Bundesgebiet fragen nach, ob ein derartiger Selektivvertrag auch in ihrem Einzugsgebiet möglich sei. Von der Gesetzgebung her steht dem nichts im Wege. Da praktisch überall Hausarztverträge existieren, wäre der Anschluss eines Facharztvertrages rein technisch möglich. Aber es braucht die obengenannten weichen Faktoren, die einen solchen Vertrag zustande kommen lassen. Hier müssten wohl auf Seiten der Krankenkassen die meisten Denkblockaden gelöst werden: Wenn ein Krankenkassenvorstand erst einmal begriffen hat, welche indirekten Folgekosten ein suboptimal organisierter ambulanter Sektor nach sich zieht, vielleicht geht er dann das Wagnis ein, diesen Bereich besser strukturieren zu wollen. In Baden Württemberg ist ein erster Anfang gemacht.

WEICHE FAKTOREN

Warum kann nun in einem Selektivvertrag das gelingen, woran sich im Regelsystem die Akteure seit Jahrzehnten die Zähne ausbeißen? Wieso kommen hier bessere Honorierung, bessere Inhalte, und innovativere Ansätze zum Zuge?
Folgende Faktoren erscheinen wichtig:

- **Vertrauen:** Die Akteure in Baden Württemberg kennen sich zum Teil seit Jahren. Wenn der Krankenkasse nur Sparzwang unterstellt wird, den Ärzten nur Geldgier, wird es keinen Fortschritt geben – Misstrauen kann man nur schrittweise und in vielen Gesprächen abbauen.
- **Motivation:** Es muss allen Beteiligten daran gelegen sein, Versorgung zu verbessern und Verkrustungen aufzubrechen. Das erfordert einen langen Atem. Für die ehrenamtlich Beteiligten eines Berufsverbandes wie dem BVOU bedeutet dies, oft auch zähe Verhandlungen durchzustehen und sich gegenseitig aufzurichten. Praktisch machbar ist das nur in einem Team, das sich gegenseitig stützt – Einzelkämpfer wären bei dieser Aufgabenfülle komplett überfordert.
- **Zusammenarbeit:** Sinnvolle Versorgung richtet sich nicht nach ärztlichen Gebietsgrenzen und Selektivverträge machen nur Sinn, wenn sie eine kritische Masse erreichen. Wenn Hausärzte und Fachärzte es nicht schaffen, von sich aus die Versorgung in die Hand zu nehmen und inhaltlich voran zu bringen, dann wird sich die Politik dieser Problematik annehmen.

Lesen Sie die ungekürzte Fassung „Auf dem Weg zum Selektivvertrag in Baden-Württemberg“ im BVOUNET.

Dr. Burkhard Lembeck, Ostfildern

KOMMENTAR ZUM ORTHOPÄDIE-VERTRAG

Alle Partner tragen zum Erfolg bei

Das Projekt Hausarzt- und Facharztverträge wurde bereits 2006 in Angriff genommen. Zwei Jahre später unterzeichneten die Protagonisten den ersten Hausarztvertrag in Deutschland.

Ich habe diesem Vertrag nur unter der Maßgabe zugestimmt, dass er durch Facharztverträge nach §73c SGB V ergänzt wird. Aus meiner Sicht kann die ambulante Versorgung nur verbessert werden, wenn niedergelassene Haus- und Fachärzte eng zusammenarbeiten. Und nur im Zusammenspiel von Hausarzt- und Facharztverträgen sind die Selektivverträge auch refinanzierbar. Die Refinanzierung erfolgt aus Einsparungen im Arzneimittelbereich, der Vermeidung von Drehtüreffekten im stationären Bereich und zusätzlichem Geld aus den jährlichen Einnahmezuwächsen der beteiligten Kassen.

Gegen Hindernisse

Als erster Facharztvertrag nach §73c SGB V wurde im Südwesten der Kardiologievertrag 2010 abgeschlossen. Es war richtig, mit dieser vergleichsweise kleinen Fachgruppe zu starten, denn die Gegenaktivitäten zu den Hausarztverträgen waren bundesweit gewaltig. Teile der Krankenkassen, der KVen, Datenschützer und der IT-Hersteller zogen alle Register, um einen Erfolg und eine Ausbreitung der Selektivverträge zu verhindern. Der damalige FDP-Gesundheitsminister Daniel Bahr tat ein Übriges und machte mit seiner Refinanzierungsklausel im §73b jeglichen Versuch, Hausarzt- und Facharztverträge außerhalb von Baden-Württemberg und Bayern zu etablieren, zunichte. Die Honorierung im Selektivvertrag wurde der budgetierten Bezahlung im Kollektivvertrag angeglichen und die Kolleginnen und Kollegen fragten sich zu Recht, warum sie den finanziellen und bürokratischen Mehraufwand für einen Selektivvertrag in Kauf nehmen sollten, wenn die Honorierung nicht besser sei als im Regelleistungsvolumen.

Nur weil diese unsinnige Refinanzierungsklausel für die Altverträge im Südwesten nicht galt, konnten sich hier die Hausarzt- und Facharztverträge entwickeln. Nur deshalb gibt es Hausarztverträge mit praktisch allen Kassen und Facharztverträge mit der AOK, der Bosch BKK. Mit weiteren Betriebskrankenkassen und den Ersatzkassen stehen wir derzeit in Gesprächen. Neben dem Kardiologie-Vertrag gibt es inzwischen 73c-Verträge für Internisten / Gastroenterologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Neurologen und für Orthopäden. Ein Vertrag für Urologen ist in Verhandlung.

MEDI und die Selektivverträge

Der Orthopädievertrag ist schneller gestartet als alle bisherigen Facharztverträge, die Motivation der Fachgruppe stimmt dank der Unterstützung des BVOU und die Fallwerte liegen deutlich über dem KV-Niveau, ohne Fallzahlbegrenzung. Warum setzt sich MEDI Baden-Württemberg so stark für die Selektivverträge ein? In erster Linie, weil wir eine fachübergreifende Organisation sind und dem politischen und standespolitischen Mainstream neue Konzepte gegenüberstellen möchten. Der politische Mainstream sieht so aus, dass die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet werden und die fachärztliche Versorgung am besten gleich im Krankenhaus stattfinden soll. Standespolitisch zeichnet sich in den KVen ein Trend zur Teilung in ein hausärztliches und ein fachärztliches Lager ab. Man spricht von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsebene und versucht mit aller Macht, die Versorgung und Vergütung zu trennen.

Verbindliche Zusammenarbeit

Diesen Entwicklungen stellen wir die verbindliche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten in unseren Selektivverträgen entgegen. Bei uns gibt es keine Honorarkämpfe, weil jeder Fall ohne Budget oder Obergrenze bezahlt wird. Eine bessere Bezahlung einer Fachgruppe geht also nicht auf Kosten anderer Kolleginnen und Kollegen wie im KV-System. Die Schnittstellen zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und zum Krankenhaus sind definiert und die ambulante Versorgung findet im Zusammenspiel der niedergelassenen Praxen statt. Eine Öffnung der Krankenhausambulanzen geht also an den Selektivverträgen vorbei, soweit die beteiligten Praxen die ambulante Versorgung gemeinsam und in Kooperation sichern. Wir brauchen auch keine Terminvergabestellen, wie sie im VSG vorgesehen sind, weil den teilnehmenden Facharztpraxen schnellere Termine zumutbar sind – denn in den Facharztverträgen wird jeder Fall bezahlt. Insbesondere in den dynamischen Bereichen, wo mehr Zuwendung und Betreuung für den Patienten gefordert ist und diese Mehrleistung nicht in Fallzahlbegrenzungen und Budgets fallen darf.

Ergänzung des Kollektivvertrags

Für den Orthopäden wird aktuell nur ein Arzt-Patienten-Kontakt mit den RLV bezahlt und wer sich medizinisch anders verhalten muss, schadet sich finanziell. Diese falschen finanziellen Anreize im Kollektivvertrag müssen ein Ende finden, ohne Selektivverträge fast unmöglich. In Selektivverträgen arbeiten Kassen und Ärzte eng zusammen, steuern die Versorgung auch in Richtung Patienten und die ärztliche Leistung wird besser und unbudgetiert bezahlt. Nur hier kann die Basis gelegt werden, dass die Budgetierung im Kollektivvertrag irgendwann fällt. Deshalb brauchen wir eine Ausweitung der Facharztverträge, auch deutschlandweit und ein geordnetes Miteinander zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen. Dazu brauchen wir Änderungen in der Politik, in den KVen und in der KBV und darüber hinaus auch bessere gesetzliche Vorgaben zur Bereinigung. In beiden Bereichen sehe ich uns auf einem guten Weg.

Dr. Werner Baumgärtner, MEDI Verbund Bayreuth

AOK ZUM ORTHOPÄDIE-VERTRAG

Was motiviert die AOK Baden-Württemberg zum Abschluss des Orthopädievertrages?

Die Normierungen in der so genannten Regelversorgung werden vornehmlich GKV-einheitlich auf Bundesebene gesetzt. Im Mittelpunkt stehen dabei der einheitliche Leistungskatalog (nicht zu verwechseln mit der Indikationsstellung), ein Vergütungssystem, das auf Makroebene einer Logik der politischen und lobbymäßigen Einflussnahme folgt sowie zunehmende administrative Vorgaben (z. B. Formularwesen).

Grundsätzlich können das Instrumente sein, um die Funktionsweise einer solidarischen Krankenversicherung zentralstaatlich zu gewährleisten. Allerdings kann mit diesem Instrumentarium eine konkrete und auf die regionalen Bedürfnisse ausgerichtete Versorgungssteuerung nach evidenzbasierten Grundsätzen nicht erreicht werden. In der Folge produziert das bundesweit einheitlich ausgerichtete Regulierungssystem zwar ein gewisses Maß an Stabilität, insbesondere innerhalb der jeweiligen Versorgungssektoren, allerdings zum Preis erheblicher inhaltlicher Fehlanreize aus Versorgungsperspektive. Die medizinisch-inhaltliche Ausgestaltung der Versorgung sowie das „Zusammenspiel" der unterschiedlichen Akteure (Koordination, Kooperation, Integration) bleibt vielmehr den vielen Einzelakteuern überlassen, was in der Folge von selektiven Wahrnehmungen, Egoismen und Fehlanreizen zwangsläufig in eine mehr oder weniger beliebige und zufallsgesteuerte konkrete Versorgungssituation führt. Allerdings sieht das Gesetz als gewisse Korrektur die Möglichkeit der Selektivverträge vor, die unter qualitativen Versorgungsgesichtspunkten eine Feinsteuerung vornehmen können. Dies ist ein höchst anspruchsvolles Unterfangen mit hohen Anforderungen an alle Beteiligten.

Warum hat sich die AOK Baden-Württemberg dieser Anstrengung (auch) im Bereich der Orthopädie gestellt?

Muskoskelettale Beschwerden betreffen eine Vielzahl von AOK-Versicherten und verursachen einen hohen Anteil an direkten und indirekten Krankheitskosten. Sie sind meistens durch Fehlbelastungen bedingt und ein Symptom unserer Zeit, weil Bewegungsmangel sowie Unsicherheit und Unkenntnis wesentlich den Gesundheitszustand vieler Menschen prägen. Die Folgen sind oft zu „schwache Knochen" durch zu wenig Muskelaufbau, Fehlhaltungen, überforderte Gelenke und Bandscheiben sowie unzureichendes Koordinationsvermögen bis hin zur Sturzneigung, ggf. auch befördert durch zu starke und zu lang währende Schmerzmitteleinnahme und bisher häufig fehlende Information durch ärztliche Beratung.

Stattdessen werden zu oft kurzfristige und symptomorientierte Einzelmaßnahmen durchgeführt. Dies, obwohl das Alltagsverhalten und insbesondere Bewegungsaspekte die Grundlage darstellen für viele chronische Beschwerden, die leider eben häufig nicht nur „wegzuspritzen" oder sinnhaft operabel sind, wie viele entsprechende Studien belegen (Anlage 17 Orthopädievertrag). Deutschland weist eine negative Spitzenstellung auf in der Häufigkeit apparativer Bildgebung, dem Verordnen von Medikamenten und in der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit. Demgegenüber wird ein Mangel ausgemacht an Kompetenz und Einsatz der sprechenden Medizin, wodurch im Ergebnis ein Teufelskreis aus mangelnder Bewegung und Unterforderung einerseits und vielfältiger Beschwerden sowie chronischer Erkrankungen der Patienten andererseits befördert wird. Damit sind einige der Versorgungsprobleme unserer Zeit gemäß aktueller Versorgungsforschung (vgl. QUISA, Anlage 17 Orthopädievertrag) angesprochen. Die Ursachen muskoloskelettaler Beschwerden und darüber hinaus chronischer Erkrankungen erscheinen nicht unabänderlich. Es gilt, Ideen und Kompetenz zu entwickeln und auszurollen um diesem Wissen flächendeckend Eingang in den Versorgungsalltag in Baden-Württemberg zu verschaffen.

Gemeinsames Verständnis

Erst durch den unabhängigen, unmittelbaren und gegenseitigen Austausch zu den aktuellen Versorgungsthemen gelingt ein gemeinsames Verständnis für epidemiologische Entwicklungen von Gesundheitsproblemen. Dies gilt sowohl für die AOK Baden-Württemberg als auch für Ärztinnen und Ärzte sowie das Praxispersonal. Allen Beteiligten ist die Erkenntnis der meist unzureichenden Möglichkeiten eigen, individuell flexibler, eigenständiger und handlungsfähiger zu betreuen. Auf der Grundlage eines direkten Dialogs entstehen Veränderungsimpulse insbesondere zur Beförderung einer bestmöglichen Beratung und Betreuung. Die Ergebnisse gelangen durch neue vertragliche Rahmenbedingungen umfassend (biopsychosozial) in die Umsetzung.

Sämtliche Bedingungen für eine höchstmögliche Beratungs- und Versorgungsqualität wurden im Rahmen des Orthopädievertrags direkt zwischen der AOK und BVOU / BNC unter enger Einbindung und Abstimmung mit ärztlichen Vertretern der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sehr sorgfältig auf die speziellen Erfordernisse in Baden-Württemberg hin fachlich diskutiert. Folgen wurden durchdacht und besprochen für die Versorgung der Betroffenen – und schließlich wurde eine monetär adäquate Honorarordnung umsichtig verhandelt, die die Vertrags-

ziele nachhaltig unterstützt und negative Anreize vermeidet. Einer höheren ärztlichen Vergütung folgt die berechtigte Erwartung, diesen Effekt durch eine Steigerung der ganzheitlichen Versorgungseffizienz insgesamt deutlich zu kompensieren.

Auf Seiten der AOK-Baden-Württemberg setzt diese Vorgehensweise ein hohes Vertrauen voraus: Wird tatsächlich im Einzelfall entsprechend beraten, findet ein angemessener Austausch mit dem Hausarzt statt, werden unnötige operative Eingriffe dadurch vermindert? Ein wesentliches Ziel des Selektivvertrages aus AOK-Sicht sind zufriedene Versicherte, die eine koordinierte und exzellente Versorgung vor Ort erleben. Deshalb sieht der Orthopädievertrag u. a. auch regelmäßige Patientenbefragungen vor, um die Ergebnisse zum einen den beteiligten Praxen zur Reflektion bereit zu stellen und zum anderen den Vertragspartnern als Diskussionsgrundlage zu dienen für die Beurteilung des Vetragsgelingens insgesamt.

Transparenz und offene Kommunikation

Diese Faktoren lassen ein Klima von Wertschätzung entstehen, das zum Wohl der Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Versorgungsqualität vorausschauend ermöglicht und erarbeitet. Klar ist auch, dass alle Beteiligten dauerhaft im engen Austausch bleiben müssen, denn mit der Vertragsunterschrift ist erst der Anfang getan. Es ist dauerhaft erforderlich, dass die Vertragspartner auf vielen Ebenen eng zusammen arbeiten und insbesondere gemeinsam sicherstellen, dass die vorgesehenen Maßnahmen für eine flächendeckende Umsetzung erfolgreich ausgerollt werden. Im Mittelpunkt stehen hierfür die regionalen Qualitätszirkel, die neben Informationstransfers auch den Austausch und die Zusammenarbeit der unmittelbar Versorgungsbeteiligten vor Ort befördern. Die Qualitätszirkel wiederum werden extern unterstützt hinsichtlich Methodik, Didaktik und Datenbereitstellung – auch hier gilt: Handeln auf bester wissenschaftlicher Grundlage.

Wir vertrauen nachhaltig auf diesen Weg, weil wir hier gemeinsam die Versorgungsprobleme unserer Zeit angehen und wirksam im Dialog und Miteinander zu deren Lösung beitragen.

Dr. Christopher Hermann, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg

PD Dr. Sabine Knapstein, Referatsleiterin „Medizinische Qualitätsförderung“ der AOK Baden-Württemberg

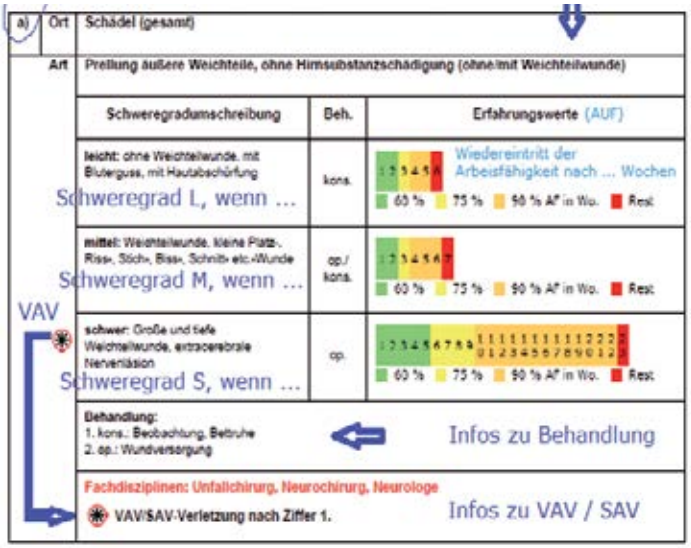
UNFALLSACHBEARBEITUNG DER UVT

„Weller-Tabelle“ für Ärzte

Die Unfallsachbearbeitung der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger (UVT) arbeitet seit 20 Jahren mit dem graphischen Leitfaden nach Weller, in dem Einzeldiagnosen verschlüsselt erfasst werden (Weller-Key).

Die prognostizierten AU-Zeiten bilden bei aller Unschärfe im Einzelfall eine wesentliche Grundlage für eine auch zeitlich effektive Heilverfahrenssteuerung. Die Einschätzungen des Reha-Prozesses und die prognostizierten Zeitverläufe werden sowohl für den Patienten und die behandelnden Ärzte als auch für die UVT immer wichtiger, um „atypische“ Verläufe und Heilentgleisungen frühzeitig zu erkennen. Beruhten die prognostizierten Arbeitsunfähigkeitszeiten anfänglich noch auf empirischen Schätzungen, so können sich die Prognosen inzwischen auf die seit 1997 zunehmend erweiterte zentrale Ergebnis-Datenbank UVCD (Unfallversicherungs-Controlling Datenbank) stützen.

Auch wenn der graphische Leitfaden primär die Arbeit der Unfallsachbearbeitung unterstützen soll, wurde auf Grund der Anfragen von Ärzten zur Funktion des Graphischen Leitfadens nach Weller eine entsprechende Ärztetabelle für die Heilverfahrenssteuerung nach der Weller-Tabelle mit einem „Graphischem Leitfaden“ entwickelt. Ziel ist es, dem behandelnden Arzt einen Einblick in die Grundlagen der Heilverfahrenssteuerung durch die UVT und Unterstützung bei der Abschätzung der Arbeitsunfähigkeitsdauer zu geben. Diese Weller-Tabelle für Ärzte ist von hohem praktischem Nutzen für die Ärzte, die Unfallverletzte behandeln (siehe Beispielgraphik).



Beispielgraphik mit Angaben zur Dauer der AUF

Regelmäßig aktualisiert

Die Tabelle wird in elektronischer Form angeboten und regelmäßig aktualisiert. Für die Entwicklung zeichnet die FSA (Forschungsgesellschaft für angewandte Systemsicherheit und Arbeitsmedizin) mit ihren Mitgliedern BGN (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe) und BG RCI (Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie) sowie einem ärztlichen Beratergremium verantwortlich. Mit einem abgestimmten Informationsstand des behandelnden Arztes und der Mitarbeiter der UVT zur Dauer der zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit bei unterschiedlichen Verletzungsmustern wird eine wichtige Forderung der Ärzteschaft erfüllt. Dies schafft zudem vermehrtes Verständnis für Anfragen der UVT im Rahmen der Heilbehandlung und kann Rückfragen und damit den praxisinternen Verwaltungsaufwand reduzieren. Die Zusammenarbeit mit den UVT wird hierdurch optimiert.

Die Ärztetabelle gliedert die Verletzungsmuster – wie der graphische Leitfaden – mit den „Weller-Keys“ nach Verletzungsorten 01 bis 09, innerhalb der Verletzungsorte nach Verletzungsarten und zusätzlich in der Regel nach dem Schweregrad (leicht, mittel, schwer).

Die zu den einzelnen Weller-Keys angegebenen AUF-Prognosen zeigen an, innerhalb welcher Zeiträume (in Wochen) Verletzte mit einschlägiger Diagnose und Schweregrad wieder arbeitsfähig werden – und zwar jeweils 60%, 75% und 90% der Verletzten. Bei der prognostizierten Arbeitsunfähigkeitsdauer (AUF-Dauer) wird auch die Art der ausgeübten Tätigkeit berücksichtigt. Graphischer Leitfaden und Ärztetabelle enthalten 170 Hauptdiagnosen, entsprechend der Ausprägung der Verletzung weiter differenziert, nach L (leicht), M (mittel), S (schwer) und umfassen insgesamt 455 Verletzungsmuster. Unterschiede im jeweils aktuellen Heilverlauf zur „Weller-Prognose“ sind Hinweis für den Unfallversicherungsträger und für die behandelnden Ärzte, individuell einzugreifen, um besondere Probleme und Komplikationen festzustellen. Ergänzende Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind frühzeitig zu prüfen. All dies dem gesetzlichen Anspruch verpflichtet: Mit allen geeigneten Mitteln. Die behandelnden Ärzte haben dabei eine besonders wichtige Informations- und Unterstützungsaufgabe, können im Einzelfall auf besondere Probleme oder Komplikationen frühzeitig hinweisen und so die gemeinsamen Bemühungen um eine erfolgreiche Rehabilitation unterstützen. Damit kann die Weller-Tabelle für Ärzte mit dazu beitragen, eine optimale Behandlung und damit die schnelle Erreichung der vollschichtigen und wettbewerbsfähigen Arbeitsfähigkeit der unfallverletzten Person zu fördern.

Prof. Dr. Andreas Wentzensen
Prof. Dr. Paul Alfred Grützner
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

WELLER-TABELLE

Dieses Produkt können Sie beziehen unter
http://fsa.de/produkte/weller-fuer-aertze/
Ludwig Schreyer, Tel. 06131 – 785 600
E-mail: ludwig.schreyer(at)fsa.de

Dr. Hans-Jürgen Bischoff
Tel. 0621 – 4456 2213
E-mail: bischoff(at)ivss.org

Im Düsseldorfer Kongresszentrum war der Vortragssaal bei den zahlreichen interessanten Sitzungen immer gut gefüllt.

Verena Bentele (rechts im Bild) und Prof. Dr. Bettina Westhoff im intensiven Gespräch.

In der großen Ausstellung fand reichlich Informationsaustausch statt.

Fotos: rehakind

6. REHAKIND-KONGRESS

Kinder-REHA ist kein Luxus

RehaKIND® wurde im Jahr 2000 von einer Handvoll kleinerer Unternehmen, Familienbetriebe und Manufakturen gegründet mit dem Ziel, behinderten Kindern und Jugendlichen die Teilhabe am Leben in unserer Gesellschaft zu erleichtern und ihnen die hierfür notwendige Unterstützung zu bieten; so sollen sie möglichst selbständig und selbstbestimmt ihr Leben führen können. Die Umsetzung dieses Anspruchs ist nur mit der Unterstützung und der Überzeugung aller Beteiligten im Versorgungsprozess zu schaffen. Sachwissen, handwerkliche Qualität und Empathie sollen daher zusammengeführt werden – unter Berücksichtigung des medizinisch Notwendigen und des wirtschaftlich Machbaren. Ziel ist es, eine starke Stimme im Gesundheitsbereich für diese schwächsten Mitglieder in unserer Gesellschaft zu sein.

Vom 5. bis 7. Februar 2015 fand in Düsseldorf der 6. RehaKIND-Kongress zum 15-jährigen Bestehen der Organisation statt. Die Kongresspräsidentin Prof. Dr. Bettina Westhoff, Kinderorthopädin an der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf, stellte zusammen mit dem Düsseldorfer Kongressbeirat ein interessantes, vielseitiges Programm zusammen. Perfekt organisiert wurde die Veranstaltung vom RehaKIND®-Team um Frau Christiana Hennemann. Mit über 80 Referenten und 830 Teilnehmern wurde ein deutliches Signal in Richtung Politik und Kostenträger gesandt. Familien mit behinderten Kindern müssen bestmöglich unterstützt werden durch Medizin, Therapie und

Hilfsmittel, die ihnen den Alltag erleichtern!

Die Bedeutung dieses Themas zeigt auch die Tatsache, dass sowohl Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, Verena Bentele, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, sowie Prof. Dr. Bettina Westhoff ohne Zögern, spontan und aus Überzeugung die Schirmherrschaft übernommen haben. Endorsement gab es auch durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Prof. Dr. R. Krauspe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), und Prof. Dr. R. Rödl, Vorsitzender der VKO, haben sich aktiv am wissenschaftlichen Programm eingebracht

Die von Geburt an blinde Verena Bentele, die als deutsche Biathletin und Skilangläuferin vier Weltmeistertitel und zwölf Goldmedaillen bei den Paralympics gewann, schilderte bei der Eröffnung eindrücklich, wie sie selbst mit den Herausforderungen ihres Handicaps umgegangen ist. Wichtigste Voraussetzung dazu war, dass alle Beteiligten offen und interdisziplinär miteinander nach Lösungen gesucht haben. Der Austausch der medizinischen Experten mit Hilfsmittel-Fachleuten und Therapeuten müsse immer auf das individuell zu versorgende Kind gerichtet sein.

„Ganz wichtig ist in jedem Falle eine professionelle und unabhängige Beratung und Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung von Anfang an. Dabei sollten keine Kalkulationen im Vordergrund stehen sondern die bestmögliche Förderung und Therapie“, so Verena Bentele.

Reibungslose Übergänge zwischen den Systemen notwendig

Barbara Steffens, NRW-Gesundheitsministerin, beklagte wie Verena Bentele die Schnittstellenproblematiken bei der Kostenübernahme. So könne von einem Problembewusstsein für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen, von umfassender Barrierefreiheit, von reibungslosen Übergängen zwischen einzelnen Sektoren und passgenauen Angeboten noch nicht die Rede sein. „All dies ist jedoch zwingend notwendig, um die Versorgungsqualität für die Betroffenen auf eine neue, qualitativ höhere Stufe zu stellen“. Die Angebote müssten dem tatsächlichen Bedarf angepasst, der Zugang in die Systeme erleichtert und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und Akteurinnen verbessert werden. „Nur so gelingt uns eine echte Orientierung an den Bedürfnissen und nur so erreichen wir unser Ziel einer wirklich inklusiven Gesellschaft,“ fordert die Ministerin.

Gute Kinderreha-Versorgung ist Investition in die Zukunft

Prof. Dr. Bettina Westhoff appellierte mit eindrücklichen Beispielen an alle Kongressbesucher und an die Politik, ihre Kommunikation zu verbessern zum Wohle der Kinder und Jugendlichen mit Handicap. Frühzeitige fachgerechte Förderung, der Blick auf individuelle Entwicklungspotentiale helfen mehr Selbständigkeit zu erlangen. Das sichert Lebensqualität sowie die Chancen auf Teilhabe und einen eigenständigen Platz in der Gesellschaft. „Daher ist jede gute Kinderreha-Versorgung eine Investition in die Zukunft.“ Auch die Krankenkassen und der medizinische Dienst müssen an diesen Zielen mitwirken und dürfen nicht durch unnötiges Ausbremsen von Genehmigungsverfahren etc. die Ressourcen von Ärzten, Therapeuten und Eltern verschwenden.

Der rehaKIND-Kongress bot eine ausgezeichnete Plattform, die persönlichen Fachkenntnisse in vielen Bereichen zu erweitern, im direkten Austausch Kontakte zu knüpfen, Ideen zu entwickeln und das Netzwerk zu erweitern. Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen sowie Ihrer Familien in das Kongressprogramm zeigte, wie wichtig es ist, nicht nur über die Bedürfnisse der Betroffenen zu reden, sondern vielmehr, sie einzubeziehen und ihre Einschätzungen zu hören.

Inklusion und Transition – Herausforderungen kreativ angehen

Neben einem hochkarätigen orthopädischen Fachprogramm zogen sich die Themen Inklusion und Transition durch viele Beiträge. Berührende Interviews mit Jugendlichen, die mit ICP leben, zeigten, wie wichtig es ist, dass sich alle Beteiligten Gedanken darüber machen, wie ein Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zu gestalten ist.

Bei der Inklusion müssen noch zahlreiche strukturelle Probleme gelöst werden, aber es gibt Mut machende Ansätze, wie es – auch mit Hilfsmittelunterstützung und Schulung der Pädagoge – gelingen kann, wenn alle kreativ und mit Zuversicht anpacken.

Verena Bentele appellierte daran, nicht zu fragen, welche Kinder nicht „inkludiert“ werden können, sondern vielmehr nach Lösungen zu suchen, alle mitzunehmen. Dass Inklusion kein Sparprogramm ist, sondern viel mehr personelle und technische Unterstützung an den Schulen ankommen muss, ist eine zentrale Forderung der Behindertenbeauftragten.

Einzigartige Fachausstellung mit besonderer Atmosphäre

Betroffene, aber auch Fachleute lobten die begleitende Fachausstellung als ein „Juwel“, die in ihrer Professionalität ihresgleichen sucht. Selten fände man in so ruhiger Atmosphäre und derart gebündelt kompetente Beratung, Lösungsansätze, Austausch und echten Dialog.

Über 65 Hersteller, Fachhändler, Vereine, Kliniken und andere Institutionen präsentierten sich engagiert und lieferten den Beweis dafür, dass die Internationale Fördergemeinschaft rehaKIND in ihrem Jubiläumsjahr mit diesem 6. Kongress eine einzigartige machtvolle Stimme für die Kinderversorgung geworden ist.

Prof. Dr. Bettina Westhoff, Kongresspräsidentin

Prof. Dr. Rüdiger Krauspe, Präsident der DGOOC

Foto: Doc Rabe Media_Fotolia.com

SEKTION DER DIVI

Ärztliche Qualifikation für „Interdisziplinäre Notaufnahme“

Schon 2013 wurde in der OUMN über die aktuelle Entwicklung in Bezug auf eine ärztliche Qualifikation zur Tätigkeit in interdisziplinären Notaufnahmen berichtet. Der zur Entwicklung einer gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Thema gegründete Arbeitskreis der Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie und Radiologie hat sich mittlerweile zu einer Sektion der DIVI entwickelt.

Eine eigene Sektion ist insbesondere deswegen erforderlich geworden, da seitens der Bundesärztekammer ein Ansprechpartner gesucht wurde, um diese Thematik in Bezug auf die Neuordnung der Musterweiterbildungsordnung darstellen zu können. Bis dahin war zunächst nur die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen (DGINA) ein erkennbarer Ansprechpartner, wobei relativ rasch klar wurde, dass die DGINA nur einen kleinen Kreis von ärztlichen Kollegen, die in Notaufnahmen tätig sind, repräsentierte. Es erschien der Bundesärztekammer daher sehr wichtig, einen weiteren Kreis, nämlich denjenigen der DIVI, ebenfalls in dieser Thematik mit anzuhören.

Anforderungen an die Qualifikation

In einem ersten Gespräch zwischen der betreffenden Sektion der DIVI und der Bundesärztekammer im September 2012 konnten erstmalig unsere Vorstellungen bezüglich einer ärztlichen Qualifikation zur dauerhaften oder leitenden ärztlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme vorgestellt werden. Eine zusätzliche Qualifikation sollte folgende Eckpunkte berücksichtigen:

- Voraussetzung ist eine abgeschlossene Fachausbildung in einem der in der DIVI vertretenen Fachgebiete (Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie / Neurochirurgie und Pädiatrie) oder aber ein Facharzt in der Allgemeinmedizin.
- Weiterhin Voraussetzung ist die erfolgreich abgeschlossene, bereits gültige Zusatzqualifikation Präklinische Notfallmedizin.
- Abgeleistet werden müssen eine 24-monatige Weiterbildungszeit in einer Zentralen Notaufnahme, wobei hier von bis zu 12 Monate in der Facharztweiterbildung angerechnet werden können. Von diesen 12 Monaten sind bis zu 6 Monate Tätigkeit auf einer Intensivstation der DIVI-Fachgebiete anrechenbar. Für das Gebiet der Chirurgie bedeutet dies unter Berücksichtigung des schon existierenden Common Trunk eine nochmalige kumulative Zeit von 12 Monaten Tätigkeit in einer Zentralen Notaufnahme nach dem Facharzt.
- Nachgewiesen werden muss ebenso die Fachkunde Notfallröntgen sowie die Weiterbildung der Sonografie für Notfallmedizin und ein stets aktueller Nachweis für die Unterweisung im Strahlenschutz.
- Begleitet werden soll die praktische Tätigkeit durch ein Curriculum der theoretischen Inhalte, welches nunmehr komplett entwickelt ist und insgesamt vier Module von jeweils

40 Stunden umfasst. Daneben wird es weitere fachbezogene Module geben, die spezielle Inhalte der einzelnen Fachgebiete enthalten. Diese werden allerdings auf die jetzt etablierten Module nicht direkt anrechenbar sein.

- Weiterbildungseinrichtungen werden Kliniken sein können, die eine zentrale Notaufnahme betreiben und die in der DIVI vertretenen Fachgebiete als Hauptabteilung innerhalb der Klinik führen. In den Fällen, wo einzelne Fachgebiete nicht geführt werden, muss zur Vermittlung der praktischen Inhalte ggf. eine Rotation in eine andere Klinik erfolgen. Die Weiterbildungsinhalte sind durch die beteiligten Fachgebiete bzw. Fachabteilungen vor Ort zu vermitteln und deren Erfüllung ist durch diese zu bestätigend. Maßgebend ist hier die bereits für das Fachgebiet bereits vorhandene Weiterbildungsermächtigung.

Seitens der Bundesärztekammer wurde nunmehr in Bearbeitung der auf der WIKIBÄK eingebrachten Vorstellungen dieser ärztlichen Qualifikationen eine weitere Gesprächsstunde im September 2014 vereinbart. Hierbei wurden sowohl die oben genannten Vorstellungen seitens der DIVI diskutiert, als auch die in der WIKIBÄK-Plattform eingebrachten Vorstellungen der DGINA. Es wurde deutlich, dass die DGINA nun zunächst von der Vorstellung eines Facharztes für die innerklinische Notfallmedizin abgerückt ist, andererseits aber eine insgesamt dreijährige Weiterbildungszeit für eine entsprechende Zusatzqualifikation wünscht, von der nur ein Jahr in einer der oben genannten Facharztausbildungen versenkt werden kann. Seitens des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer wurde verdeutlicht, dass – wenn es zu einer Verabschiedung einer Zusatzqualifikation für die Tätigkeit in einer interdisziplinären Notaufnahme kommt – diese sich am ehesten an dem Vorschlag der DIVI orientieren wird, da nur dieser in die bisherige Systematik von ähnlichen Zusatzqualifikationen, z. B. die spezielle Intensivmedizin, einzuordnen ist.

Berücksichtigung realer Versorgungsstrukturen

Im Rahmen des Gespräches wurde auch deutlich, dass man unter Berücksichtigung der realen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich zunächst an einer berufsbegleitenden bzw. weiterbildungsbegleitenden Fortbildung festhalten wird und es nicht gleich zur Einrichtung einer Zusatzqualifikation kommen wird. Das in dem Falle erforderliche weiterbildungsbegleitende theoretische Curriculum wird dann exakt denjenigen von der DIVI ausgearbeiteten curricularen Modulen entsprechen. Seitens des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer wurde signalisiert, dass sobald die Systematik der neuen Weiterbildungsordnung geklärt ist, eine Qualifikation für die Tätigkeit in einer interdisziplinären zentralen Notaufnahme wahrscheinlich zunächst mit dem niedrigsten zu vergebenden Level aufgenommen wird. Die seitens der DIVI dargestellten Voraussetzungen zur Erlangung einer solchen Qualifikation wurden grundsätzlich für sehr sinnvoll erachtet, besonders begrüßt wurde hierbei, dass eine solche Qualifikation auch den Allgemeinmedizinern eröffnet wird. Abschließend wurde die Sektion der DIVI darin bestärkt, ihren bisher beschrittenen Weg weiter voranzutreiben.

Erste Kurse

Nachdem das Curriculum mit insgesamt vier Modulen nun bis ins Detail ausgearbeitet ist, konnten wir im November 2014 erstmalig das Curriculum mit den ersten beiden Modulen Neuromedizin und Anästhesie / Notfallmedizin in einem Kurs in Leipzig anbieten. Der Kurs war beschränkt auf 30 Teilnehmer, neben einer Reihe von Vorträgen und Diskussionsrunden wurden auch entsprechende Workshops und Notfallszenarien an mehreren Simulationsstationen durchgespielt. Die Teilnehmer waren überwiegend erfahrene Ärztinnen und Ärzte, die jeder für sich schon langjährig auch in einer Notaufnahme tätig sind. Das Kurskonzept wurde grundsätzlich sehr positiv bewertet, insbesondere wurde deutlich, nach dem jeder der Teilnehmer aus einem der großen Fachgebiete der DIVI stammte, dass besonders der interdisziplinäre Ansatz über alle Disziplinen hinweg sehr begrüßt wurde. Die Module 3 und 4 (Innere Medizin inkl. Pädiatrie sowie Chirurgie inkl. der Gynäkologie, Urologie, HNO, Augen und MKG) werden in der letzten Aprilwoche in Hannover an der dortigen Medizinischen Hochschule abgehalten. Auch dieser Kurs ist direkt ausgebucht, in erster Linie von den Teilnehmern der ersten beiden Module in Leipzig.

Landesärztekammern eingebunden

Um eine direkte Anerkennung dieses Kurskonzeptes auf Seiten der Landesärztekammern zu erreichen, insbesondere dann, wenn ein solches Curriculum in der Musterweiterbildungsordnung mit aufgenommen ist, haben wir jeweils die Landesärztekammern vor Ort mit eingebunden und deren Zusage erhalten, dass eine spätere Anerkennung erfolgen kann. Weitere Kursveranstaltungen sind daher auch zukünftig an unterschiedlichen Standorten vorgesehen, so dass sich möglichst viele Landesärztekammern direkt mit eingebunden fühlen können. Das Angebot der Kurse ist jeweils auf der Internetseite der DIVI unter Veranstaltungen abzurufen, auch die Anmeldungsprozedur erfolgt online über die DIVI-Plattform. Seitens der DIVI ist ein kurzfristiges weiteres Ausrollen dieses Kurskonzeptes vorgesehen, da dieses Curriculum in jedem Fall in dieser Form seinen Niederschlag mindestens im Sinne eines berufsbegleitenden Curriculums für die interdisziplinäre zentrale Notaufnahme in der neuen Musterweiterbildungsordnung finden wird.

Prof. Dr. Andreas Seekamp

Foto: Haumann-Frietsch

Bundesweite P. A. R. T. Y.-Woche im Juni 2015 wird vorbereitet.

P. A. R. T. Y. DER DGU

The P. A. R. T. Y. goes on and on

80 Programme durchgeführt, 10 neue Kliniken an Bord, bundesweite P. A. R. T. Y.-Woche! – das sind die Neuigkeiten des Unfallpräventionsprogramms P. A. R. T. Y. der DGU, das Schüler und Jugendliche befähigen will, in alltäglichen Risikosituationen im Straßenverkehr clevere Entscheidungen zu treffen.

Insgesamt 80 durchgeführte Programme beweisen, dass P. A. R. T. Y. in den Köpfen und Herzen der deutschen Unfallchirurgie angekommen ist. In diesem Artikel möchten wir Sie über die Meilensteine 2015 informieren und uns an dieser Stelle bei allen engagierten Kliniken und Kümmerern sehr herzlich bedanken.

Hauptamtliche Mitarbeiterin an Bord

Seit Januar ist Frau Dr. PH Ulla Krause als hauptamtliche Leiterin der Nationalen Koordinierungsstelle P. A. R. T. Y. bei der AUC – Akademie der Unfallchirurgie in München für den weiteren bundesweiten Aufbau verantwortlich. Dazu gehören neben der Koordination des Programms insbesondere die Unterstützung der teilnehmenden Kliniken bei Pressearbeit, Schulung von ein bis zwei Mitarbeitern, Fertigstellung individueller Präsentationsmittel und die Durchführung der Evaluation. Dadurch werden alle teilnehmenden Kliniken maximal entlastet und das P. A. R. T. Y.-Programm wird noch weiter professionalisiert.

Dr. PH Ulla Krause

Das Ziel dieser von der DGU umfassend unterstützten Initiative ist der rasche Ausbau des bundesweiten P. A. R. T. Y.-Kliniknetzes, um möglichst vielen Schülern und Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren die Teilnahme an einem P. A. R. T. Y.-Tag zu ermöglichen und ein Umdenken bei Risikobereitschaft und Verhalten in gefährlichen Verkehrssituationen zu erreichen. Die bisherigen Erfahrungen der P. A. R. T. Y.-Kliniken zeigen, dass es bei Schulen ein starkes Interesse am Besuch eines P. A. R. T. Y.-Tags gibt und dieser bei den Schülern nachhaltigen Eindruck hinterlässt. Die Resonanz des Programms in den Medien ist zudem sehr positiv – die teilnehmenden Kliniken erhalten regelmäßig Anfragen von regionaler und überregionaler Presse, Rundfunk und Fernsehen. Links zu solchen Beiträgen finden sich auf der speziell für Kliniken gestalteten PARTY-Website www.party-dgu.de.

Neue Kliniken dabei

Die Teilnehmer der ersten P.A.R.T.Y.-Instruktoren-Schulung in 2015 können somit sicher sein, dass ihr Engagement begeistert aufgenommen wird. Insgesamt zwölf Teilnehmer aus zehn Kliniken wurden Mitte Januar am P.A.R.T.Y.-Schulungsklinikum in Köln-Merheim geschult und werden das Programm in Kürze in ihren Kliniken umsetzen: Ev. KH Oldenburg, Uniklinikum Homburg/Saar, Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart, BGU Ludwigshafen, SLK Heilbronn, Johannes Wesling Klinikum Minden, Clemenshospital Münster, BWK Koblenz, Uniklinikum Ulm. Die nächste Schulung findet am 6. März 2015 im Klinikum Köln-Merheim statt.

Bundesweite P.A.R.T.Y.-Woche im Juni 2015

Wie jedes Jahr findet am 20. Juni 2015 der bundesweite Tag der Verkehrssicherheit mit vielen Aktivitäten großer und kleiner Organisationen statt. In diesem Jahr soll die bundesweite P.A.R.T.Y.-Woche für große mediale Aufmerksamkeit sorgen. Dazu bieten nahezu alle P.A.R.T.Y.-Kliniken in der Woche vor dem 20. Juni einen P.A.R.T.Y.-Tag an. Begleitet wird die P.A.R.T.Y.-Woche von einer zentralen Presseveranstaltung der DGU und möglichst vielen Presseterminen in den teilnehmenden Kliniken. Damit kann die Botschaft unseres gemeinsamen Präventionsprogramms immer weiter in die Öffentlichkeit getragen werden. Unterstützt wird die P.A.R.T.Y.-Woche, wie auch das gesamte Programm, durch den Deutschen Verkehrssicherheitsrat e.V. (DVR) und den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV).

Pünktlich zur P.A.R.T.Y.-Woche wird auch die neue P.A.R.T.Y.-Website für Jugendliche online gehen, zudem gibt es für alle Kliniken individuelle Flyer, Aufsteller, Informationsmappen und Websites im neuen Design. Mit dem Slogan: „P.A.R.T.Y. – Don't risk your fun!" wird das Ziel des Programms hervorgehoben und gleichzeitig gezeigt, dass es nicht um Aufklärung mit erhobenem Zeigefinger geht, sondern Spaß am Leben für Schüler und Jugendlichen sehr wichtig ist und – mit cleveren Entscheidungen in Risikosituationen – auch dauerhaft bleibt.

Externe Evaluation und Qualitätssicherung

Das P.A.R.T.Y.-Programm hat in allen Kliniken eine einheitliche Struktur, klinikindividuelle Anpassungen werden jedoch unterstützt. Dadurch wird eine gleichbleibend hohe Programmqualität erreicht. Ebenso ermöglicht dies eine maximale Unterstützung der Kliniken bei der Umsetzung des Programms, insbesondere die Bereitstellung eines umfangreichen Starter-Kits aus strukturierter Schulung von ein bis zwei Kümmerern, allen Schulungsunterlagen und Manualen sowie umfangreichen individuell gestalteten Werbe- und Präsentationsmitteln. Zuletzt kann berichtet werden, dass gegenwärtig die Auftragsvergabe der „Evaluation und Qualitätssicherung" an ein externes Institut in vollem Gange ist. Nach Abschluss des Verfahrens wird an dieser Stelle über den Beginn der Maßnahmen berichtet werden.

Dr. Uli Schmucker

KONTAKTIEREN SIE UNS
AUC – Akademie der Unfallchirurgie
Nationale Koordinierungsstelle P.A.R.T.Y
Dr. Ulla Krause
Tel.: 089 – 890 53 76 100
party@auc-online.de
www.party-dgu.de

UMSATZSTEUER AUF MENSCHLICHES GEWEBE

Der „Knochen-Erlass“, ein Schritt in die falsche Richtung

Was eine Verletzung europäischer ethischer und gesetzlicher Grundlagen für Auswirkungen auf Knochenbanken und die Anwender von allogenen Gewebetransplantaten hat – oder wie aus einer deutschen Mücke ein europäischer Elefant wird.

Hätten Sie sich vorstellen können, dass der deutsche Fiskus einmal altruistisch gespendete humane Gewebe für die therapeutische Behandlung von Patienten besteuern würde? Nein? Doch, er hat es getan! Am 16.12.2014 informierte das Bundesfinanzministerium (BMF) alle Länder-Finanzministerien über den am 10.12.2014 verabschiedeten Umsatzsteuer-Anwendungserlass (UStAE: IV D3-S7015/14/10001)[1)], dass mit Wirkung vom 01.01.2015 alle „allogenen Knochen“ unter die Umsatzsteuerpflicht fallen. Damit wurde Realität, dass der deutsche Fiskus unter Verletzung aller ethischen Regeln Gewebe, die einer altruistischen Gewebespende entspringen, ab sofort zur staatlichen Einkommenserzielung heranzieht und besteuert. In diesem Beitrag wird erläutert, wie es zu dieser Entwicklung kam, warum die Besteuerung falsch ist, welche Auswirkungen dieser Erlass auf die Gewebespende, Krankenhäuser, klinikeigene Knochenbanken und überregionale Gewebebanken haben wird, dass aber auch gute Chancen bestehen, erfolgreich gegen den Erlass vorzugehen.

Wie ist es zu diesem Erlass gekommen?

Alles begann in Hessen. Ein kleines Unternehmen in Hessen fühlte sich benachteiligt und forderte 2013 die Berliner Finanzbehörden auf, doch bitte dafür zu sorgen, dass eine Gewebebank in Berlin zukünftig Umsatzsteuer erhebe. Dem Finanzamt für Körperschaften in Berlin wurde „nahe gelegt“, durch die Besteuerung von humanen Knochen einen Wettbewerbsnachteil abzuschaffen – der deutsche Mückenstich. Der Virus der Besteuerung fiel auf fruchtbaren Boden, wurde vom Berliner Finanzamt in die Bund-Länder-Mehrwertsteuerarbeitsgruppe getragen und landete als Antrag des EU-Referats des BMF beim Beratenden Mehrwertsteuerausschuss der EU-Kommission. Die Arbeitsunterlage 771[2)] dieses Ausschusses vom 30.05.2013 gibt die Diskussion wieder, ob das menschliche Skelett zu den Organen zu zählen und deshalb von den Befreiungsvorschriften der Umsatzsteuergesetzgebung gedeckt sei. Ferner wurde niedergeschrieben, dass man auf Basis von Wikipedia-Definitionen zu dem Schluss komme, dass das Skelett kein Organ sei und zu transplantierende Knochen deshalb nicht (mehr) von der Mehrwertsteuer befreit sein dürften.

In einer darauffolgenden Sitzung dieses Mehrwertsteuerausschusses ist das Thema erneut aufgenommen worden, dokumentiert in der Arbeitsunterlage 777 vom 16.10.2013[3)]. Demnach sind verschiedene Delegationen der Mitgliedsstaaten unterschiedlicher Meinung darüber, ob das menschliche Skelett und somit Knochentransplantate weiterhin unter die weite Auslegung des Organbegriffes fallen können. Dem Antrag der deutschen Delegation wurde insoweit nicht zugestimmt. Es wird auch dargestellt, dass einige Delegationsmitglieder medizinische Experten befragt hätten, die bestätigen, dass das Skelett zu den Organen zu zählen sei. Der Vorsitzende schließt damit ab, über die Frage weiter beraten zu wollen.

Trotz der divergierenden Entscheidungslage im Beratenden Mehrwertsteuerausschuss versenden daraufhin erste Län-

der-Finanzministerien im August 2014 Umsatzsteuerkurzinformationen (unter anderem Schleswig-Holstein mit Erwähnung Hessens), in denen sie alle Finanzämter anweisen, ab sofort humane Knochen nicht mehr unter den Organbegriff und damit die bisherige Umsatzsteuerbefreiung fallen zu lassen (enge Auslegung der Befreiungsvorschrift). In Berlin geht ein Finanzamt vorher bereits so weit, eine Umsatzsteuersonderprüfung mit dieser Zielstellung durchzuführen.

Am 16.12.2014 schließlich wird der oben erwähnte Umsatzsteuer-Anwendungserlass veröffentlicht, der die bis dahin gültige Befreiungsvorschrift § 4 Nr. 17 a UStG für alle Substanzen humanen Ursprungs, d. h. Organe, alle Gewebe und Zellen, wie folgt ändert (Abschnitt 4.17.1 (2) UStAE):

„ … Dies gilt ebenso für die Lieferung allogener menschlicher Knochen, welche als Teil des Skeletts nicht unter den Begriff „Organe“ fallen.“

Können einzelne EU-Mitgliedsstaaten Umsatzsteuerregelungen individuell festlegen?

Nein! Bereits mit der Gründung der Europäischen Gemeinschaft, in den Anfängen EWG – Europäische Wirtschaftsgemeinschaft – genannt, wurde eine Umsatzsteuer-Systemrichtlinie verabschiedet, die sicherstellen soll, dass alle umsatzsteuerrechtlichen Regeln in allen nationalen EU-Mitgliedsstaaten gleich angewendet werden. Diese Systemrichtlinie hat Gesetzescharakter und muss in allen EU-Mitgliedsstaaten umgesetzt werden. Eine wesentliche nationale Abweichung von dem gemeinsamen Regelwerk hat immer ein Vertragsverletzungsverfahren der EU-Kommission zur Folge mit dem Ziel, die nationale Abweichung in Sinne der EU-Gesetzgebung zu korrigieren.

Die Systemrichtlinie regelt auch einheitlich Steuerbefreiungen, zum Beispiel, dass alle „Organe, Blut-/Blutprodukte und Muttermilch“ von der Umsatzsteuer befreit sind. Was ist aber mit den Geweben für therapeutische Zwecke? Bis zum Dezember 2014 waren innerhalb der ganzen EU alle Gewebe humanen Ursprungs ebenfalls umsatzsteuerbefreit, da sie unter eine weite Auslegung des Begriffes Organ fielen. In Deutschland war die weite Auslegung durch ein BMF-Schreiben vom November 2003[4] für **alle** Substanzen humanen Ursprungs gültige Rechtsauffassung.

Warum ist die weite Auslegung des Begriffes Organ innerhalb der EU richtig?

Die weite Auslegung des Begriffes Organ, d. h. die Einbeziehung von Organteilen und Geweben in die Umsatzsteuerbefreiung in der EU-Systemrichtlinie begründet sich einerseits mit der wörtlichen Nennung der humanen Zellen und Gewebe zusammen mit Organen in Umsatzsteuergesetzen von sieben EU-Mitgliedsstaaten. In allen anderen EU-Mitgliedsstaaten mit kurzem Wortlaut im nationalen Umsatzsteuergesetz, das heißt ohne explizite Nennung der Zellen und Gewebe, ist immer die Umsatzsteuerbefreiung praktiziert worden. Mit der Abkehr der deutschen Finanzbehörden von der durch das BMF-Schreiben vom November 2003 bestätigten Rechtmäßigkeit der Steuerbefreiung und Veröffentlichung des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses (UStAE) im Dezember 2014 schert Deutschland aus einer etwa 40-jährigen einheitlichen Rechtspraxis in der EU aus und isoliert sich in einer elementaren ethischen Frage.

Warum ist die von den Finanzbehörden gewählte Definition des Begriffes „Organ“ als Abgrenzung zu den Geweben falsch?

Mit vielen erlassenen Gesetzen verfolgt der Gesetzgeber praktisch immer einen gewollten, also politisch beabsichtigten Sinn und Zweck. Fragen, warum etwas zum Gegenstand eines Gesetzes geworden ist, kann man oft ergründen, wenn man sich diesen Sinn und Zweck erschließt. In unserem konkreten Fall wäre eine solche Frage: Warum sind seit fast 40 Jahren Organe und ihnen gleichgestellt Zellen und Gewebe umsatzsteuerbefreit? Welchen politischen Sinn und Zweck hatte der Gesetzgeber in der EU vor Augen, als er in der Umsatzsteuer-Systemrichtlinie diese Umsatzsteuerbefreiung für die Substanzen humanen Ursprungs festgeschrieben hat, schließlich verzichtet kein Staat grundlos auf Steuern.

Wenn man sich dieser Mühe unterzieht, dann wird man schnell fündig. In unserem Fall findet man den ethischen und politischen Sinn und Zweck in den beiden wichtigsten Grundlagendokumenten der EU, in dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, sozusagen der „europäischen Verfassung“, und in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union.

In Artikel 152 des zu diesem Zeitpunkt gültigen EU-Vertrages[5], der später im Rahmen des Artikels 168 des Lissaboner Vertrages vom 01.12.2009 fortgeführt wurde, hat die EU gefordert, Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Anwendung von Blut, Organen und anderen Substanzen humaner Herkunft (substances of human origin) zu etablieren.

Bereits 1998 bestätigte die European Group on Ethics in Sciences and New Technologies (EGE) die Notwendigkeit, Bedingungen festzulegen, unter denen humane Zellen und Gewebe innerhalb der EU zirkulieren können, wie die Spende der Zellen und Gewebe in einem freiwilligen Akt anonym und altruistisch angesichts des steigenden Bedarfs für die medizinische Anwendung geregelt werden kann. Dies war die Geburtsstunde der Europäischen Gewebedirektive.

Der Begriff „substances of human origin“ ist ein EU-Basisbegriff, der in allen thematisch relevanten Regulierungen und Projekten genutzt wird. **Allen diesen Substanzen ist eigen, dass sie ausschließlich durch die altruistische Gewebespende bereitgestellt werden.** In der Zusammenfassung zu den Qualitätsstandards für humane Gewebe und Zellen der EU ist der folgende weit gefasste Rahmen angegeben: “Tissues are groups of cells, which may be transplanted or implanted as viable cells, or otherwise preserved, fixed or altered. Originating from a live or dead donor *, they include: **bone** and musculo-skeletal elements (e.g. cartilage, tendons), cardiovascular tissues (e.g. arteries, veins, and heart valves), ocular tissue (e.g. cornea), nerve and brain cells, skin, foetal tissue, reproductive cells (e.g. semen, sperm, and ova)”[5].

Damit ist umschrieben, dass alle Substanzen einschließlich der Knochen gemeint sind, sowie auch originäre Eigenschaften (vital oder nicht vital) oder Bearbeitungsprozesse (z. B. eine Konservierung oder andersgeartete Veränderung) keinen Einfluss auf diese Betrachtung haben.

Warum ist die Abkehr der Finanzbehörden von der weiten Auslegung eine Verletzung der Charta der Grundrechte in der EU und des deutschen Grundgesetzes?

Bereits im Gründungsvertrag der EU wird in Artikel 6 (1) auf die Geltung der Charta der Grundrechte der Europäischen Union vom 7. bzw. 12.12.2000, in der aktuellen Fassung von 2012, verwiesen. Am 4. April 1997 wurde in Oviedo die "Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine" in die Charta der Grundrechte in der EU eingegliedert. Damit wurde die ethische Position der EU zu allen Fragen des Schutzes der Menschenrechte auf dem Gebiet der Biomedizin spezieller Bestandteil dieser Grundrechte.

Zur detaillierten Erläuterung und Auslegung der Position der EU zu allen Fragen der Transplantation von Organen und Geweben wurde 2001 erstmals das „Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning the Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin"[6] durch das Committee of Ministers bestätigt, das 2012 überprüft und erneut bestätigt wurde.

In der Präambel der Konvention ist bereits verankert, dass die Transplantation von Organen und Geweben auf Grund ihrer lebensrettenden und die Lebensqualität von Patienten verbessernden Eigenschaften besonders zu fördern sind. In Artikel 2 sind in Absatz 19 die verschiedenen Formen der altruistischen Gewebespende in Form der Lebendspende wie auch der Spende von Geweben und Organen Verstorbener verankert. In Absatz 20 wird die Spende von Zellen durch das Protokoll mit völliger Gleichstellung zu den Geweben festgeschrieben.

In den Definitionen im Artikel 2 wird in den Absätzen 27 bis 29 die zeitliche Entwicklung der wissenschaftlichen Definitionen „Organ" und „Gewebe" erläutert. Die aktuelle Auffassung im Protokoll zur Konvention wird in Absatz 29 erklärt: die völlige Gleichstellung von humanen Organen und Geweben bezüglich der Transplantation von Organen und Geweben. Da der EU-Vertrag und die Charta der Grundrechte, wie oben erläutert, den ethisch und politisch gewollten Sinn und Zweck widerspiegeln, ist es ausgeschlossen, über eine Wikipedia-Definition eine andere, gegensätzliche Position aufzumachen. Auf dieser Gleichstellung der Organe und Gewebe im Zusatzprotokoll zur Konvention über Menschenrechte basiert die eingangs erläuterte weite Auslegung des Begriffes Organ in der Umsatzsteuer-Systemrichtlinie und damit in nationalen Umsatzsteuergesetzen, in denen Zellen und Gewebe nicht expressis verbis erwähnt sind.

Kapitel IV mit Artikel 21 des Protokolls zur Konvention (Verbot eines finanziellen Ertrags) legt fest, dass jedweder finanzielle Ertrag aus dem menschlichen Körper oder Teilen davon strikt verboten ist. Die staatliche Gewalt hat genau diese in der EU geltende ethische und politische Position umzusetzen. Das Erheben einer Steuer auf Teile des menschlichen Körpers, etwa altruistisch gespendete Knochen oder auch jede andere Substanz humanen Ursprungs, die für die therapeutische Anwendung vorgesehen ist, ist ein klarer Verstoß gegen dieses Verbot durch die Konvention.

Mit der Erhebung der Umsatzsteuer auf altruistisch gespendete Gewebe für die Heilbehandlung wird aus unserer Sicht auch das deutsche Grundgesetz verletzt. Artikel 1 Abs. 1 erklärt „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt". In dem Buch von Anne Fröhlich „Die Kommerzialisierung von menschlichem Gewebe: Eine Untersuchung des Gewebegesetzes und der verfassungs- und europarechtlichen Rahmenbedingungen", erschienen 2012 in der Reihe Recht der Lebenswissenschaften Life Sciences and Law, wird auf S. 139 ausgeführt: „Der Mensch bzw. seine sterblichen Überreste dürften nicht zum Gegenstand finanzieller Interessen gemacht werden; ansonsten wäre Art. 1 Abs. 1 GG verletzt… Dadurch würde die Subjektqualität des Menschen infrage gestellt und er würde zum Objekt erniedrigt."…

Angesichts der klaren Sachlage auf europäischer Ebene fällt es schwer sich vorzustellen, dass die deutsche Mücke es schafft, daraus einen europäischen Elefanten zu machen, heißt: Gegen die sieben EU-Länder mit der Nennung der Zellen und Gewebe in ihren nationalen Umsatzsteuergesetzen müssten Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet werden ebenso wie gegen alle Staaten, die fortfahren, die weite Auslegung zu praktizieren.

Für Deutschland liegt die Frage auf der Hand, wie es mit der Einordnung von Geweben weitergeht. So obskur diese Entwicklung zum „Knochen-Erlass" verlaufen ist, so wenig ist zu erwarten, dass der neue unwissenschaftliche Bewertungsmaßstab „Organ oder nicht" nicht auch an andere Gewebe angelegt wird, die eine hohe Bedeutung in vielen chirurgischen Fachdisziplinen haben. Gefäße, Cornea, Sehnen, Haut und Herzklappen könnten alsbald folgen.

Welche Auswirkungen hat der Erlass der deutschen Finanzbehörden?

Neben der eklatanten Verletzung der wichtigsten rechtlichen und ethischen Grundsätze der EU zieht der Erlass viele praktische Probleme nach sich. Besonders dramatisch wäre es, wenn sich die staatliche Besteuerung und die diesbezügliche öffentliche Diskussion negativ auf die altruistische Organ- und Gewebespende auswirkt. Da der Erlass Gesetzescharakter hat, muss seit dem 01.01.2015 zunächst zwingend auf alle Knochentransplantate, die an Dritte abgegeben werden, Mehrwertsteuer erhoben und an den Fiskus abgeführt werden. Das hat zur Folge, dass die softwarebasierten Warenwirtschaftsprogramme / ERP-Systeme an diese Situation umgehend angepasst werden müssen, die Formanforderungen an Rechnungen sich verändern, die Buchhaltung die Kontierungen neu gestalten / erweitern muss, Umsatzsteuervoranmeldungen zu erstellen sind, Fragen der Vorsteuerabzugsberechtigung stehen im Raum, die Anforderungen an Steuererklärungen / die Bilanzerstellung sind zu erfüllen und vieles mehr.

Viele dieser Konsequenzen sind vor allem für die klinikeigenen Knochenbanken eine erhebliche administrative Zusatzbelastung und können im Einzelfall das Aus bedeuten.

Für die Krankenhäuser wird sich die Einführung der Umsatzsteuer, je nach Vorsteuerabzugsmöglichkeit, kostensteigernd auswirken.

Was können Ärzte und Fachverbände gegen den Erlass unternehmen?

Sich damit abfinden, ihn hinnehmen, ist in Anbetracht der ethischen Grenzüberschreitung und den gesundheitsökonomischen Folgen dieses ersten Schrittes, sowie den für weitere Gewebe zu erwartenden Anpassungen, keine Option. Erstens sollten Ärzte und Fachverbände dazu öffentlich Stellung nehmen, wie sie es ethisch, medizinisch und gesundheitsökonomisch bewerten, dass Deutschland altruistisch gespendete Gewebe in seine Einkommenserzielung einbezieht und die oben dargestellten Konsequenzen in Kauf nimmt. Diese Stimmen können bewirken, dass das BMF die große Tragweite seines Handelns erkennt und Korrekturen vornimmt. Da der Erlass ein Rechtsakt ist, kann zweitens eine Korrektur der Situation durch eine Klage erreicht werden, wobei zwei separate Rechtsgutachten renommierter Fachkanzleien die Erfolgschancen unabhängig voneinander sehr positiv bewerten. Der Klageweg kann lang sein: Finanzgericht des Bundeslandes, Bundesfinanzhof und gegebenenfalls der Europäische Gerichtshof. Das DIZG wird diesen Rechtsweg in jedem Fall beschreiten.

WER IST DAS DIZG?

Das Deutsche Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG) ist ein überregionaler gemeinnütziger Hersteller von muskuloskelettalen Gewebetransplantaten und Hautzellkulturen für Schwerbrandverletzte. Forschungs-, Informations- und Versorgungsauftrag ist es, aus dem Geschenk der Spender möglichst vielen Menschen mit schwersten Gewebedefekten eine verbesserte Perspektive auf Heilung zu bieten. Deshalb fördert das 1993 in Berlin gegründete DIZG die Gewebespende, forscht gemeinsam mit wissenschaftlichen Einrichtungen und entwickelt die Transplantate ständig weiter. 2014 wurden ca. 35.000 Patienten im Rahmen chirurgischer Eingriffe mit Transplantaten versorgt. Die Transplantate kommen in fast allen chirurgischen Fachdisziplinen zum Einsatz, insbesondere im Bereich der orthopädischen, traumatologischen und onkologischen Chirurgie. Rund 250 verschiedene Transplantatformen werden aus Knochen, Sehnen, Bändern, Knorpel, Faszien, Haut und Amnion gewonnen. Sie entstammen einem großzügigen Akt der Nächstenliebe von etwa 1300 lebenden und verstorbenen Menschen sowie deren Familien.

Quellennachweis:

1 Umsatzsteueranwendungserlass IV D3-S7015/14/10001 vom 10.12.2014 des BMF
2 EU-Kommission: Mehrwertsteuerausschuss (Artikel 398 der Richtlinie 2006/112/EG) Arbeits-
3 Unterlage 771 vom 30.05.2013
4 EU-Kommission: Mehrwertsteuerausschuss (Artikel 398 der Richtlinie 2006/112/EG) Arbeits-
5 Unterlage 777 vom 16.10.2013
6 Schreiben des BMF an die OFD Koblenz vom 19.11.2003
7 http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11573_en.htm
8 http://conventions.coe.int/treaty/en/Reports/Html/186.htm

Hans-Joachim Mönig, Jürgen Ehlers, Geschäftsführer Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG), Gemeinnützige Gesellschaft mbH

KOMMENTAR DES AGA-GEWEBEKOMITEES

Zur Stellungnahme des Deutschen Instituts für Zell- und Gewebeersatz gGmbH

Das Umsatzsteuerrecht in Deutschland basiert auf europäischer Gesetzgebung, d. h. die Nationalstaaten müssen die Umsatzsteuer entsprechend der europäischen Systemregelung umsetzen. Danach sind Organe, Blut / Blutprodukte und Muttermilch auf EU-Ebene seit Jahrzehnten nach Art. 132 Abs. 1 d) MwStSystRL umsatzsteuerbefreit und alle Gewebe menschlicher Herkunft im Rahmen einer weiten Auslegung des Organbegriffs ebenfalls umsatzsteuerbefreit. Das wurde durch die deutschen Finanzbehörden in entsprechend weiter Auslegung des § 4 Nr. 17a) UStG bisher praktiziert.

Die o. g. Umsatzsteuerbefreiung der allogenen Transplantate nach § 4 Nr. 17a) UStG wurde nunmehr, wie dem Schreiben des DIZG zu entnehmen ist, im MwSt.-Ausschuss der Bund / Länder-Gruppe ausschließlich für Knochengewebe außer Kraft gesetzt und die Erhebung der Mehrwertsteuer gefordert. Neben der fachlich kaum nachvollziehbaren „Beschränkung" auf Knochengewebe entstehen weitere kritisch zu betrachtende Aspekte.

Alle Einrichtungen, die Knochentransplantate als Arzneimittel (Zulassung nach § 21 AMG) oder als Gewebezubereitung (Genehmigung nach § 21a AMG) an andere transplantierende Einrichtungen abgeben, müssen nunmehr auf der Kostenrechnung 19 Prozent MwSt. aufschlagen. Die transplantierenden Einrichtungen werden diese 19 Prozent in Deutschland durch das DRG-Fallpauschalensystem nicht erstattet bekommen und damit auch nicht an die Kostenträger weitergeben können.

Umsatzsteuerrechtlich wird es voraussichtlich keine sachliche Unterscheidungsmöglichkeit zwischen den verschiedenen Gewebearten geben; d. h. wenn die Umsatzsteuerpflicht für ein spezielles allogenes Gewebe (hier den Knochen) gilt, dann müssten auch alle anderen allogenen Gewebetransplantate so betrachtet werden. Insofern ist zu erwarten, dass die altruistische Gewebeentnahme sowie alle Transplantate humanen Ursprungs wie Herzklappen und -gefäße, Augenhornhäute, Amnien, Dermis, allogene Zellen sowie sämtliche muskuloskelettalen Gewebe (Knochen, Sehnen, Bänder, Knorpel) in Kürze ebenfalls betroffen sein werden.

Schaden für die Spendenbereitschaft

Schließlich werden sich bei weitergehender Umsetzung der Mehrwertsteuerpflicht auf Gewebe und Gewebezubereitungen ethisch-moralische Folgewirkungen im Bereich der Gewebe- und Organspende ergeben, da das Verhalten des deutschen Fiskus, Einnahmen aus der altruistischen Gewebespende zu generieren, der Spendenbereitschaft in der Bevölkerung weiteren nachhaltigen Schaden zufügen wird.

Insofern stellt das Gewebekomitee der AGA in Anlehnung und mit Unterstützung des DIZG-Statements zusammenfassend fest:

1. Wir lehnen die Besteuerung von Geweben und / oder Gewebezubereitungen deren Grundlage eine altruistische Organ- bzw. Gewebespende ist in jedweder Form ab und empfehlen, dass bisherige Verfahren der Mehrwertsteuerbefreiung beizubehalten.

2. Die Besteuerung von Geweben und / oder Gewebezubereitungen wird erhebliche Auswirkungen auf die ohnehin schon geringe Spendenbereitschaft für Organe und Gewebe in Deutschland haben und sollte daher auch aus diesem Grund unterbleiben.

für das AGA-Gewebekomitee
PD Dr. Sven Scheffler
Prof. Dr. Axel Pruß

DWG-SYMPOSIUM

Medizin im Kontext der Rechtsprechung

Die Behandlung von Patienten muss neben dem medizinischen auch in einem sozialen und juristischen Kontext gesehen werden. Speziell in letzter Zeit haben sich z. B. durch das Patientenrechtegesetz relevante Veränderungen ergeben. Die operative Behandlung von Patienten bedeutet aus rechtlicher Sicht eine Körperverletzung. Nur durch Aufklärung des Patienten und seine Zustimmung ist ein chirurgischer Eingriff erlaubt.

Foto: M.Schuppich_Fotolia.com

Treten vor, während oder nach dem Eingriff Fehler oder Komplikationen auf, können Patienten eine Überprüfung verlangen und Ansprüche geltend machen. Bestehen diese zu Recht, bedeuten sie meistens eine materielle Entschädigung.

Zahl der Prüfungen nimmt zu

Nach den Statistiken der Gutachterkommissionen der Bundesärztekammer (BÄK) nimmt die Anzahl der Anträge zur Prüfung ärztlicher Behandlungsfehler z. B. durch Schlichtungsstellen, Mediation, MDK, etc. zu. Die gerichtlichen Verfahren und die nachgewiesenen Behandlungsfehler aber sind eher rückläufig. Das Symposium „Medizin im Kontext der Rechtsprechung“ der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main (Ärztlicher Direktor Prof. R. Hoffmann) ging diesen Sachverhalt nach.

Die Veranstaltung untertitelt als „1. Ärzte- und Juristentag“ wurde von der Kommission Berufspolitik, Berufsrecht und Öffentlichkeitsarbeit der DWG organisiert. Sie brachte Ärzte und Juristen zusammen, um über aktuelle Themen wie Komplikationsmanagement, Arzthaftungsrecht und Patientenrechtegesetz mit speziellem Fokus auf der Wirbelsäulentherapie zu informieren. Weitere thematische Schwerpunkte bildeten die Tätigkeiten der ärztlichen Schlichtungsstellen und die Mediation in ärztlichen Haftungsfällen. In der Diskussion mit den Juristen konnten die Teilnehmer erfahren, was für den Arzt als Behandler, aber auch als Gutachter wissenswert ist. Besonders eindeutig war die Feststellung, dass das „Mutterfach“ eines „Wirbelsäulenchirurgen“, d. h. die Unfallchirurgie, Orthopädie oder Neurochirurgie keine rechtlichen Grenzen in der operativen Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen impliziert.

Ärzte und Juristen

„Wir nutzen die Tagung, um uns interdisziplinär mit der Thematik Medizin in der Rechtsprechung zu befassen. Dabei gibt die Veranstaltung auch einen Einblick in die Fragestellung, warum die Zahl der Prüfungen auf Behandlungsfehler zunimmt und wie ein adäquates Komplikationsmanagement auszusehen hat“, erläutert Prof. Frank Kandziora vom Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an der BGU. „Der rege Zuspruch von überwiegend in leitenden Positionen tätigen Ärztinnen und Ärzten und die intensiven Diskussionen haben gezeigt, wie wichtig derartige Veranstaltungen sind,“ sagte Prof. Michael Winking vom Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie am Klinikum Osnabrück, der Initiator der Veranstaltung ist und gemeinsam mit Prof. Kandziora die wissenschaftliche Leitung des Symposiums übernommen hatte.

Speziell der interdisziplinäre Austausch nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch zwischen den Ärzten und Juristen wurde von allen Teilnehmern als besonders wertvoll erachtet. Der 2. Ärzte- und Juristentag der DWG ist für Januar 2016 geplant.

Prof. Dr. med. Frank Kandziora – Sektion Wirbelsäule der DGOU

Michael Winking, Berufspolitische Kommission der DWG

Kriegsandenken – ausrangierte sowjetische Panzer nördlich von Kabul

Kabul wächst und wächst – Blick nach Südwesten

Fotos: Eisfeldt

Während einer dorso-ventralen Spondylodese

Das Projektil steckt im 5. LWK …

Schuhe für afghanische Schulmädchen

Rast auf dem Weg nach Jalalabad an der pakistanischen Grenze

REISEBERICHT EINES EHRENAMTLICHEN

Afghanistan im November 2014

Dr. Cornel Eisfeldt ist Wirbelsäulenchirurg. Er engagiert sich seit vielen Jahren ehrenamtlich für eine ärztliche Hilfsorganisation in Afghanistan. Er absolviert derzeit eine berufliche Weiterbildung zum Kinderorthopäden an der Orthopädischen Kinderklinik Aschau im Chiemgau. Hier berichtet er über seinen letzten Aufenthalt in Afghanistan im November 2014.

Einleitung der Narkose im Kabuler Militärkrankenhaus

Afghanische Hochzeit – als Ehrengäste dürfen wir sogar in den Frauensaal

Vor der berühmten Freitag-Moschee in Herat

Für mich war es nun das 10. Jahr des Direkteinsatzes in Afghanistan seit Gründung unserer NGO (Afghanisch-Deutscher-Ärzte-Verein Weimar e.V.) im Jahre 2004, diesmal reisten wir (die Stammmannschaft sind Dr. A. Mosafer, Oberarzt der Wirbelsäulenchirurgie der Klinik Bad Berka und ich) zusammen mit einem Kollegen aus dem St. Petrus-Krankenhaus Bonn, der sich gut auf dem Gebiet der Sportmedizin und bei Arthroskopien auskennt. Direktflüge aus dem Westen nach Afghanistan gibt es seit drei Jahren nicht mehr. Diesmal ging der Flug via Istanbul über den schneebedeckten Hindukusch nach Kabul, das sich zu unserer Überraschung durch einen frühen Wintereinbruch ebenfalls in Schnee präsentierte. Allerdings verdunstete dieser in den nachfolgenden Tagen bei strahlendem Sonnenschein rasch. Ich liebe schon deswegen die Novembereinsätze in Afghanistan. Erfahrungsgemäß scheint in dieser Zeit tagsüber konstant die Sonne bei milden Temperaturen, also ähnlich einem Goldenen Oktober in Deutschland. Nur nachts wird es bitterkalt (Kabul liegt auf einer Höhe von 1800 m über dem Meeresspiegel – deswegen gab es dort nie Malaria). Eine weitere nette Überraschung am Flughafen: normalerweise bekommen alle Zöllner und andere Personen, die uns ihre Dienste aufdrängen wollen, leuchtende Augen, wenn sie unsere zahlreichen Kisten und Koffer mit den Hilfsgütern erblicken. Jedes Jahr werden neue Hürden erfunden, z. B. dass man angeblich keine Genehmigung zur Einfuhr hat. Mit anderen Worten, das Problem der Einfuhr muss „afghanisch" gelöst werden. Dieses Jahr hat jedoch der neue afghanische Präsident Ghani Ahmadsai ausdrücklich der Korruption den Kampf angesagt und viele hohe Beamte (die beim Handaufhalten erwischt wurden) medienwirksam gefeuert, so dass zumindest die Staatsbediensteten nur sehr scheu den ihnen angeblich zustehenden Bakschisch einfordern.

Der Schein trügt

Wie jedes Jahr waren wir Gast bei einem reichen afghanischen Clan und konnten in einer schönen alten Kabuler Stadtvilla wohnen. Ich war schon fast süchtig nach dem morgendlich frischen Fladenbrot, welches 50 m weiter in einer traditionellen Bäckerei mit offenem Feuer gebacken wurde, mit zahlreichen Marmeladen und Honig, und natürlich auf den Tee, den man hier zu jeder Gelegenheit Tag und Nacht trinkt. Nebenbei: der nur schwer zu bekommende Kaffee schmeckt scheußlich. Mit ihren PKW's Toyota (wahrscheinlich werden alle Toyotas der Welt in Afghanistan entsorgt) konnten wir dann auch, natürlich in afghanischer Tracht, nach Norden nach Mesar-e-Sharif und nach Osten nach Jalalabad bis an die pakistanische Grenze reisen. Erstaunlicherweise wissen sie meistens, welchen Ort an welchem Tag man meiden sollte. Das hat aber eines morgens früh nicht geklappt, da standen wir zufällig 700 m von einem voll mit Sprengstoff beladenen LKW entfernt, mit denen zwei Selbstmordattentäter das Tor zu einem Militärlager aufsprengten. Mir fiepten noch bis abends die Ohren. Trotz der allgegenwärtigen Anschläge, die sich in der Regel immer gegen Militär, Polizei oder Politiker richten, geht in Kabul scheinbar unbeeindruckt das Tagesgeschehen weiter, d. h. chaotischer Verkehr, aber mittlerweile ein Bauboom, der seinesgleichen in der Welt sucht. 2005 bei meinem ersten Aufenthalt bestand die Stadt vorwiegend aus Ruinen, der Flugplatz war abseits der Rollbahnen mit abgeschossenen Hubschraubern und Granattrichtern übersäht. Jetzt muss man Andenken an den Krieg schon suchen. Im Zentrum stehen zahlreiche moderne Hochhäuser, und immerhin entstanden zahlreiche Baumalleen und einzelne Parks mit Folge der Besserung der Luft. Übrigens, bis 1979 galt Kabul, damals noch für den Orient unheimlich liberal mit knapp 600.000 Einwohnern, umgeben von drei Seen, als Luftkurort, jetzt drängeln sich hier 3,3 Millionen Leute (im Großraum Kabul sind es 4,9 Mio.), die Seen wurden ausgetrocknet und das dadurch entstehende Land bebaut. Ebenso die umgebenden Berge, weil Kabul, abgesehen von Herat, der großen unzerstörten Stadt im Westen, eine Art von Sicherheit und kultureller Infrastruktur bietet. Ganz im Gegenteil hierzu präsentiert sich

Kundus nach Abzug der deutschen Truppen, möglicherweise wird es Mesar-e-Sharif ebenso ergehen.

Ärztlicher Einsatz

Nun zum eigentlichen Einsatz. Traditionell arbeiten wir in zwei Kliniken, nämlich einmal im Militärkrankenhaus und dann in der Orthopädischen Universitätsklink Kabul (d. h. in der Klinik für Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie). Voriges Jahr kam dann noch das Afghan-German-International-Hospital hinzu. Auf diesen bombastischen Namen konnten die Besitzer es taufen, weil tatsächlich ein deutscher Orthopäde neun Monate lang dort arbeitete – und der Hinweis auf deutsche Ärzte zieht immer. Für uns kam es deshalb in Frage, da wir dort rund um die Uhr einen hygienisch tolerablen OP-Saal mit sogar intaktem Röntgenbildwandler zur Verfügung gestellt bekamen und ein pfiffiger OP-Oberpfleger uns unterstützte.

Wie sieht unser Tagesablauf aus? Früh gegen 08.00 Uhr Beginn mit der Visite in der jeweiligen Klinik, die afghanischen Kollegen stoßen ca. eine Stunde später hinzu. Überhaupt muss man bezüglich des Beginns einer Maßnahme in Afghanistan immer ein bis 1,5 Stunden hinzurechnen, bis das vereinbarte Ereignis, ob nun der Beginn einer Operation, der Besuch in irgendeinem Ministerium oder am Freitag ein Ausflug in den Hindukusch losgeht. Nach der Visite dann immer „schön mit orientalischer Ruhe und Gelassenheit“ zwei bis drei, manchmal sogar vier Operationen, dieses Jahr standen relativ viele Arthroskopien, Sekundäroperationen nach Schuss- und Minenverletzungen bzw. nach Unfällen und Wirbelsäulenoperationen wie Nukleotomien bei Bandscheibenvorfällen bzw. Versteifungsoperationen an. Eigentlich alles geplante Fälle, aber es kam wie jedes Jahr. Je länger wir da waren, desto stärker häuften sich Anfragen zur Versorgung akut Verletzter. Darunter ein 14-jähriges Mädchen, das zusammen mit seiner Schwester in Kandahar im Süden zufällig in einen Schusswechsel geriet. Ihre Schwester überlebte es nicht, sie erlitt einen seitlichen Steckschuß in den 5. LWK, z. T. in den Spinalkanal, mit der Folge einer akuten inkompletten Querschnittlähmung (siehe Foto vorn). Einen Tag später konnten wir das Projektil und alle Trümmer (Metall und Knochensplitter) aus dem Rückenmarkkanal entfernen, es verblieb eine Teillähmung des rechten Beins, die Wunden verheilten problemlos. Mittlerweile kann sie wieder ohne Hilfsmittel, wenn auch stark humpelnd gehen.

Afghanische Ärzte

Und unsere netten afghanischen Kollegen? Die waren spätestens (bis auf den Anästhesisten) 14.00 Uhr in ihren Privatpraxen verschwunden, nicht ohne vorher „ihre gerechte Aufwandsentschädigung in Dollar“ von den Patienten „einzusammeln“. Immerhin hatten sie ja die Patienten mit uns, den „famous German Doctors“, zusammengeführt. Überhaupt weiß der stolze durchschnittliche männliche Arzt „alles und kann alles“, auch die schwierigste Wirbelsäulenoperation und „kann somit von uns überhaupt nichts mehr lernen“. Ganz anders die Ärztinnen, diese sind wissbegierig, demütig und fleißig. In den Jahren 2008, 2009 und 2010 hatten wir in der Gynäkologischen Uniklinik Kurse zur Sonographie der Babyhüften durchgeführt. Dies war ein echter Erfolg. Ganz anders dagegen die Männer: vor vier Jahren organisierten wir einen Kurs „Sonographie der Bewegungsorgane“ und dieses Jahr einen Arthroskopiekurs – immer das gleiche, beim ersten Mal kamen 30 Ärzte, beim zweiten Mal standen wir alleine da.

Probleme mit der Hygiene

Per Gesetz ist medizinische Behandlung in Afghanistan kostenlos, aber das steht nur auf dem Papier. Egal, wo Du hingehst, ob nun ins Krankenhaus, in eine Arztpraxis oder Medikamente kaufen willst, überall musst Du „schmieren“, das betrifft auch die pflegerische Betreuung. Da verwundert der schlechte Ruf des afghanischen Gesundheitswesens überhaupt nicht. Hinzu kommen noch die katastrophale Hygiene und die Unfreundlichkeit des medizinischen Personals (schon allein in dieser Hinsicht leben wir in Deutschland auf einer Insel der Glückseligen). Wer also etwas Geld hat, fährt als Medizintourist ins benachbarte Pakistan (um dort gnadenlos ausgenommen zu werden). Wer zum oberen Mittelstand gehört, fliegt nach Indien oder nach Russland, denn neben den deutschen haben indische und russische Ärzte traditionell einen guten Ruf. Die Superreichen einschließlich der Warlords reisen in die USA oder nach Europa. Mittlerweile haben jedoch auch viele indische Kollegen die Möglichkeit erkannt, in Afghanistan Geld zu verdienen. Die radiologischen Großpraxen in Kabul sind fest in ihrer Hand.

Viele Einladungen

War nun der Tag mit der Abend-Sprechstunde beendet? Mitnichten, denn jeden Abend bekamen wir mindestens zwei Einladungen – entweder zum Abendessen in einer Familie, zu afghanischen Hochzeiten oder ganz einfach auf Partys der Internationalen Gemeinde Kabuls, mittlerweile wieder untermalt mit traditioneller, manchmal auch Afghano-Pop-Life-Musik. Zum Essen nur so viel: es ist verrückt, in einem Land, wo drei Viertel der Bevölkerung nicht satt wird, Menschen sogar verhungern und im Winter erfrieren, gibt es (meiner Meinung nach) die beste und vielfältigste Küche der Welt. Sie ist angelehnt an die traditionelle persische Küche, dazu noch gesund ohne Konservierungsstoffe. Ein Schwein bzw. Schweinefleisch habe ich in den ganzen 10 Jahren in Afghanistan nicht gesehen. Ich kann daher einfach nicht verstehen, dass viele Afghanen in eine vor zwei Jahren eröffnete Filiale einer bekannten amerikanischen Fastfoodkette strömen und dort ihr Geld lassen. Die veränderte Ernährung hat Folgen: seit ca. fünf Jahren steigt die Inzidenz von Diabetes mellitus in Afghanistan dramatisch an.

Telemedizin in Afghanistan

Was haben wir dieses Jahr „noch Gutes in Afghanistan geleistet“? Wie immer organisierten wir das Afghanisch-Deutsche Orthopädiesymposium in der Medizinischen Universität Kabul, mittlerweile ein festes Datum jährlich im November, zu dem Kollegen aus allen Landesteilen anreisen. Auf dem großen Plakat stand diesmal statt „Universitätsklinik Jena“ – wenn auch durch zahlreiche Rechtschreibefehler entstellt „orthopädische Kinderklinik Aschau“, was mir völlig unverdient den Ruf „als pädiatrischer Spezialist“ einbrachte und dazu führte, dass ich nebenbei zahlreiche pädiatrische Fälle vorgestellt bekam. Thema des Symposiums war die Etablierung der Telemedizin in Afghanistan, denn wahr-

scheinlich nur so lassen sich viele Probleme effizient lösen. Hochleistungsinternet ist – bedingt durch die militärische Intervention – seit 2001 in jedem Winkel von Afghanistan verfügbar. Obligatorisch mussten wir auch drei Gastvorlesungen halten, 2/3 der jetzigen medizinischen Studienjahre sind in Afghanistan (wie auch in Deutschland) weiblich. Dann besuchten wir Kinder, die ehemals über das Friedensdorf in Deutschland in Kliniken im Bonner, Weimarer und Jenaer Raum versorgt wurden, und bekamen so einen Eindruck, wie das Leben in einem Afghanischen Dorf funktioniert. Nicht zuletzt für uns (aber auch für unseren Gastclan) starteten wir medienwirksam eine Direkthilfe: Schuhe für Schulmädchen – natürlich in einer Mädchenschule im Einflussgebiet „unseres" Clans – und kamen so ins Afghanische Staatsfernsehen zur besten Sendezeit. Überhaupt gilt für die Dritte Welt und alle NGO´s der Grundsatz: arbeite mit den Reichen zusammen, „denn wer reich ist, gilt auch als klug" – wie es schon so schön in einem bekannten Musical heißt. Wahrscheinlich gilt eher, wer reich ist, hat Einfluss und dem öffnen sich Türen und Tore, die anderen verschlossen bleiben. Von den zahlreichen Sachspenden aus Aschau für den Afghanistaneinsatz konnten wir übrigens den meisten Teil direkt verbrauchen, den Rest verschenkten wir an die drei Krankenhäuser, in denen wir tätig waren.

Frauen in Afghanistan

Noch ein paar Worte zu meinem Lieblingsthema, den „Frauen in Afghanistan": Grundsätzlich stehen Frauen und Mädchen dort auf der untersten sozialen Stufe, der Mann kann mit ihnen machen, was er will. Sie haben sich in der Öffentlichkeit demütig zu verhalten und dürfen nur reden, wenn sie gefragt bzw. dazu aufgefordert werden. Bis 2001 war es ihnen nicht erlaubt zu arbeiten bzw. am sozialen Leben teilzunehmen, was noch heute viele Probleme bereitet. 2005 bei meinem ersten Aufenthalt huschten die meisten von ihnen noch in einer Burka verhüllt, gebeugt und möglichst lautlos durch Kabuls Straßen. Dieses Bild hat sich total gewandelt. Seit 2011 wandelt Frau möglichst mit einer Freundin durch Kabuls Straßen zum Shoppen, modische Kopftücher (die nur den hinteren Teil des Haares bedecken), elegante Mäntel und hautenge Hosen bzw. lange enggeschnittene Kleider betonen mehr, als dass sie die weiblichen Formen verhüllen und es wird ununterbrochen mit der Freundin oder am Handy geschwatzt. Das moderne Mobile ist das neue Statussymbol der Afghanen. Jeder – ob arm oder ob reich, besitzt mindestens zwei Handys. Vor den neuen Kaufhausgalerien reichen uns Verkäuferinnen Duftstreifen. Dieses Jahr sah ich zum ersten Mal in Afghanistan Frauen am Steuer eines Autos, und zwar allein (!) im Auto. Bei Familienfeiern der Mittelschicht nehmen mittlerweile wie selbstverständlich alle Frauen und Mädchen mit teil (und zwar sehr lautstark), noch vor fünf Jahren völlig undenkbar. Sie hatten damals die einzige Aufgabe, die köstlichen Speisen zuzubereiten, schnell zu servieren und dann schnell abzuräumen. Allerdings gab und gibt es in Afghanistan immer eine kleine Gruppe von Frauen (so ca. fünf Prozent), die über den gesellschaftlichen Grenzen stehen. Es handelt sich hierbei fast immer um gut ausgebildete Exilafghaninnen mit zwei Pässen, in der Regel aus bekannten oder reichen Familien stammend. Ihnen liegt die Männerwelt zu Füßen, ihnen öffnen sich Schranken, die auch vielen Männern verschlossen bleiben. So z. B. Monisa F., mit der wir seit 2005 zusammenarbeiten, die in Deutschland Jura und Medizin studierte, in Afghanistan aber als schöne und strenge Jurorin bei „Afghanistan sucht den Superstar" jedem aus dem Fernsehen bekannt ist. Mit ihr kommen wir ohne Probleme ins Regierungsviertel und noch viel wichtiger, ins Kabuler Militärkrankenhaus, was meines Wissens noch keiner anderen NGO (und da tummeln sich ca. 400 in Afghanistan) gelungen ist. Sie macht uns mit einflussreichen Persönlichkeiten bekannt. Dieses Jahr hatte ich das Glück, persönlich mit Roya Doost Bekanntschaft zu machen, eine in Afghanistan, aber auch in Deutschland und England sehr populäre Sängerin, die sich für Mädchen in Waisenhäusern engagiert.

Geht es aufwärts?

Das klingt alles so, als ob es in Afghanistan steil aufwärts geht. Ist aber leider nicht so, betrachten wir nur einmal das Gesundheitssystem. Über die Ärzte habe ich ja bereits einiges geschrieben. Trotz des allgemeinen Arztmangels (die wenigen Ärzte konzentrieren in den großen Städten) gibt es eine Arztgruppe im Überfluss, in Deutschland würden wir von einer extremen Überversorgung reden. Nein – es sind nicht die Hausärzte und schon gar nicht Kinderärzte – sondern Plastische und Schönheitschirurgen. Jeder Afghane bis zum 40. Lebensjahr gibt Unmengen an Geld dafür aus, und – Achtung – die Hälfte davon sind Männer. Was die Pfleger in den Kliniken betrifft, kann ich sie nur loben, sie sind die eigentliche Stütze des Krankenhauses, während ich Krankenschwestern dagegen als unzuverlässig und arbeitsunwillig erlebt habe, vielleicht eine Folge des Talibanregimes. Nächstes Problem: Medizinische Geräte, z. B. Röntgenbildwandler, Argonbeamer, Arthroskopietürme, Geschenke aus aller Welt, werden einige Male benutzt, aber ohne richtige Einweisung und ohne die nötige Sorgfalt. Geht auch nur ein Knopf kaputt, d. h. funktionieren sie nicht mehr, kümmert sich keiner mehr um sie. Es gibt auch keinen Medizintechniker unter den Afghanen, der sie reparieren könnte. Die Nachbehandlung nach Operationen kann man als gleichgültig und oberflächlich bezeichnen, in der Regel müssen sich die Angehörigen um die Patienten kümmern. Eine orthopädietechnische Versorgung wie bei uns gibt es annähernd nur im Militärkrankenhaus bzw. Krankenhaus für Militärveteranen in Kabul, diese hat aber den Charme der Krüppelfürsorge in Deutschland nach dem 1. Weltkrieg. Ergometrie ist in Afghanistan völlig unbekannt. Die einzige physiotherapeutische Abteilung habe ich im Irene-Salimi-Kinderkrankenhaus gesehen, allerdings handelt es sich um ein sehr gut von einer Deutschen Stiftung von einem deutschen Ehepaar geführtes Krankenhaus.

Fazit: Auch der Einsatz 2014 war ein Erlebnis an sich, der einen Blick auf die Probleme in der Welt ganz anders erscheinen lässt, wie immer bei der Rückkehr nach Deutschland empfinde ich die hier diskutierten Probleme als lächerlich klein gegenüber den dortigen, wir sollten ewig dankbar sein, in Mitteleuropa leben zu dürfen.

Dr. Cornel Eisfeldt,
Aschau im Chiemgau

Eingangsbereich der renommierten Clinica Alemana (Clemens Baier links und Philipp Bergschmidt rechts)

Gastfreundliches Chile. Gemeinsames Abendessen in der Häuslichkeit bei Prof. Ernesto Besser. (von links nach rechts: Clemens Baier, Babak Moradi, Ernesto Besser, Philipp Bergschmidt)

Babak Moradi bei seinem Gastvortrag zur Grundlagenforschung in Conceptión.

OP des Hospital Traumatológico de Concepción (von links nach rechts: Babak Moradi, Philipp Bergschmidt, Fredy Montoya, Clemens Baier)

Der Vulkan Villarica in Pucón.

Der rauchende Krater des Vulkan Villarica (von links nach rechts: Clemens Baier, Babak Moradi, Philipp Bergschmidt)

Eingang des Hospital Italiano de Buenos Aires (von links nach rechts: Philipp Bergschmidt, Clemens Baier, Babak Moradi)

Gemeinsames Abendessen mit dem Präsidenten der SLAOT, Prof. Sergio Franco, in Rio de Janeiro. (von links nach rechts: Dr. Alexandre de Pallottino, Prof. Sergio Franco, Philipp Bergschmidt, Clemens Baier, Dr. Felipe Delocco)

Atemberaubender Blick von der Christus-Statue auf dem Corcovado über Rio de Janeiro.

Fotos: Clemens Baier, Philipp Bergschmidt und Babak Moradi

DEUTSCH-LATEINAMERIKANISCHES FELLOWSHIP

Eine Reise durch soziale und medizinische Kontraste

Die Aufregung war groß, als wir die Zusage für die Deutsch-lateinamerikanische Fellowship der DGOOC erhalten hatten. Chile, Argentinien, Uruguay und Brasilien absolvierten wir in einem Reisemarathon mit Tausenden von Eindrücken vom 11.01.2015 bis 31.01.2015.

Chile

Nach 14 Stunden Non-Stop-Flug von Paris blickten wir aus dem Flugzeug auf die atemberaubende Kulisse der Anden und schon Minuten später landeten wir in Santiago de Chile. Kurze Zeit später der erste Schock. Eingepackt in Wollpullover und Winterjacke, dem nordeuropäischen Winter entflohen, wurden wir von einer Hitzewand mit 36°C und blendender Sonne getroffen. Angekommen im Hotel wurden schnell die Wintersachen in Sommersachen getauscht, und wir machten uns auf den Weg in die Innenstadt. Der Sonntag sollte schließlich trotz Jetlag voll genutzt werden. Santiago ist mit ca. 5,4 Mio. Einwohnern das bedeutendste Wirtschafts-, Politik- und Kulturzentrum Chiles und beherbergt damit ca. 40 Prozent der chilenischen Bevölkerung. Mit einem preiswerten und modernen Metrosystem ist die Besichtigung zahlreicher Highlights der Stadt problemlos. Nach einem kleinen Bummel durch die Innenstadt fanden wir uns schnell im hektischen Treiben des „Mercado Central“ wieder. Santiagos Fischmarkt mit seinem schmiedeeisernen Ziergittern gehört zu den besten Adressen für ein Seafood-Mittagessen. Anschließend ging es mit einer Seilbahn hinauf auf den „Cerro San Cristóbal“. Dieser „Hügel“

überragt mit 870 Metern die Stadt und bietet eine unvergessliche Aussicht auf die Weite der Metropole und das Gewirr an chaotischen Straßensystemen, welche von Wolkenkratzern direkt neben kleineren Einfamilienhäusern gesäumt werden.

Bereits in der „Empfangshalle" der renommierten Clinica Alemana betraten wir am nächsten Tag eine andere Welt. Die luxuriöse Klinik reinvestiert kontinuierlich ihre Gewinne zur Verbesserung der räumlichen, personellen, technischen und medizintechnischen Möglichkeiten zur Versorgung eines ausgewählten Patientenklientel. Mittlerweile beherbergt die Clinica Alemana 400 Betten, 19 Operationssäle und 900 Fachärtze. Trotz urlaubsbedingter Abwesenheit vom Chefarzt der Abteilung „Traumatologia y Orthopedia", Dr. Felipe Toro, wurde uns ein interessanter und beeindruckender Einblick in die Klinik gewährt. Die Fülle an Materialauswahl und die hohe operative Qualität unter perfekten räumlichen und apparativen Möglichkeiten bestätigten den ersten Eindruck und stellten nochmals heraus, dass die Clinica Alemania zu den besten Kliniken Südamerikas gehört.

Am dritten Abend wurde mit der Ankunft von Babak Moradi, der aus beruflichen Gründen erst jetzt die Reise beginnen konnte, unsere Reisegruppe komplettiert. Bei einem letzten Abendessen im „Azul Profundo", einem Lokal, welches zweifelslos von Pablo Nerudas Ästhetik inspiriert wurde, versuchten wir die Eindrücke der ersten zwei Tage zu verarbeiten und freuten uns gleichzeitig bei einem traditionellen „Cerviche" – in Zitronensäure denaturierter roher Fisch auf die Weiterreise nach Conceptión.

Direkt nach unserer Ankunft in Conceptión wurden wir herzlich von Prof. Ernesto Besser am Hotel begrüßt. Ernesto ist neben seiner leitenden Position im Hospital Traumatológico de Concepción zusätzlich in einer kleinen Praxis tätig und betreut die dreijährige Facharztausbildung von mehreren Assistenzärzten in der Klinik. Mit einer kleinen Stadtrundfahrt in seinem Privatwagen und einer Besichtigung des Universitätscampus der Studentenstadt Conceptión bekamen wir erste Eindrücke. Mit dem Blick auf ein riesiges Wandgemälde in der Aula der Universität erklärte uns Ernesto die Geschichte Chiles. Anschließend ging es in sein Haus am Rand der Stadt, wo bei Wein und Essen bis spät in die Nacht der Ablauf der kommenden Tage besprochen wurde.

Die Bürger der Stadt Conceptión beeindrucken mit großer Gelassenheit und Ausdauer. Dem Erdbeben vom 27. Februar 2010, dessen Epizentrum nur 105 km nordöstlich der Stadt lag und mit einer Stärke von 8,8 auf der Richterskala Conceptión fast vollständig zerstörte, folgte der Wiederaufbau, u. a. auch eines neuem Krankenhauses. Der Neubau lässt keine Wünsche offen. Moderne Stationen und Operationssäle sowie medizinische Apparaturen beeindruckten uns. Zunächst folgten wir der morgendlichen Teamvisite auf den Stationen. Mit digitaler Röntgentechnik wurden die einzelnen Fälle direkt am Krankenbett diskutiert. Hierbei verwunderte, dass viele Frakturen z. T. erst Wochen nach dem Trauma in der Klinik versorgt wurden. Die schlechte medizinische Versorgung im ländlichen Bereich und auch die chilenische Mentalität seien Gründe für das späte Aufsuchen eines Arztes. Elektive Operationen sind jedoch aufgrund der eingeschränkten Kapazität auch in Conceptión mit langen Wartezeiten verbunden (z. B. bis zu drei Jahre für eine elektive Hüft-TEP). Anschließend konnten wir Ernesto und auch Prof. Fredy Montoya bei traumatologischen und endoprothetischen Operationen assistieren. Erneut beeindruckte die Gelassenheit und Freundlichkeit, auch des OP Personals, trotz der doch erheblichen Verständigungsschwierigkeiten aufgrund unserer rudimentären Kenntnisse der spanischen Sprache. Nach dem OP-Tag hielten wir unsere Gastvorträge auf dem klinisch endoprothetischen Gebiet und der Grundlagenforschung in angenehmer Atmosphäre vor dem gesamten Team der Orthopädie und Traumatologie.

Am folgenden Tag verbrachten wir den Vormittag erneut im OP und besuchten anschließend die Praxis von Ernesto. Die vollständig, inklusive Orthopädietechnik, ausgestattete Praxis erlaubt die Diagnostik, Indikationsstellung und postoperative Nachbetreuung. Die operative Versorgung erfolgt im Sinne eines Belegsystems in der Klinik. Das folgende Wochenende verbrachten wir im 400 Kilometer südlich von Conceptión gelegenen Pucón. Dieser Erholungsort beeindruckt durch den 2800 Meter hohen aktiven Vulkan Villarica. Natürlich wollten wir den Schlund des pazifischen Feuergürtels schauen. Zu diesem Zeitpunkt wussten wir noch nicht, dass sich der Vulkan nur 6 Wochen später mit einer gewaltigen Eruption entladen sollte. Nach einem vier stündigen Aufstieg (1500 Höhenmeter) durch Schnee und Eis mit einem Temperaturunterschied von 30 Grad wurden wir mit dem Blick in den rauchenden Krater und einer atemberaubenden Aussicht belohnt.

Buenos Aires

Einchecken, Abflug, den Blick über die Anden erneut bestaunen und kurz danach erneutes Eintauchen in eine weitere Metropole des südamerikanischen Kontinents! Mit einer Flugzeit von ca. zwei Stunden, hatte man zuerst nicht das Gefühl, wir hätten das Land gewechselt. Aber schon während der Fahrt zum Hotel durch das Zentrum von Buenos Aires mit den vielen traditionellen Bauwerken, wie das Theater Colón, die Kirche el Pilar, die Kathedrale, das Rosa Haus und der Nationalkongress, war uns klar, dass wir im „Paris des Südens" angekommen waren. Auf dem Programm stand hier der Besuch des Hospital Italiano de Buenos Aires. Das Krankenhaus wurde 1854 durch die italienische Gemeinde gegründet. Heute ist das Hospital Italiano eines der größten Krankenhäuser in Buenos Aires mit 750 Betten, 40 medizinischen Fachbereichen und 2700 angestellten Ärzten. Den ersten Tag verbrachten wir in der Ambulanz von Dr. Lampropulus, mit dem Schwerpunkt in der Kinderorthopädie. Am Nachmittag erhielten wir dann eine Führung durch die Abteilung der Orthopädie und Unfallchirurgie und konnten hierbei einen Eindruck von der Größe der Klinik erhalten. An den Folgetagen stand dann die Morgenbesprechung mit der wöchentlichen Falldemonstration und der Besuch der Ambulanzen und Operationssäle auf dem Plan. Prof. Dr. Sancineto leitet als Chefarzt die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie und präsentierte uns in seiner Ambulanz eine Vielzahl an komplexen Fällen mit posttraumatischen Arthrosen, Infektpseudoarthrosen und endoprothetischen Revisionsoperationen. Der Behandlungsstandard ist sehr hoch in dieser Klinik und insgesamt hatten wir den Eindruck, dass Vieles in gleicher Art und Weise wie bei uns versorgt wird. Einige Behandlungskonzepte, wie die intertrochantäre Osteotomie des Femurs bei avaskulärer Nekrose waren für uns neu und sehr spannend. Nach einem abschließendem Gespräch mit Prof. Dr. Sancineto und einem gemeinsamen offiziellen Foto verließen wir das Hotel Italiano.

Montevideo

Mit einer beeindruckenden zweistündigen Fährfahrt von Buenos Aires über den Rio de la Plata erreichten wir Montevideo. Hier verbrachten wir das Wochenende und konnten einen typischen südamerikanischen Karneval bestaunen. Mit farbenfrohe Kostümen, rhythmischen Sambaklänge und einer unglaubliche Ausdauer beim Feiern schlossen wir die gastfreundlichen Einwohner Uruguays gleich in unser Herz. Eine Stadtrundfahrt und ein Ausflug in den nahe gelegenen Badeort Punta del Este sollten auch den kurzen Aufenthalt in Uruguay unvergesslich machen.

Rio de Janeiro

Letzte Station unserer Reise über den südamerikanischen Kontinent war die „Cidade maravilhosa“. Rio de Janeiro. Trotz nächtlicher Ankunft war der erste Eindruck tropische Hitze sowie Polizei und Wachpersonal allerorts. Für die ersten beiden Tage hatte der aktuelle Präsident der SLAOT, Prof. Sergio Franco, eine Hospitation im städtischen Krankenhaus Miguel Couto für uns organisiert. Dieses Krankenhaus der Maximalversorgung ist für die Bevölkerung der südlichen Stadtbezirke verantwortlich und eine Referenz im Bereich der Traumatologie. Auch hier der erste Eindruck: schwer bewaffnete Sicherheitsleute an sämtlichen Eingängen sowie im Krankenhausgebäude selbst. Vor Ort wurden wir von Dr. Varga und Dr. Carlos Eduardo, Consultants (eine Art Oberarzt bzw. Ausbildungsarzt) der Klinik für Traumatologie in Empfang genommen. Hier erfuhren wir, dass sich viele erfahrene Fachärzte Brasiliens in einer Praxis niederlassen und an Privatkliniken als Belegärzte operieren, sich jedoch 1–2 Tage pro Woche an öffentlichen Krankenhäusern (für wenig Lohn) als Oberärzte für die Ausbildung der Assistenten zur Verfügung stellen. Die Facharztausbildung Orthopädie/Traumatologie dauert in Brasilien drei Jahre. Alle Bürger Brasiliens sind über Steuergelder krankenversichert. So können, insbesondere in Großstädten wie Rio, auch die Einwohner der Favelas (Armensiedlungen) medizinisch versorgt werden. Wer es sich in Brasilien leisten kann, schließt jedoch eine private Krankenversicherung ab. Die Morgenbesprechung der Abteilung fand in lockerem Rahmen mit mehreren Kurzvorträgen der Assistenzärzte zu einem bestimmten Krankheitsbild statt. Anschließend wurden die Fälle der Nacht mit bereits vorhandenen postoperativen Röntgenbildern sowie die Patienten, die aktuell auf dem OP-Plan standen, präsentiert. Hier zeigte sich auch, mit welchen Widrigkeiten die brasilianischen Kollegen zu kämpfen haben. Ein Problem sind die oft eingeschränkten Nachuntersuchungsmöglichkeiten, da die Patienten teilweise erhebliche Distanzen zurücklegen bzw. keine Möglichkeit haben, zu einer Nachkontrolle zu kommen. Durch die Einführung der Befriedungspolizei in Rio de Janeiro ist es im Verlauf der Jahre glücklicherweise zu einer deutlichen Reduktion der Schuss- und Stichverletzungen gekommen. Die Mehrzahl der Patienten der traumatologischen Abteilungen „rekrutiert“ sich inzwischen aus Verkehrsunfällen.

Während unserer beiden Tage, die wir im Krankenhaus Miguel Couto verbringen durften, traten die Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Kliniken bzw. unseren Standards deutlich zu Tage: Neben dem schlechten Zustand der Gebäude entsprechen die technischen Geräte, aber auch die hygienischen Verhältnisse auf den Stationen und im Operationssaal nicht unseren Vorstellungen. Besonders erwähnenswert ist das große Engagement der brasilianischen Kollegen, die trotz schwieriger Umstände, mit viel Herzblut und Freude ihrer Arbeit nachgehen. Der Ausklang unserer Hospitation war ein landestypisches Abendessen in einer „Churrascaria“, in der laufend köstliche Fleischspezialitäten, frisch gegrillt am Spieß, serviert werden.

Als Kontrastprogramm durften wir Prof. Sergio Franco am darauffolgenden Tag in seiner Privatklinik besuchen. Wir staunten nicht schlecht, als wir eine perfekte Ausstattung im Stile eines Luxus-Hotels zur Unterbringung der Patienten vorfanden. Hygienische und operative Standards entsprechen hier unseren Verhältnissen. Interessanterweise haben die brasilianischen Kollegen, auch in den Privatkliniken, häufig nicht die neuesten Implantate zur Verfügung. Die zuständige Behörde zögert nach Angaben der Kollegen die Zulassung aktueller ausländischer Produkte oft um mehr als fünf Jahre hinaus, um die Ärzte und Kliniken zu zwingen, auf inländische (nachgemachte) Produkte auszuweichen. Nach einer erneuten (ausgedehnten) „Churrascaria“-Mittagspause, fand unser Abschlussabend mit den Kollegen in einem typischen Steakhaus statt. Insgesamt war das Stipendium ausgesprochen vielseitig in den Einblicken, die wir gewinnen konnten. Wir sind sehr dankbar über die Möglichkeit, diese faszinierenden Länder mit so vielen verschiedenen Gesichtern, Landschaften und Ethnien, kennenlernen zu dürfen. Unbezahlbar war die Erfahrung, mit den dortigen Kollegen an Visiten teilzunehmen, verschiedene Krankheitsbilder und Behandlungsstrategien zu diskutieren, Operationstechniken auszutauschen, über Gesundheits- und Ausbildungssysteme zu sprechen und insbesondere persönliche Kontakte zu knüpfen. Zudem hat die Reise neue Freundschaften in dem geographischen Dreieck Heidelberg, Regensburg und Rostock hervorgebracht, welche sicherlich in Zukunft zu einem Austausch genutzt werden.

Wir möchten uns bei der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie für die Ausschreibung dieses Stipendiums herzlich bedanken, bei Prof. Dr. Werner Siebert und Dr. Anne Reiss für die Betreuung aus Deutschland und insbesondere bei den so gastfreundlichen südamerikanischen Kollegen, dass sie uns so einen tiefen Einblick in ihre Arbeit gegeben haben. Wir können eine Bewerbung für dieses Stipendium nur wärmstens empfehlen.

Dr. Clemens Baier

PD Dr. Philipp Bergschmidt

Dr. Babak Moradi

Personalia

PD Dr. Ralf Bieger, Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, hat am 11.02.2015 seine Habilitationsschrift mit dem Thema „Primärstabilität kurzer zementfreier Hüfttotalendoprothesenschäfte: Eine biomechanische in-vitro Studie“ verteidigt und erhielt die Lehrbefähigung für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie.

Dr. Richard Buchen, ehemaliger Oberarzt am DRK Krankenhaus Kirchen, hat zum 01.01.2015 offiziell die Position des Chefarztes der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie am St.-Antonius-Hospital Gronau übernommen.

PD Dr. Thomas Dreher hat mit seiner Antrittsvorlesung am 04.04.2014 die Venia legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universität Heidelberg erhalten. PD Dr. Thomas Dreher ist seit 2013 dort Oberarzt der Sektion Kinderorthopädie und Fußchirurgie und zudem Ärztlicher Leiter Bewegungsanalyse und Verantwortlicher für die Kinderneuroorthopädie.

PD Dr. Sabine Lippacher habilitierte sich am 11.11.2014 an der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU mit dem Thema „Retropatellare Druckverteilung und Transplantatdehnung nach Rekonstruktion des medialen patellofemoralen Ligaments (MPFL) in Abhängigkeit verschiedener Insertionspunkte und Vorspannungen“.

PD Dr. Michael Müller hat seine Habilitation zum Thema „Der Einfluss unterschiedlicher Zugangswege in der primären Hüftendoprothetik auf die Hüftmuskulatur – Funktionelle Auswirkungen und bildmorphologische Analysen“ am 17.11.2014 vor dem Fakultätsrat der Charité-Universitätsmedizin Berlin erfolgreich verteidigt.

Dr. Olaf Lutz Nosseir ist seit 01.01.2015 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Sankt Josef Hospitals Xanten. Zuletzt war er dort Leitender Oberarzt mit Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Abteilung ist als Endoprothesen-Zentrum seit Juli 2014 zertifiziert.

PD Dr. Georg W. Omlor vom Department Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsklinik Heidelberg bei Prof. Dr. Volker Ewerbeck hat sich mit dem Thema „Molekulare Grundlagen der Bandscheibendegeneration und ihre Beeinflussung durch Zell- und Biomaterial-basierte Therapieverfahren“ mit Erteilung der Venia Legendi am 23.1.2015 habilitiert.

Prof. Dr. Andreas Suckel hat zum 01.02.2015 die Position des Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Helios Frankenwaldklinik Kronach / Oberfranken übernommen. Zuvor war er in Stuttgart als Belegarzt an einer Privatklinik sowie als Geschäftsführender Oberarzt am Katharinenhospital tätig.

PD Dr. Sebastian Weckbach, Facharzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU hat sich mit dem Thema „Zelluläre und molekulare Gefahrenantwort nach schwerem Gewebetrauma“ habilitiert. Die Venia legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie erhielt er am 27.01.2015.

Dr. Rando Karl Winter ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie am SRH Wald-Klinikum Gera. Die Orthopädie gehört zum Zentrum für Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie-Neurotraumatologie des Klinikums. Chefarzt Dr. Rando Karl Winter gilt als ausgewiesener Experte im Bereich der Endoprothetik.

Wir gratulieren ...

Bild: adimas / Fotolia

Zum 80. Geburtstag
... MR Dr. Günther Bode, Gotha
... Dr. Hartmut Jokisch, Linden
... Dr. Wolfram Kindl, Esslingen
... Dr. Mihailo Krakovìc, Frankfurt / Main
... Dr. Josef Langenbach, Krumbach
... Dr. Jürgen Liebau, Magdeburg
... Dr. Wolfgang Pollack, Schramberg
... Dr. Manfred Schildhauer, Schwerte
... Prof. Dr. Dieter Schlosser, Köln
... Dr. Peter Schotten, Lüdinghausen
... Dr. Dr. Dietmar Schuhan, Wermelskirchen
... Dr. Eberhard Siegmund, Neustadt / Orla
... Alfred Vossen, Bad Kreuznach

Zum 85. Geburtstag
... Dr. Ali Djahanschah, Gelsenkirchen
... Dr. Roland Schulz, Karlsruhe
... Dr. Joachim Sperber, Heikendorf
... Dr. Walter Strohwasser, Mauerstetten

Zum 90. Geburtstag:
... Dr. Hermann Hell, Kiel
... Dr. Hans-Joachim Löschburg, Straßlach
... Dr. Martin Pilstl, München

Zum 95. Geburtstag
... Dr. Albert Faller, Dogern
... Dietrich Hochfeld, Berlin

STELLUNGSWECHSEL?

Gibt es auch an Ihrer Klinik einen Chefarztwechsel? Sind Sie kürzlich zum Professor ernannt worden? Haben Sie oder hat sich einer Ihrer Kollegen habilitiert? Dann freuen wir uns über eine Nachricht unter: **office@dgou.de.** Bitte geben Sie dabei den vollständigen Titel, Namen und Vornamen sowie die Klinik und – bei einer Habilitation – den Titel der Arbeit an. Wir benötigen außerdem eine hochauflösende Portraitaufnahme. Vielen Dank!

Aus unseren Verbänden
Berichte und Angebote

Berufsverband 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

VLOU Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschland e. V.

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
des VLOU: info@vlou.de

Januartagung des BVOU 30./31.01.2015 in Berlin

Margit Henniger & Sibylle Reichelt, Büroleitung der Geschäftsstelle des BVOU in Berlin

Traditionell wird bei der Januartagung des BVOU zu Beginn des Jahres über Politik geredet, das alte Jahr bilanziert und mit dem Blick des Faches O&U auf die Berliner Gesundheitspolitik geschaut. Der Einladung des neuen BVOU-Präsidenten, Dr. Johannes Flechtenmacher, folgten ca. 70 Mandatsträger des Berufsverbandes in das Hotel Palace Berlin. Der BVOU-Präsident gab sich zuversichtlich: „Nur gemeinsame Visionen des BVOU für O&U wie Strategie, Struktur und Kultur bringen Erfolg und Vertrauen. Nur wenn alle verstehen, wollen und können, kann der Erfolg entstehen".

Sitzung des Gesamtvorstandes

Am Freitag fand die Sitzung des Gesamtvorstandes statt. Dabei berichteten die Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes (GfV) über ihre Tätigkeiten in den letzten Monaten. Der Präsident stellte die neue Referatsstruktur und Zuordnung grundsätzlich dar.

Medizinrechtler Oliver Butzmann aus der Kanzlei Heberer & Kollegen (München) trat als Gastreferent zum Thema „Lösungsmöglichkeiten Wahlarztkette bei Kooperationsarztverträgen: Umgang mit dem BGH-Urteil" auf und präsentierte Empfehlungen.

Wahlen und Beschlüsse

Der BVOU-Gesamtvorstand wählte auf Vorschlag des Geschäftsführenden Vorstands die DKOU-Kongresspräsidenten. Die Orthopäden und Unfallchirurgen Prof. Dr. Alexander Beck aus Würzburg (Mitglied im GfV, Kliniker) und Dr. Gerd Rauch (Landesvorsitzender Hessen, Niedergelassener) wurden für 2017 bzw. 2018 gewählt. Für den DKOU 2019 spricht sich der Gesamtvorstand für eine Kongresspräsidentin aus und wird diese zu einem späteren Zeitpunkt wählen.

BVOU-Ehrenmitgliedschaft

Im Gremium wurde über die Verleihung einer neuer Ehrenmitgliedschaft gesprochen, die den Teilnehmern in der Mitgliederversammlung am 02.05.2015 zur Abstimmung unterbreitet wird. Zudem wird neben der Verleihung der BVOU-Ehrenmitgliedschaft und der Hubert-Waldmann-Plakette während des DKOU 2015 erstmalig die Jürgen-Eltze-Plakette

an ein Mitglied aus dem konservativen Fachgebiet O & U verliehen.

Im Anschluss an den offiziellen Teil fand ein Wintergrillen statt, bei eisigen Außentemperaturen auf der schneebedeckten Skyline-Terrasse mit Blick in den Abendhimmel von Berlin. Der Tag schloss im Warmen des Hotels mit einem gemeinsamen Abendessen und es gab viele Gründe für Diskussionen unter den Mandatsträgern, die zu einem interessanten, kollegialen Meinungsaustausch führten und sehr unterhaltsam waren.

Interne Klausur der Mandatsträger

Am Samstag stellten die berufenen Referatsleiter (insgesamt 21 – siehe Aufstellung unten) ihre Bereiche vor. Es wurde aufgezeigt, was bisher zu dem Themenschwerpunkt erreicht wurde und welche einzelnen großen Aufgaben zukünftig anstehen.

Dr. Andreas Gassen in seiner Funktion als KBV-Vorstandsvorsitzender veranschaulichte die Weiterentwicklung der EBM-Reform in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der daran Beteiligten im Gesundheitssystem. Für die Änderungen an den fachärztlichen Kapiteln werden die inhaltliche Anpassungen und Klarstellungen in allen Facharzt-Kapiteln des EBM erarbeitet, der EBM neu bewertet und an die aktuellen Kosten angepasst werden. Auf den Prüfstand sollen auch die Zeiten, mit denen die EBM-Leistungen bisher kalkuliert sind, die anhand von Datenerhebungen für Fachgruppen in Form einer externen Studie ermittelt werden.

Aus Europa und den Ländern

Dietrich Bornemann als UEMS-Repräsentant des BVOU stellte die Aufgabengebiete und die harmonisierte Orthopaedics-/Traumatology-Weiterbildung vor.

Die Landesvorsitzenden berichteten über Aktuelles in ihren Ländern, gaben einen Rückblick über Aktivitäten des letzten Jahres und die anstehende Probleme und Tätigkeiten in den Regionen. Dr. Hans-Jürgen Hesselschwerdt als DKOU-Kongresspräsident 2015 lud auch im Namen seiner Co-Kongresspräsidenten (20. - 23.10.2015) nach Berlin ein.

Der BVOU-Präsident bedankte sich auch im Namen seiner Vorstandskollegen bei allen anwesenden Mandatsträgern für ihr Kommen, für ihre geleistete Arbeit und die Bereitschaft das Konzept zur Neuorganisation bzw. Optimierung des Berufsverbandes intensiv mitzugestalten. Zum Ende der Januartagung ging seitens des BVOU-Präsidenten ein Dankeschön für die sehr gute Vorbereitung und Organisation an die Geschäftsstelle.

BVOU-REFERATE (STAND: 13.03.2015)

Referate		Referatsleiter	verantwortliches GfV-Mitglied
Referat 1	Geschäftsstelle	Dr. med. Johannes Flechtenmacher	Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz
Referat 2	Service im BVOU	Dr. med. Christian Hauschild	Dr. med. Helmut Weinhart
Referat 3	ADO	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller	Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Referat 4	Finanzen	Dr. med. Hartmut Weinhart	Dr. med. Helmut Weinhart
Referat 5	Presse	Dr. med. Johannes Flechtenmacher	Dr. med. Andreas Gassen
Referat 6	Homepage, Social Media	Dr. med. Angela Moewes	Dr. med. Helmut Weinhart
Referat 7	Printmedien	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer
Referat 8	Honorar EBM	Dr. med. Matthias Graf	Dr. med. Andreas Gassen
Referat 9	GOÄ	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller	Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Referat 10	Integrierte Versorgung	Dr. med. Burkhard Lembeck	Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Referat 11	Weiterbildung / UEMS	Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer
Referat 12	Konservative O+U	Reinhard Deinfelder	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer
Referat 13	Operative O+U	Prof. Dr. med. Alexander Beck	Dr. med. Helmut Weinhart
Referat 14	Orthopädische Rheumatologie	Dr. med. Uwe Schwokowski, Prof. Dr. med. Wolfgang Rüther	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Referat 15	Osteologie	Dr. med. Hermann Schwarz	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer
Referat 16	Bildgebungs-verfahren	Dr. med. Axel Goldmann	Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Referat 17	Studenten in O+U	Dr. med. Axel Sckell	Dr. med. Helmut Weinhart
Referat 18	Ärzte in Weiterbildung	Tanja Obermeier	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Referat 19	Leitende Ärzte u. Oberärzte in O+U	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller	Prof. Dr. med. Alexander Beck
Referat 20	REHA im BVOU	Dr. Stefan Middeldorf	Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer
Referat 21	Niedergelassene Ärzte in O+U	Dr. med. Christian Hauschild	Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz

GENERATIONENWECHSEL IN DER BUCHHALTUNG DES BVOU

Dr. med. Helmut Weinhart, Regina Barleben, Cornelia Arndt (v. l. n. r.)

Zu Beginn der Veranstaltung wurde die Mitarbeiterin Regina Barleben in den Altersruhestand verabschiedet. Sie wird ihre Nachfolgerin Cornelia Arndt im Bereich der Buchhaltung stundenweise einarbeiten.

Gemeinsamer Landeskongress 2014 in Stuttgart

Dr. Peter Frenzel

Am 13.12.2014, fand der 2. gemeinsame Landeskongress des BVOU Baden-Württemberg im Tageszentrum Hohenheim in Stuttgart statt. Organisation und Moderation der Veranstaltung wurde durch die Mandatsträger vom Landesteam des BVOU BW durchgeführt: Dres. Peter Frenzel, Johannes Flechtenmacher, Burkhard Lembeck, Uwe de Jager und Reinhard Deinfelder. Der Kongress bot einen Rahmen für zahlreiche Fachthemen sowie Einblicke in die aktuellen berufspolitischen Belange unserer Fachgruppe. Mit insgesamt 80 Mitgliedern aus Baden-Württemberg fand diese Veranstaltung eine große Resonanz.

Der vordere Knieschmerz

Das Leitthema des fachlichen Teiles lautete: „Der vordere Knieschmerz und der schwere Knicksenkfuß“. Beschwerden und Symptome, die zum Alltag in der Praxis gehören, die aber immer wieder zu Problemen führen. Die Krankheitsbilder wurden einmal bei Kindern und Jugendlichen und beim Erwachsenen von erfahrenen Kollegen dargestellt. Die Thematik des vorderen Knieschmerzes bei Kindern und Jugendlichen wurde von Dr. Langendörfer unter dem Gesichtspunkt der statischen Fehlbelastung der unteren Extremität erläutert. Achsfehlstellungen an den Füßen oder an den Hüften sind häufig Auslöser des vorderen Knieschmerzes. In seinem Vortrag wurde eine sehr schöne Systematik dieser möglichen Ursachen für den vorderen Knieschmerz dargestellt.

Dr. Eberhardt behandelte das in den Praxen immer wieder vorkommende und schwierige Thema des schweren Knick-Senkfußes und erläuterte dabei konservative und operative Behandlungsoptionen, die den Teilnehmern ein sehr klares Bild der therapeutischen Möglichkeiten bot und auch die Problematik im Umgang mit den in der Regel sehr besorgten Eltern zeigte. Klinisch und diagnostisch sehr schwer zu erkennen sind Tumoren im Kindes- und Jugendalter, insbesondere deren Differenzierung in benigne und maligne Tumoren.

PD Dr. Fernandez stellte in seinem Referat eine klare Differenzierung der Tumoren rund um das Kniegelenk dar, so dass die Teilnehmer über dieses Thema wertvolle Erkenntnisse mit nach Hause nehmen konnten. Die Referenten sind Oberärzte aus dem Olga Hospital in Stuttgart bei Chefarzt Prof. Dr. Wirth, in dessen Klinik vorwiegend Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen behandelt werden.

Knieschmerz bei Erwachsenen

Nach einer kurzen Pause referierte Oberarzt Dr. Becker aus der Sportklinik in Stuttgart über das Thema vorderer Knieschmerz bei Erwachsenen. Zunächst wurde die aktuelle Therapie von Kniebandverletzungen mit konservativen, insbesondere aber operativen Behandlungskonzepten systematisch dargestellt. Anschließend kam die Problematik des femoro-patellaren Schmerzsyndroms und der Femoropatellararthrose zur Sprache. Das komplexe und für die Praxis sehr relevante Thema erbrachte für die anwesenden Mitglieder viele neue Erkenntnisse für Diagnostik und Therapie.

Aktuelle Berufspolitik

Ein Kurzreferat über die neuen DVO Leitlinien 2014, mit Darstellung der relevanten Änderungen in der Diagnostik und der medikamentösen Therapie referiert von Dr. Uwe de Jager beendete den sehr gelungenen fachlichen Vormittag. Nach der Mittagspause war das Schwerpunktthema die aktuelle Berufspolitik auf der Landes und Bundesebene. Dazu konnten hochkarätige Referenten aus der Landes und Bundespolitik gewonnen werden. Die aktuellen Entwicklungen aus der KVBW wurden vom 1. Vorsitzenden der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg Herrn Dr. Norbert Metke in seiner bekannten plastischen und lebhaften Art ausführlich vermittelt. Dabei wurden z. B. die Notfalldienst (NFD) -Regelung und deren bisheriger Verlauf und die Honorarsituation in Baden-Württemberg vorgestellt.

EBM und GOÄ

Der 1. Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen, behandelte die Themen EBM und GOÄ, wobei bei diesen Bereichen klar wurde, dass mit der Einführung des EBM wahrscheinlich erst Mitte bis Ende 2016 zu rechnen ist. Die Frage zur Finanzierung des EBM und insbesondere, ob eine Verbesserung der Honorarsituation bei den Orthopäden erreicht wird, wurde dahingehend von Dr. Gassen beantwortet, dass er von einer Verbesserung der Honorarsituation bei den Orthopäden ausgeht, diese wohl aber nur durch eine Umverteilung zu erreichen sei. Das heißt: es wird wohl oder wahrscheinlich nicht mehr Geld in das Kassensystem fließen. Genaue Angaben zur neuen GOÄ und deren Umsetzung wurden von Dr. Gassen noch nicht gemacht, die Ausarbeitung und Gestaltung sei aber schon sehr weit fortgeschritten.

Dr. Metke und Dr. Gassen vermittelten einen ausgezeichneten Überblick über die aktuelle Situation in der Berufspolitik und deren möglichen Auswirkungen auf die Tätigkeit der niedergelassen Ärzte. In einer anschließenden ausführlichen Diskussion wurden dann Fragen der anwesenden Mitglieder mit Dr. Gassen und Dr. Metke diskutiert.

Der Landeskongress war aus Sicht des Landesverbandes BW des BVOU und der anwesenden Mitglieder eine sehr gelungene Veranstaltung, die wichtige berufspolitische und fachliche Informationen vermitteln konnte.

Dr. Peter Frenzel, Ulm

ORFA unterstützt das moderne OU-Praxismanagement

Orthopädisch-Rheumatologische Fachassistent / in ORFA

Die ersten ORFAs nach erfolgreichem Abschluss der ersten Kursreihe

WAS BEDEUTET ES FÜR MICH, EINE ORFA ZU SEIN?

(einige Antworten der erfolgreichen Teilnehmerinnen)

- „ORFA bedeutet für mich, auf alle Fälle fit für den Arbeitsalltag zu sein, gegenüber den Patienten kompetenter auftreten zu können durch: erweitertes Wissen – bessere Diagnostik – sensiblere Reaktion auf verschiedene Krankheitsbilder."
- „ORFA ist eine Zusatzqualifikation die jeder MFA ermöglicht werden sollte. Es hat mir die Rheumatologie deutlich näher gebracht und die möchte und werde ich mit meinem Chef in Zukunft hoffentlich erweitern und an die Patienten weiter geben."
- „Ich schaue mir die Patienten jetzt ganz anders an und freue mich darauf, mit dem Patienten zusammen zu arbeiten, ihm zum helfen."
- „Ich bin stolz auf mich, über das Erreichte. Es ist ein gutes Gefühl, mitreden zu können, an der Seite des Arztes. Zu wissen macht Spaß, mein Selbstbewusstsein ist gefördert. Ich werde dem Patienten jetzt näher sein."
- „Für mich ist ORFA hoffentlich der Einstieg in eine für mich „Neue Erkrankung „bzw. Medizin, die breit gefächert und interessant ist."
- „ORFA bedeutet Aufwertung der beruflichen Kenntnisse, Entlastung und Unterstützung des Chefs und bessere Betreuung der Patienten sowie Übernahme von mehr Verantwortung."

Der erste Ausbildungskurs zur ORFA (Orthopädisch-Rheumatologische-Fachassistentin – ADO) konnte nach 50 Fortbildungsstunden mit dem Schwerpunkt konservative Orthopädie für 26 teilnehmende MFA´s Anfang Februar in Hamburg erfolgreich beendet werden. Und welch ein Finale: Den Abschluss bildete eine stimmungsvolle Verleihung der Zertifikate. Teilnehmerinnen aus Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Bremen, Hamburg Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig Holstein feierten Ihren Abschlusserfolg. Prof. Dr. Wolfgang Rüther, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Leitender Arzt der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Rheumatologie Klinikum Bad Bramstedt, erwähnte in seiner Abschlussrede die besondere Leistung der Teilnehmerinnen, durch großartiges Engagement an sieben Kurstagen etwas Einzigartiges und Erstmaliges erreicht und die Initialzündung für weitere ORFA – Kurse gegeben zu haben (Berlin / Brandenburg und Baden Württemberg sind bereits geplant).

Entlastung für den Arzt

Für das Assistenzpersonal bedeutet eine solche Fortbildung nicht nur eine weitere Qualifizierung, sondern auch eine neue andere Sicht auf die tägliche Arbeit. Für den Arzt ist sie eine wesentliche Unterstützung und Entlastung in der Anamnese einschließlich der Erhebung der Scores. Auch die Patientenführung durch kompetente Beratung bei ernsthaften oder chronischen Erkrankungen wie z. B. Osteoporose, Arthrose Bandscheibenvorfällen und entzündlich rheumatischen Erkrankungen entlastet den OU wesentlich. Diese Beratungen wurden vor Jahren im EBM mit einer Gebührenziffer 18220 abgebildet. Der Gesetzgeber hat die sprechende Leistung des Arztes weitgehend abgeschafft. „Unsere ORFA´s können diese Leistung übernehmen und uns damit einen erheblichen Zeitaufwand abnehmen", so Dr. Uwe Schwokowski, der den ersten Kurs leitete.

Kompetenzerweiterung

Sein Dank galt neben den Teilnehmerinnen insbesondere auch ihren Chefs, die die Bedeutung der Kompetenzerweiterung ihrer Mitarbeiter erkannt und unterstützt haben. Das Motto heißt: „ORFA – von der Assistenz über die Delegation zur Eigenständigkeit." Uwe Schwokowski: „Wir werden die konservative Orthopädie in unseren Praxen durch ein kompetentes Praxisteam mit gut ausgebildeten und motivierten Mitarbeiterinnen deutlich verbessern können."

Die Organisatoren des Kurses bedanken sich ganz herzlich bei BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher und seinem Vorstandsteam für die Glückwünsche zum ORFA-Finale.

Die weiteren Wünsche und Ziele:

- Überzeugungsarbeit bei den Praxisinhabern zu leisten, dass die ORFA nicht mehr kostet, sondern durch Entlastung für mehr Einkommen sorgt.
- ORFA-Kurse bundesweit anzubieten, ggf. auch in Verbindung mit der von Reinhard Deinfelder geplanten NÄPA (Nicht-ärztlichen-Praxis-Assistentin) in Baden Württemberg.

Aus den Verbänden

ORFA – BERUFSBEGLEITENDER WEITERBILDUNGSLEHRGANG

Beschwerden des Bewegungsapparates können relativ harmlose Ursachen haben, aber auch durch ernsthafte Erkrankungen wie Osteoporose, Arthrose oder auch Rheuma bedingt sein. Im Rahmen des Lehrgangs zur Orthopädisch-rheumatologischen Fachassistentin (ORFA) sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den chronischen Krankheitsbildern vertraut gemacht werden – speziell mit den entzündlich rheumatischen Erkrankungen wie Rheumatoide Arthritis (RA), Psoriasiarthritis (PsA), axiale Spondyloarthritis (AS) und Polymyalgia rheumatika (PMR).

Das praxisnahe Lernkonzept vermittelt neben dem fachlichen Case-Management den modernen Weg der qualifizierten Praxisorganisation: weg von der alleinigen Facharztbetreuung hin zur systematischen Teamarbeit.

Als Lernzielkontrolle erfolgen ein schriftlicher Test und eine kleine Projektarbeit. Die Übergabe des persönlichen Zertifikats erlaubt den Absolventinnen, den Titel „Orthopädisch-rheumatologische Fachassistent / in“ (ORFA) zu führen.

Lehrgangsziele:

- qualitative Patientenversorgung auf hohem Niveau durch professionelle Entlastung des Orthopäden / Rheumatologen mit Hilfe der antizipativen (zielorientierten und assistierten) Patientensteuerung
- Qualifizierung und Kompetenzerweiterung für die MFA (Job-Enrichment)
- strukturierte Patientenbetreuung in Kooperation (Arzt und Team)

Organisatoren:
Akademie Deutscher Orthopäden (ADO): Melanie Dewart, Stefanie Gey und Karen Thielert-Krömer

Versicherungsservice für Nachwuchsmediziner in OU

YOUNGSTER´S

BERUFSVERBAND FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE e. V.

Ob noch als Student/Famulant/Arzt im Praktischen Jahr (PJ) oder bereits als Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist Ihr Versicherungsschutz an den jeweils neuen Lebensabschnitt anzupassen. Für die künftige ärztliche Tätigkeit benötigen Sie aller Voraussicht nach eine andere Absicherung als bisher. Die folgenden Punkte können als Wegweiser dienen, ohne allerdings eine individuelle Prüfung zu ersetzen.

Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Die Berufs-Haftpflicht-Versicherung erfüllt zwei Aufgaben. Zum einen gewährt sie Ärzten Versicherungsschutz für berechtigte Haftpflichtansprüche von Patienten. Zum anderen wehrt sie unberechtigte Forderungen ab. Klagen Patienten auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld, übernimmt der Haftpflichtversicherer zudem die Anwalts- und Verfahrenskosten.

Ärzte müssen sich gemäß §21 ihrer (Muster)-Berufsordnung hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit versichern. Reicht der Versicherungsschutz nicht aus, kann das Ruhen der Approbation gemäß §6 Bundesärzteordnung (BÄO) angeordnet werden. Zudem haften Ärzte bei unzureichender Absicherung mit ihrem Privatvermögen.

Ärzte sind durch ihre Mitgliedschaft im Berufsverband der Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) grundsätzlich nicht automatisch berufshaftpflichtversichert. Es gibt allerdings eine Ausnahme: die Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung.

Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung

Mit dieser Versicherung will der BVOU seine Mitglieder fördern und bei Weiterbildungen unterstützen. Hier sind eine Deckungssumme von 10 Mio. Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden und ein subsidiärer Versicherungsschutz vereinbart.

Gastarzt im Sinne des Vertrages ist ein Arzt, der

- zur Erweiterung und Vertiefung seiner beruflichen Fähigkeiten oder zum Erlernen einer besonderen medizinischen Technik
- unentgeltlich und nicht in hauptberuflicher Stellung in einer Arztpraxis, Klinik, Tagesklinik, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einem OP-Zentrum hospitiert, um die angestrebten Fertigkeiten zu erlernen. Dabei ist ein Gastarzt grundsätzlich weisungsgebunden und unter unmittelbarer und ständiger Aufsicht tätig.

Versicherungsschutz genießen BVOU-Mitglieder, die als Gastärzte auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie im Inland, in Österreich und in der Schweiz jeweils bis zu acht Wochen im Jahr tätig sind. Es sei denn, die Tätigkeiten fallen in Österreich und in der Schweiz unter die (Pflicht)-Versicherungsvorschriften. Besteht für die vom Weiterbildungsassistenten eingegangene ärztliche Tätigkeit eine eigene Versicherungspflicht, muss sich der Arzt vor Ort selbst berufshaftpflichtversichern.

Das Berufs-Haftpflichtrisiko der Studenten/Famulanten und Ärzte im Praktischen Jahr (PJ'ler) als BVOU-Mitglieder gilt im Rahmen und Umfang der Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung des Berufsverbandes automatisch subsidiär (sofern hierfür anderweitig kein Versicherungsschutz besteht) als mitversichert. Hierbei handelt es sich um eine Serviceleistung des BVOU für seine Nachwuchsmediziner.

Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung

Der BVOU hat für alle Mitglieder eine Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung für die berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen abgeschlossen.

Sie beinhaltet folgende Elemente:

- Straf-Rechtsschutz einschließlich Erste-Hilfe-Leistungen,
- Arbeits-Rechtsschutz für angestellte Ärzte beziehungsweise Verwaltungs-Rechtsschutz für beamtete Ärzte vom Zeitpunkt der gerichtlichen Wahrnehmung an,
- Sozialgerichts-Rechtsschutz für Musterprozesse und
- Rechtsschutz aus Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararztverträgen vom Zeitpunkt der gerichtlichen Wahrnehmung an.

Die Absicherung besteht subsidiär, das heißt sie greift nur, wenn kein anderweitiger Versicherungsschutz existiert. Die Versicherung mit einer Versicherungssum-

me von 1 Mio. Euro gilt in Europa und den Mittelmeer-Anrainerstaaten. Für Sozial-Rechtsschutzfälle besteht indes nur Versicherungsschutz, wenn diese vor deutschen Sozialgerichten ausgetragen werden.

Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung

BVOU-Nachwuchsmediziner in OU haben die Beitrittsmöglichkeit zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung. Der Berufsverband sieht zum einen spezielle Sonderkonditionen zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung für Studenten, Famulanten und PJ`ler im privaten, zum anderen für Assistenzärzte in Weiterbildung zur Orthopädie und Unfallchirurgie sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich vor. Der BVOU bietet seinen Mitgliedern exklusive Sonderkonditionen, die den Leistungen der Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung und dem tatsächlichen Versicherungsbedarf der Nachwuchsmediziner angepasst wurden. Nachteilige Überschneidungen sind ausgeschlossen. Marktübliche Ärzte-Rechtsschutzpakete sind wesentlich teurer.

Unfall-Versicherung

BVOU-Nachwuchsmediziner in OU können zudem eine Unfall-Versicherung für Ärzte (UVÄ) abschließen. Dieser Schutz beinhaltet Entschädigungsleistungen ab einem Invaliditätsgrad von 50% und eine Gliedertaxe, die das berufliche Risiko vor allem bei Fingerschäden zu einer günstigen Prämie versichert. Entschädigungen für geringere Invaliditätsgrade können Interessenten auf Wunsch gesondert absichern.

Private Versicherungen

BVOU-Nachwuchs in OU sollten zudem ihre private Kranken-Versicherungen, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeld-Versicherungen an die veränderten Bedürfnisse anpassen. Auch private Haftpflicht-, Tierhalter- und Kfz-Haftpflicht-Versicherungen sowie Versicherungen für Gebäude und Einrichtungen müssten auf Aktualität geprüft werden. Eine Kopplung von privaten und beruflichen Haftpflicht-Versicherungen könnte sich wegen möglicher Rabatte auszahlen. Möglich ist dies aber nur, wenn die Privat-Haftpflicht als rechtlich eigenständiger Vertrag geführt wird. Auch zur Auslands-Reise-Kranken-Versicherung sowie Berufsunfähigkeitsversicherung existieren für Nachwuchsmediziner in OU Sonderkonditionen, welche bei Bedarf gesondert angefragt werden können.

Das Serviceangebot des BVOU inkludiert auch eine exklusive Beratung zu kostengünstigen Modellen zur Altersvorsorge.

Haben wir Ihr Interesse geweckt und Sie wünschen eine individuelle Beratung zu einzelnen Versicherungsthemen? Dann wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des BVOU:

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Straße des 17. Juni 106 – 108 | 10623 Berlin
Tel. +49 30 797444-44 | Fax +49 30 797444-45
E-Mail bvou@bvou.net

Ihre Anfrage wird umgehend an die Spezialisten unseres Kooperationspartners, die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH in Hamburg, zur Beantwortung übermittelt.

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
Olga Zöllner
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
Tel.: (040) 35 91 4-285
fax +49 40 3591473-494
e-mail o.zoellner@funk-gruppe.de

Neue Mitglieder

Michael **Becker** · Göttingen
Dr. Volker **Berner** · Esslingen
Dr. Carsten **Bochwitz** · Burg
Dr. Jessica **Deutmarg** · Tettnang
Prof. Dr. Axel **Ekkernkamp** · Greifswald
Dr. Sebastian **Gleißner** · Altötting
Dr. Roland **Ivo** · Sankt Augustin
Dr. Markus **Kupfer** · Chemnitz
Dr. Christian **Maier** · Überlingen
Dr. Christian **May** · Freiburg
Dr. Jörg **Meiforth** · Rastatt
Dr. Manuel **Mutschler** · Köln
Eike Christian **Rosenau** · Hamburg
Dr. Michael **Schlumberger** · Markgröningen
Dr. Christian **Schmitz** · Mönchengladbach
Dr. Wolfgang **Stosiek** 93053 · Regensburg
Dr. Sebastian **Stremme** · Erlangen
Dr. Martin Maria **von Schroeter** · Moers

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Nordrhein

Landeswahlen. **Dr. Roland Tenbrock** aus Düsseldorf wurde zum neuen Landesvorsitzenden gewählt. Das Amt als Stellvertreter übernehmen **Dr. Stephan Grüner** aus Köln und **Dr. Folker Franzen** aus Bergisch Gladbach.

IBEROSTAR HOTELS & RESORTS

20%
Rabatt

Mit über 100 Hotels der 4- und 5-Sterne-Kategorie bietet Ihnen IBEROSTAR Hotels & Resorts eine Auswahl an traumhaften Orten für Ihren Urlaub, Ihre Kurzreise, für Vergnügungsreisen und Firmenevents in den beliebtesten Reisezielen Spaniens, des übrigen Mittelmeeraums und der Karibik.

cubit

bis zu
15%
Rabatt

Cubit® – die Basis für individuelles Wohnen. Den Ausdruck von Regal oder Sofa bestimmen Sie selbst, denn puristisches Design harmoniert mit vielen Dimensionen, Farben und Oberflächen. Die hochwertigen Module aus Manufakturen arrangieren Sie dank Steck-system und werkzeugfreier Montage immer wieder neu, oder erweitern sie. Kleinste Einheiten gestalten Ihre großartige Wohnwelt.

GARMIN

bis zu
25%
Rabatt

Das Unternehmen Garmin entstand aus dem Wunsch heraus, mehr zu entdecken, mehr zu erreichen und mehr zu lernen. Wir entwickeln hochwertige GPS-Produkte in den Bereichen Straßennavigation, Sport, Outdoor, Marine und Luftfahrt, die ein wesentlicher Bestandteil unseres Lebens sind. Unsere Kunden teilen unsere Leidenschaft für Innovation und den Drang sich stets neuen Herausforderungen zu stellen.

CHRONOLINE

20%
Rabatt

Chronoline.de bietet Ihnen eine riesige Auswahl an Markenuhren und Schmuck. Sie können aus über 35 Marken wählen und unser Sortiment wächst stetig weiter. Zusätzlich liefern wir Ihnen Ihre Bestellung kostenlos nach Hause. Sicheres Einkaufen und Zufriedenheit sind uns äußerst wichtig – Trusted Shops bewertet uns mit „Sehr Gut“ bei einem Zufriedenheitsindex von 100%.

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

Jahresbericht 2014 der AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Prof. Dr. Heiko Reichel, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Die AE blickt auf ein weiteres Jahr des Wachstums und der organisatorischen Weiterentwicklung zurück. Die Mitgliederzahl ist auch im vergangenen Jahr gestiegen, im Bereich der Fortbildung wurden die Aktivitäten der Gesellschaft einmal mehr verstärkt.

Organisatorisches

Die in der Mitgliederversammlung im Dezember 2013 beschlossene Namensänderung wurde in der Satzung und im öffentlichen Auftritt der AE vollzogen: Die frühere Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik agiert seitdem unter dem Namen „AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik". Als Sektion der DGOU ist sie weiterhin der Hauptansprechpartner für alle Themenbereiche der Endoprothetik. Dies wurde von der DGOU ausdrücklich bestätigt. Bei der Mitgliederversammlung im Dezember 2014 wurden auch 55 neue Mitglieder aufgenommen. Damit hatte die AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik zum Ende des Jahres 2014 mehr als 600 Mitglieder.

Prof. Dr. Heiko Reichel (Ulm) ist 2015 AE-Präsident. Die Amtszeit des Präsidenten dauert fortan ein Jahr. Neuer Generalsekretär ist Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (Braunschweig). Das Amt des Ersten Vizepräsidenten übernimmt Prof. Dr. Carsten Perka (Berlin), Zweiter Vizepräsident ist Prof. Dr. Henning Windhagen (Hannover).

Um das Präsidium in der Weiterentwicklung der Gesellschaft zu unterstützen, wurde bereits 2013 die Gründung der Akademie für die besonders aktiven Mitglieder der AE beschlossen. Ihr gehören 42 Mitglieder an. In der ersten Sitzung, die am 4. Dezember 2014 in Bonn stattfand, wurde der ehemalige AE-Generalsekretär, Prof. Dr. Wolfhart Puhl, zum Sprecher der Akademie gewählt. Geleitet wird die Akademie laut Geschäftsordnung vom ersten Vizepräsidenten der AE. Weiterhin fungiert die ComGen als Organisation für aktive Kollegen in nichtselbständiger Position innerhalb der AE. Sie hat heute 60 Mitglieder. Die ComGen-Mitgliederversammlung hat im Juni 2014 Prof. Dr. Andreas Niemeier (Hamburg) als Nachfolger von PD Dr. Stephan Kirschner, der eine leitende Klinikfunktion übernommen hat, zu ihrem Präsidenten gewählt.

Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung steht im Mittelpunkt der Aktivitäten der AE. Das wichtige Format stellen dabei die AE-Kurse sowie die Masterkurse dar, deren Schwerpunkt im Bereich der Hüft- und Kniegelenkchirurgie liegt. Hier werden Grundlagen- und Expertenwissen zu diesen zentralen Themen der Endoprothetik vermittelt. Weitere Kursformate gehen auf enger umschriebene Themenbereiche und spezielle Bedürfnisse der Fortbildung ein: Das Tutorial zeichnet sich durch ein sehr intensives Schulungsprogramm in kleinen Gruppen aus. Kompaktkurse beschäftigen sich mit eng umrissenen Themen wie Zementiertechnik oder perioperatives Management. Für das Schultergelenk wird jährlich, für die Hand und das Handgelenk alle zwei Jahre ein Spezialkurs angeboten. Die Didaktikkurse der Reihe Teach the Teacher stärken die Qualifikation von Kursleitern und Referenten von AE-Veranstaltungen. Insgesamt waren 2014 bei 21 AE-Veranstaltungen rund 1000 Teilnehmer registriert. Die bei allen Veranstaltungen durchgeführten, detaillierten Evaluationen spiegeln eine durchgängig hohe Zufriedenheit der Teilnehmer wider. Im Folgenden sollen nur die wichtigsten Veranstaltungen kurz erwähnt werden.

16. AE-Kongress

Der 16. AE-Kongress am 5.-6. Dezember 2014 in Bonn stand unter dem Motto „Ärztliche Kunst in der Endoprothetik". Die wissenschaftlichen Leiter waren Dr. Daniel Frank (Düsseldorf), Dr. Holger Haas (Bonn), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt am Main) und Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (Bonn). Zu den zahlreichen Programmpunkten gehörte zum fünften Mal auch die Promotionssession der ComGen. Im Rahmen des 16. AE-Kongresses wurde Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Böhler (Linz) die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

11. ComGen-Kongress

Der 11. ComGen-Kongress am 27.-28.06.2014 in Halle hatte den Titel „Aktueller Stand und Innovationen in der Endoprothetik". Die wissenschaftliche Leitung hatten Prof. Dr. David Wohlrab (Halle), PD Dr. Alexander Zeh (Halle) und PD Dr. Ingmar Meinecke (Leipzig) inne.

Beim DKOU 2014 hat die AE am Tag der Sektionen zwei Vortragssessions bestritten. Die Themen waren „Moderne Verfahren in der Hüftendoprothetik – ist das Risiko gerechtfertigt?" und „OP-Techniken Knie". Die dort vorgestellten Arbeiten werden auch als Beiträge in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie erscheinen.

Am 25. Juni 2014 fand in Halle das fünfte Didaktikseminar „Teach the Teacher" unter der Leitung von Prof. Dr. Wolf Mutschler und Prof. Dr. Matthias Siebeck statt.

Veranstaltungsorganisation

Um die Effizienz der Veranstaltungsorganisation zu steigern und regionale Zentren zu schaffen, werden AE-Kurse künftig überwiegend in Berlin und Köln stattfinden. Mit der Konzentration der Veranstaltungen auf diese beiden zentralen Orte wurde ein Beschluss des AE-Präsidiums umgesetzt. Veranstaltungen mit einer großen Tradition, wie die AE-Kurse in Ofterschwang oder die Tutorials in Glonn, werden aber weiterhin angeboten. 2015 wird es auf Initiative von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (Dresden) einen neuen AE-Kurs zur gelenkerhaltenden Hüftchirurgie geben.

Um die vielfältigen und wachsenden Aufgaben der AE bewältigen zu können, wurde auf Beschluss des Präsidiums die Position eines Geschäftsführers der AE

GmbH geschaffen. Seit dem 01.01.2014 hat Herr Harald Meyer die Aufgabe übernommen, in dieser Position die weitere Entwicklung der AE mitzugestalten.

Als bewährte Plattform für Qualitätsinitiativen wird es wieder ein AE-internes Forum **Experts meet Experts** zum Thema „Prävention perioperativer Infektionen" unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Tirschenreuth) und PD Dr. Stephan Kirschner (Karlsruhe) während des NOUV-Kongresses in Hamburg geben.

Publikationen

Neuauflagen sind für die ausverkauften AE-Manuale Hüfte, Knie und Schulter geplant. Die Manuale Ellenbogen sowie Sprunggelenk und Fuß sind noch verfügbar.

AE-Preis

Jährlich wird der mit 10.000 Euro dotierte AE-Preis als Auszeichnung für eine innovative wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik vergeben. 2014 wurden insgesamt 19 hochkarätige Publikationen aus den besten Journalen des Faches dafür eingereicht. Die höchste Punktzahl erreichte eine Publikation der Arbeitsgruppe von Dr. Julia Wölfle-Roos aus Ulm.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Informationsbedarf der Öffentlichkeit und insbesondere der (potenziellen) Patienten im Hinblick auf die Endoprothetik hat stark zugenommen. Die AE hat es sich zur Aufgabe gemacht, auch außerhalb der Fachkreise Information und Expertise zur Verfügung zu stellen. Auf Beschluss der Mitgliederversammlung wurde die Satzung durch folgenden Passus ergänzt: „Übermittlung von Informationen über Endoprothetik an Patienten, z. B. durch Beantwortung von Patientenanfragen, Pressemitteilungen und Informationsveranstaltungen". In Zusammenarbeit mit dem Thieme-Verlag hat die AE seit 2014 zwei Pressemitteilungen herausgegeben:

- Künstliche Knie- und Hüftgelenke „bewegen"
- Mindestmengen für Kniegelenk-OP an Kliniken wieder in Kraft – Endoprothetik-Experten raten zur Quote

(Die Pressemitteilungen können auf der AE-Website abgerufen werden.)

Qualitätssicherung

Die Sicherung und weitere Verbesserung der Qualität der Endoprothetik ist das zentrale Anliegen der AE. Wir arbeiten deshalb eng mit der Initiative EndoCert zusammen. Die kontinuierliche Fortbildung der in den zertifizierten Kliniken arbeitenden Operateure soll künftig größeres Gewicht erhalten. Auf diesem Gebiet ist eine intensivierte Kooperation zwischen AE und EndoCert geplant.

Die AE unterstützt auch die Etablierung des deutschen Endoprothesenregisters. Unsere Präsidiumsmitglieder arbeiten in verschiedenen Positionen aktiv bei der EPRD mit. Am 5.-6. November 2015 wird die AE in Frankfurt am Main zusammen mit dem BVMed den 2. Kongress zur Qualitäts- und Sicherheitsinitiative in der Endoprothetik veranstalten.

Danksagung

Ein besonderer Dank gebührt an dieser Stelle Prof. Dr. Wolfhart Puhl. Er war 1996 Gründungspräsident der AE und bis 2014 ihr Generalsekretär. Mit seinem unermüdlichen Einsatz und seiner hohen fachlichen Kompetenz hat er die Entwicklung unserer Gesellschaft maßgeblich geprägt und einen unschätzbaren Beitrag zu ihrer heutigen Stärke geleistet. Wir danken Wolfhart Puhl im Namen aller Mitglieder und freuen uns, dass er als Sprecher der Akademie weiterhin eine wichtige Funktion in der AE ausübt.

Alle Anstrengungen und Arbeiten der AE wären ohne die finanzielle Unterstützung der kooperierenden Industriepartner nicht möglich. Daher möchte die AE an dieser Stelle den Firmen Aesculap, Ceramtec, DePuy-Synthes, Link, Peter Brehm, Stryker, Zimmer, Biomet und Resorba für die Zusammenarbeit mit der AE danken.

Hinweise

Die AE steht allen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Schwerpunkt Endoprothetik offen. Bei Interesse an einer Mitgliedschaft in der AE wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle der AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V.
Oltmannsstraße 5
D-79100 Freiburg
Telefon: +49 (0)761/45 64 76 66
Fax: +49 (0)761/45 64 76 60
a.trautwein@ae-germany.com

Die AE möchte alle Kollegen herzlich zu ihren Veranstaltungen einladen. Eine Liste der aktuellen AE-Veranstaltungen 2015 finden Sie unter www.ae-gmbh.com.

Prof. Dr. Heiko Reichel, Präsident

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Generalsekretär

DGMM-Positionspapier zur „Osteopathie“ in Deutschland

DGMM
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V.

Dr. Matthias Pszczolla

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V. (DGMM) und der Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) lehnen den eigenständigen Beruf des Osteopathen ab und halten fest, dass es in Deutschland eine gute und flächendeckende osteopathische Versorgung durch Ärzte und Physiotherapeuten gibt. Hier das gekürzte DGMM-Positionspapier zu „Osteopathie“.

Osteopathie ist Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin. Sie ist bei vielen von Schmerzen begleiteten Funktionsstörungen und Erkrankungen insbesondere am Bewegungsorgan eine wirksame Alternative bzw. Ergänzung zu medikamentöser Behandlung oder zu operativen Eingriffen.

- Die Anwendung von Verfahren oder Techniken der Manuellen Medizin / Osteopathie im Primärzugang zum Patienten und die Indikationsstellung zur Anwendung dieser Methoden im Umkreis der PKV und der GKV ist in Deutschland exklusiv an den Status Facharzt mit entsprechender Zusatzweiterbildung gebunden.
- Keine andere Berufsgruppe kann die Patientensicherheit, die Einbindung dieser Verfahren und Techniken in komplexe, evidenzbasierte therapeutische Strategien und ggf. das Management von Komplikationen auf dem Boden internationaler Standards ausreichend gewährleisten. Patientensicherheit auch im Hinblick auf schnellstmögliche, diagnostisch korrekte Einordnung von möglichen Gesundheitsstörungen und maximal sichere Vermeidung von Komplikationen ist oberstes Postulat.
- Die Anwendung der Manuellen Medizin / Osteopathie durch den qualifizierten Arzt ist effizient und ergebnisbezogen unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland. Indikationsstellung und Ergebniskontrolle sind exklusiv dieser fachärztlichen Kompetenz vorbehalten.
- Der einzig in Deutschland existierende Beruf des Heilpraktikers bietet den gesetzlich geregelten Qualifikationsrahmen für die eigenverantwortliche Anwendung manueller und osteopathischer Verfahren für Nichtärzte.
- Im internationalen Vergleich hat kein Land so viele in Manueller Medizin / Osteopathie weiter- und fortgebildete Fachärztinnen und Fachärzte (bezogen auf die Bevölkerungszahl), wie die Bundesrepublik Deutschland.
- Die Implementierung eines neuen Heilberufs unter der Bezeichnung „Osteopath“ oder verwandter Begriffe neben dem Arzt und Heilpraktiker wird deshalb ausdrücklich und dringlich abgelehnt.
- Der Versuch über das europäische CEN und deutsche DIN Institut, „Osteopathische Gesundheitsversorgung“ als Dienstleistung im Gesundheitswesen zu implementieren, wird zurückgewiesen, da dies ohne Einhaltung wissenschaftlicher Standards und am System der Selbstverwaltung vorbei die ärztliche Therapiefreiheit einschränkt und die Patientensicherheit unter Umständen erheblich gefährdet.

Kommentar und Erläuterungen

Der Begriff „Osteopathie“ geht auf eine in Nordamerika im 19. Jahrhundert entwickelte Heilmethode zurück und rangiert heute in den USA wie in der internationalen Literatur unter dem Oberbegriff „Manuelle Medizin“. In zahlreichen Ländern der Welt werden osteopathische Techniken von verschiedensten Personen unterschiedlichster Berufsgruppen zum Erhalt und der Wiederherstellung / Erhaltung der Gesundheit angewendet. Ausschließlich in den USA existiert der Abschluss eines universitären Medizinstudiums als Doctor of Osteopathy (D.O.), heute eine dem Arzt, Medical Doctor (MD), völlig identische Qualifikation mit allen Rechten und Pflichten des Arztes. In den anderen Ländern der Welt kann man bei den Anwendern von „Osteopathie“ im Wesentlichen davon ausgehen, dass die Ausbildung in Fachschulen, Bachelor- und Masterstudiengängen erfolgt. Das Ausbildungsangebot und die Curricula sind jedoch extrem heterogen.

Der Verweis auf die Stärkung und Aktivierung sogenannter Selbstheilungskräfte als einer dem Organismus innewohnende Option (Salutogenese) ist Bestandteil einer osteopathischen Einordnung von Beschwerden und die Grundlage therapeutischen Vorgehens. Die Osteopathie stellt in Teilen ihres Wesens, wie auch andere medizinische Bereiche, ein offenes, nicht strikt determiniertes System für Diagnose und Therapie dar.

Die ärztliche Osteopathie ist um einen fortwährenden Erkenntnisgewinn im wissenschaftlichen Sinne bemüht, ausgerichtet an dem aktuellen Stand der Forschung. Sie arbeitet an einer bestmöglichen Evidenz auch für solche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, bei denen derzeit ein noch niedriges Evidenzniveau zu konstatieren ist.

Im Folgenden soll speziell auf die Verhältnisse in Deutschland eingegangen werden:

1.) Betreffend die Ärzte in verschiedensten Fach-Spezialisierungen

In Deutschland ist die Anwendung von Teilen osteopathischer Diagnose- und Therapieverfahren für Ärzte inhaltlich in die Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin / Chirotherapie“ eingebettet und gesetzlich in der ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) für Ärzte sowie in den Fortbildungscurricula der Landesärztekammern geregelt.

Die Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ vermittelt dem Facharzt in 320 Stunden die Weiterbildung Manuelle Medizin, in der bereits die Grundzüge auch explizit osteopathischer Diagnose- und Therapietechniken abgebildet sind.

Aufbauend auf die Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ können Ärzte eine ergänzende strukturierte curriculare Fortbildung „Osteopathische Verfahren“, zertifiziert durch einige Landesärztekammern, absolvieren und als führbare Qualifikation erwerben. Dabei bleiben aber grundlegende Wesensinhalte dessen, was Osteopathie im umfassenden Sinne beinhaltet, ungenügend abgebildet.

Bis zu 420 zusätzliche Stunden Fortbildung in „ärztlicher Osteopathie“ werden von den Gesellschaften und Akademien im Umkreis der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin vermittelt. Die DGMM selbst ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften).

Die fachärztliche Diagnostik und Therapie auf dem Boden der modernen, wissenschaftlichen Medizin im internationalen Standard enthält heute grundsätzlich die ganzheitliche Herangehensweise an Psyche und Soma, die Patientenaufklärung und Patientenedukation. Dies ist kein Alleinstellungsmerkmal der Osteopathie, wie es vielerorts gerne postuliert wird.

Selbstverständlich sind Assessment, Diagnose, Differentialdiagnose, leitliniengerechte Therapie und Management möglicher Komplikationen wesentlicher Bestandteil der Anwendung osteopathischer Techniken in der Hand des Facharztes.

Bei korrekter ärztlicher Anamnese, Stufendiagnostik, Diagnose, Indikationsstellung und Durchführung manueller Techniken aus geübter Hand unter Beachtung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) sind die Erfolge der „Manuellen Medizin“ einschließlich der ärztlichen „Osteopathischen Medizin“ innerhalb bestimmter Entitäten (z. B. Kreuzschmerz, Rückenschmerz, zervikogener Kopfschmerz u. a.) beträchtlich und messbar im Sinne der EBM.

Die zeitliche Dimension regelrechter Anwendung explizit osteopathischer Diagnosestellung und Behandlung überschreitet – entgegen des aus unserer Sicht Wünschenswerten – häufig den gesamtwirtschaftlich begründeten Versorgungsrahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus findet sich für eine Reihe der von nichtärztlich osteopathischer Seite postulierten Indikationen und für bestimmte Therapieverfahren heute noch keine wirkliche Evidenz im Sinne des derzeitigen wissenschaftstheoretischen Verständnisses.

2.) Betreffend nichtärztliche etablierte Heilhilfsberufe

Heilhilfsberufe (Physiotherapeuten) können osteopathische Verfahren nach entsprechender Fortbildung als delegierbare Leistungen nach ärztlicher Verordnung als Ergänzung der Manuellen Therapie anwenden. Andernfalls sind osteopathische Leistungen jedoch nur als Heilpraktiker zu erbringen und außerhalb des gesetzlichen Heil- und Hilfsmittelkataloges zu vergüten. Private Krankenversicherer haben unterschiedliche Regelungen insbesondere zur Erstattung für Leistungen von Heilpraktikern.

3.) Betreffend Heilpraktiker

Der Heilpraktiker in Deutschland hat kraft Gesetzes den Primärzugang zum Patienten und kann jede Form der ihm in diesem Rahmen zugestandenen Therapien anwenden, also auch Osteopathie.

4.) Betreffend Personen, die nicht der Ärzteschaft oder Heilhilfsberufen angehören und die nicht unter das Heilpraktikergesetz fallen und „Osteopathie“ ausüben.

Im nicht-ärztlichen Ausbildungsbereich in Deutschland finden sich Schulen und Fachhochschulen, die zunehmend auch weitestgehende medizinische Laien in Curricula zwischen 300 und 5000 Stunden zum „Osteopathen“ ausbilden. Eine Qualifikation und Berufsbezeichnung, die in Deutschland keiner gesetzlichen Regelung unterliegt und für die es keine legalen Anforderungsprofile gibt. Hier eröffnet sich für medizinische Laien die Möglichkeit in die Szene der Helfer und Heiler einzutreten. Die Inhalte entziehen sich in weiten Teilen einer kritischen Bewertung und werden als eigene Entitäten dargestellt. Der zuwendungsintensive und empathische Aspekt der Osteopathie, und der ggf. damit verbundene therapeutische Erfolg, dürfen nicht an die Stelle einer wissenschaftlich orientierten, seriösen Heilkunde treten. Aus Kreisen nicht ärztlicher Ausbildungsstätten und ihren sie vertretenden Berufsverbänden wird neben der gesetzlichen Vereinheitlichung der Ausbildung auch die Anerkennung eines eigenen zusätzlichen Berufsbildes neben Arzt, Physiotherapeut und Heilpraktiker gefordert.

Die DGMM lehnt dieses Ansinnen ab. Die notwendige Kompetenz für Diagnose, Differentialdiagnose, Bestimmung der Kontraindikation und diagnosebezogene Therapie gewährleistet nur das Medizinstudium und die Facharztweiterbildung.

5.) CEN – DIN „Osteopathische Gesundheitsversorgung“

Inzwischen gibt es starke Kräfte und politische Strömungen außerhalb der Ärzteschaft, die die Institutionalisierung des „Osteopathen“ als Heilberuf mit Primärzugang in Deutschland fordern. Da Politik und Kostenträger im Gesundheitswesen die von diesen Kräften angestrebte gesetzliche Installation eines neuen Heilberufes aus verständlichen Gründen zurückweisen, wird nun versucht, über den Umweg einer „Normierung“ (über das europäische CEN und das deutsche DIN- Institut) eine weiche Vorschrift unter der Ebene eines Gesetzes zu erstellen, die den Weg einer Gesetzgebung zur Installation eines teilweise auch „akademischen“ Osteopathen ebnen soll.

Ärztekammern und wissenschaftliche Fachgesellschaften weisen diesen Versuch einer Normierung von Gesundheitsdienstleistungen entschieden zurück, da diese Normierung in unzulässiger Weise auf die individuelle Behandlung des jeweiligen Patienten und die Therapiefreiheit der Heilberufe einwirkt. Des Weiteren sind Normen nicht geeignet, wissenschaftlich gebotene Standards für stets komplexe und immer individuelle medizinische Behandlungen festzulegen und zu bestimmen.

Geschäftsstelle DGMM
DGMSM e. V. –
Akademie Boppard
Tel. 06742 8001-0,
post@dgmm.de
Dr. Matthias Psczolla,
Präsident der DGMM

Einladung zum deutschen Rheumatologenkongres

Dr. Ingo Arnold, Prof. Dr. Stefan Rehart

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen in der deutschen O und U,

wir laden Sie alle nach Norddeutschland ein, um gemeinsam den Kongress der deutschen Rheumatologen, der vom 2. bis 5. September 2015 in Bremen stattfindet, zu bestreiten. Bei dieser Veranstaltung handelt es sich um die interdisziplinäre Kooperation des 43. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, DGRh, zusammen mit der 29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie, DGORh, und der 25. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder und Jugendrheumatologie, GKJR. Verbinden lässt sich dieses Vorhaben mit der Möglichkeit einer Zeitreise zwischen ruhmreicher, maritimer Handels- und Hansestadt und einer moderner Urbanität.

Mit Prof. Jens Kuipers (DGRh), Dr. Ingo Arnold (DGORh) und Prof. Hans-Iko Huppertz (GKJR) haben alle drei Kongresspräsidenten ihre berufliche Wirkungsstätte in Bremen. Als Lokalmatadoren haben sie sich dabei für eine Tagung der kurzen Wege eingesetzt, nicht zuletzt auch deshalb, weil gerade der Bremer gerne Rad fährt. Sowohl der Flughafen als auch der Hauptbahnhof sind in dem Messegelände an der Bürgerweide angebunden. Zudem weist die Stadt eine große Dichte attraktiver Hotels in zentraler Lage auf.

Unter anderem haben auch die erfolgreichen ADO-Zertifizierungskurse viele Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie für die Diagnose und Behandlung von entzündlich rheumatischen Erkrankungen sensibilisiert. In Zeiten knapper Ressourcen bei gleichzeitig präsenten effektiven modernen Therapieoptionen in der „Rheumatologie“ mit der Erkenntnis der Vorteile einer sehr schnellen Behandlungseinleitung gilt es, Schnittstellen zu optimieren und die Interdisziplinarität zu pflegen. In diesem Bewusstsein wurde auch dieser Kongress inhaltlich zusammengestellt. Dabei sind mindestens zwei der fünf Haupt-Themenschwerpunkte orthopädisch-unfallchirurgisch äußerst attraktiv, werden doch Inhalte angesprochen, die nicht ausschließlich Domäne operativen Vorgehens darstellen. Neben den Erkenntnissen, die sich dabei allen Kolleginnen und Kollegen unseres Faches bieten, stehen mannigfaltige konservativ orientierte Inhalte zur Diskussion, so z. B. die vielschichtigen Interaktionen zwischen Knochen und Muskulatur. Die komplexen Abläufe beeinflussen nicht nur die Knochenheilung, sondern wirken sich im Wechselspiel zwischen Biologie und Mechanik auch auf Regenerationsvorgänge des Knorpels aus. Dieses leitet unmittelbar zu dem weiteren Themenschwerpunkt der (Osteo-) Arthrose über.

Schmerzen bei Arthrose

Allein in Deutschland berichten dabei über fünf Millionen Menschen – trotz entsprechender Medikation – weiter über Schmerzen. Obwohl sich die Prävalenz bis zum Jahr 2020 voraussichtlich verdoppelt, ist aktuell weiterhin keine kurative Therapiemöglichkeit existent. Neue Einblicke in die Pathogenese unterstreichen neben genetischen und mechanischen Faktoren die Rolle der „fehlgeleiteten“ Entzündung. Die jüngst sich auch in Europa rasant entwickelnde Forschungsaktivität auf diesem Gebiet weist im Übrigen gewisse Parallelen zum rheumatologischen Krankheitsverlauf auf und unterstreicht die Bedeutung der Inflammation, wie sich diese im amerikanischen Sprachgebrauch (Osteoarthritis) ohnehin bereits abbildet. Die multidisziplinären Fachgebiete der „Rheumatologie“ und Orthopädie/Unfallchirurgie sind in diesem Kontext federführend bei der wissenschaftlichen Aufarbeitung. Gerade die rheumatologischen Journale sind interessanterweise mit dem höchsten „impact factor“ versehen. Insofern bietet Ihnen der Deutsche Rheumatologenkongress eine geeignete Plattform für eine spannende wissenschaftliche Aufarbeitung der Materie. Was tut sich medikamentös und wie kommen wir gemeinsam bei den muskulo-skelettalen Erkrankungen weiter? Neben den Plenarsitzungen werden neueste Erkenntnisse zur Pathophysiologie der Arthrose u. a. im „Forum experimentelle Rheumatologie“ berichtet. In den fünf Sitzungen, welche unter der expliziten Schirmherrschaft der orthopädischen Rheumatologie stattfinden, wird es auch um wichtige Aspekte der gemeinsamen Zusammenarbeit im Interesse der chronisch entzündlichen erkrankten Patienten gehen sowie um Innovationen der operativen Rheumaorthopädie.

Operative Rheumaorthopädie

Wann sollte und wann empfiehlt sich überhaupt ein chirurgischer Eingriff? Auch ein fachübergreifender Dialog im Sinne eines Updates moderner Schmerzkonzepte wird stattfinden, genau wie ein ebensolcher zur Osteoporose. Vorrangig angesprochen fühlen sollen sich auch junge Kolleginnen und Kollegen, welche in einer eigenen Session („Rheumadocs“) eine hervorragende Gelegenheit für einen interdisziplinären Austausch finden. Direkt vor Beginn des Kongresses, am Mittwoch, den 2. September, findet zudem an der Wirkstät-

te des DGORh Kongress-Präsidenten im Roten Kreuz Krankenhaus Bremen das seit Jahrzehnten periodisch stattfindende wissenschaftliche „combined meeting“ zwischen der „Japanese Society of Rheumatoid Arthritis Surgery, JSRAS“, und unserer deutschen orthopädisch-rheumatologischen Fachgesellschaft, DGORH, statt. Dieser freundschaftliche Besuch der japanischen Kollegen beruht sich auf einer langen Tradition und erfolgt turnusgemäß alle vier Jahre wechselseitig.

Natürlich darf bei allen hoffentlich spannenden Themendiskussionen auch der persönliche Austausch nicht zu kurz kommen. Das Ambiente des Dorint Parkhotel – direkt am wunderschönen Bürgerpark gelegen – bietet anlässlich des Gesellschaftsabends hierfür den bestmöglichen Rahmen.

Wir freuen uns, ihr Interesse geweckt zu haben. Kommen Sie in den Norden und genießen Sie die hanseatische Atmosphäre, schauen Sie sich Bremens „gute Stube“ an, mit dem Weltkulturerbe von Rathaus und Roland, entdecken Sie den „Schnoor“ (ältester Teil der Stadt), die Schlacht am Weserufer und den Bürgerpark. Alles ist fußläufig nur wenige Minuten vom Kongresszentrum an der Bürgerweide entfernt.

Mit den besten kollegialen Grüßen

Dr. Ingo Arnold, Bremen, Schriftführer und DGORh-Kongresspräsident 2015

Prof. Dr. Stefan Rehart, Frankfurt, Präsident DGORh

Neue Mitglieder

Dr. Yam **Bareksei** · Monheim am Rhein
Dr. Eiko **Vogt** · München
Daiwei **Yao** · Hannover
Kevin **Müller** · Bremen
Dr. Florian **Engelhard** · Schwelm
Dr. Stefan **Meißner** · Schwarzenbruck
Dr. Sonja Rose **Sonnentag** · Stuttgart
Dr. Renata **Lorenzen** · Hamburg
Dr. Vasil **Angelov** · Miltenberg

Dr. Jörg **Schwedtke** · Rheda-Wiedenbrück
Omid **Abbaspour-Fany** · Köln
Galatia **Papadopoulou** · Düsseldorf
Dr. Mickel **Washington** · Holzgerlingen
Aina **Jannermann** · Hamburg
Caroline **Skuhr** · Dassendorf
Dr. Pierre **Kunz** · Heidelberg
Dr. Oliver **Voß** · Wuppertal
Veronika **Köck** · Mainz

Oleh **Maykan** · Essen
Daniela **Eßer** · Paderborn
Dr. Stefan **Förch** · Augsburg
Dr. Nicolae **Horhocea** · Kusel
Thorsten **Eilers** · Grünwald
Arndt **Lehnen** · Mönchengladbach
Dr. Marcus **Aicher** · Kolbermoor

Bericht der IG Konservative Therapie

Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Stefan Rehart, Dr. Matthias Psczolla, Reinhard Deinfelder

Viele unterschiedliche Fachgebiete „ziehen“ Inhalte der konservativen Therapie am muskulo-skelettalen System zu sich und beanspruchen eine diagnostische, bzw. therapeutische Hoheit. Bereits in einer vorherigen OUMN wurde über die gemeinsame Orientierung der unterschiedlichen Gruppierungen in Richtung einer Intensivierung der konservativen Inhalte auf dem Boden der ZB „Orthopädische Rheumatologie“ berichtet. In der DGOU wurde zur Verbesserung der Darstellung der nicht-operative Therapie in Orthopädie und Unfallchirurgie die „Interessengemeinschaft „konservative Therapie in Orthopädie und Unfallchirurgie“ gegründet, im BVOU wird diese schwerpunktmäßig durch das Referat „konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ und „Orthopädische Rheumatologie“ vertreten.

Kein gemeinsames Band

Im Sommer 2014 erfolgte eine Abfrage der DGOU-Sektionen bezüglich der Bearbeitung konservativer Inhalte als erkannte Aufgabe der Sektionen. Als ein erstaunliches Ergebnis kann festgehalten werden: Der Rücklauf ergab: alle Sektionen (Rücklauf 100 Prozent) haben geantwortet und ihre Aktivität mitgeteilt sowie die weitere Mitarbeit avisiert. Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, dass der „konservativen Therapie“ in unserer Fachgesellschaft ein sehr hoher Stellenwert zugemessen wird. Praktisch alle DGOU/DGOOC-Sektionen weisen konservative Inhalte auf, beschäftigen sich aber ausschließlich mit den individuellen sektionsbezogenen Details derselben und sind nicht miteinander vernetzt. In den Sektionen gibt es, in Abhängigkeit von der inhaltlichen Aufgabe, eine riesige Streubreite in Bezug auf das Ausmaß der bearbeiteten konservativen Anteile (wenig bis ausschließlich). Eine gemeinsame „Identifikation“ für die konservative Therapie kann nicht erkannt werden und es besteht keine abgesprochene Kooperation zwischen den Sektionen. Somit existiert keine echte Klammer.

Es wird aber die Notwendigkeit gesehen, eine identitätsstiftende „Klammer“ um die Inhalte der konservativen Therapie über die gesamten Sektionsstrukturen der DGOU (eventuell später auch der Niedergelassenen) hinweg zu etablieren. Diese könnte in mindestens einem, allen gemeinsamen Projekt mit entsprechenden Arbeitsinhalten bestehen, damit der Sinn einer integrativen Beschäftigung evident wird. Das Ziel besteht darin, ein gemeinsames Band der konservativen Therapie in der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie allen Beteiligten sichtbar werden zu lassen. In einem weiteren Schritt sollten dann die Strukturen des DKOU und des VSOU mit gemeinsamen konservativen Inhalten und Formaten fest und gesetzt bestückt werden, um die Durchdringung zu verstärken. Dabei erscheint es sinnvoll, in einem ersten Schritt die jeweiligen Beauftragten von BVOU und DGOU in ihren entsprechenden Wirkbereichen zunächst getrennt und nach individueller Notwendigkeit vorgehen zu lassen und die Vorgehensweise anschließend zusammenzuführen.

Feste Plattform etablieren

Aus Sicht der DGOU-IG-Leiter erscheint es sinnvoll, zeitnah eine feste „Plattform“ für die Kontaktaufnahme zu etablieren, z. B. über eine Anbindung an die Homepage der DGOU und damit einen festen Ansprechpartner nach innen (Vorstand und Mitglieder) und nach außen (externe Partner, andere Fachgesellschaften, etc.). Damit könnten die jeweiligen Anliegen in jede Richtung distribuiert und bearbeitet werden. Mittelfristig könnte das Schaffen eines „Curriculums konservative Therapie“ unter Einbezug aller sich damit beschäftigenden Strukturen (Sektionen/Fachgesellschaften) unter dem Dach der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und des BVOU angedacht werden. Dazu könnten evtl. schon bestehende „Zertifikate“ der einzelnen Sektionen/Fachgesellschaften der O/U in geeigneter Modifikation unter dem Dach einer DGOU-Zertifizierung „konservative Therapie“ gebündelt werden (Technische Orthopädie/Orthopädische Rheumatologie../Manuelle Therapie./Schmerz/Hygiene/Physikalische Therapie., etc.). Bestrebungen einzelner Gruppierungen der O/U, eigene, unabhängige „konservative“ Gesellschaften bzw. Zertifikate zu etablieren, die sich nicht unter dem Dach der DGOU befinden, werden nicht unterstützt (keine personenbezogene Zertifikate. Bevorzugt werden i. A. prozess- und strukturqualitätsgestützte Zertifikate). Zudem sollten Zertifikate nicht dem offensichtlichen Ziel einer monetären Gewinnmaximierung dienen, sondern einem Bedarf in O/U ansprechen, der in den Ausbildungskliniken nicht mehr gedeckt wird/werden kann. Die entsprechenden Curricula dafür sollten von der DGOU/dem BVOU auch unter diesem Hinblick „autorisiert“ werden (Gütesiegel von DGOU/BVOU). Die Organisation/Supervision solcher Zertifikate/Curricula wird notwendig sein.

Weiterbildungsordnung

In der WBO müssen konservative Inhalte aufgeführt werden, schon allein, um den umfassenden Anspruch der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie auf die muskulo-skelettalen Regionen zu fixieren. Die Vermittlung konservativer Inhalte an die nachfolgenden Generationen von Orthopäden und Unfallchirurgen ist zu bedenken. Die regelmäßige Gestaltung von Symposien/Kongressen bezüglich konservativer Therapieinhalte sollte in konzertierter gemeinsamer Arbeit unter dem Signum der IG/des Referates (z. B. beim DKOU/VSOU) erfolgen, um eine Zersplitterung zu verhindern. Die „konservative Therapie“ sollte über die Zeit zu einer allseits wahrnehmbaren Wertemarke der deutschen O & U ausgestaltet werden. Dabei bietet sich aus verschiedenen Gründen der Ausbau der ZB „Orthopädische Rheumatologie“ zu einem Qualitäts-Nachweis der besonderen Beschäftigung mit Inhalten der konservativen Therapie an. Dieser Schritt hat mit der Modifikation der ZB ORh und dem Einbringen in die neue WBO bereits begonnen. Über eine Verbesserung der Vertretung der IG und des Referates in den Vorstandsstrukturen der DGOU und des BVOU wird man befinden müssen.

AGA-Akademie Kurs 2014 „Arthroskopie des Hüftgelenkes“

Kursleitung: Dr. Wolfgang Miehlke, Pforzheim und Dr. Gregor Möckel, Birkenwerder.

Der diesjährige AGA-Akademie Kurs für Hüftarthroskopie fand erstmalig vom 14.–15.11.2014 in der Universität Leipzig, Institut für Anatomie, statt. 22 Teilnehmer aus Deutschland, Österreich, Polen und der Schweiz hatten die Möglichkeit, die Grundlagen und die Technik der Hüftarthroskopie zu erlernen. Der Kurs teilte sich in zwei theoretische und drei praktische Blöcke auf. In Form von Grundlagen- und Übersichtsreferaten wurden den Teilnehmern die Technik, die Indikationen und relevante Therapieverfahren zum Thema Hüftarthroskopie vermittelt.

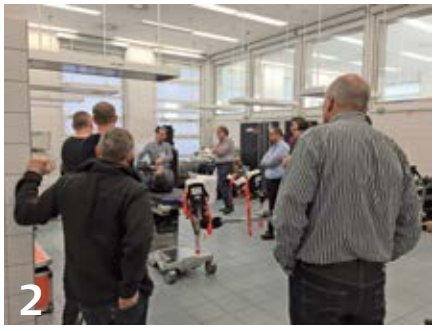
Der praktische Teil gliederte sich in einen Block mit 3 Workshops und viel Zeit zu praktischen Übungen am Humanpräparat auf.

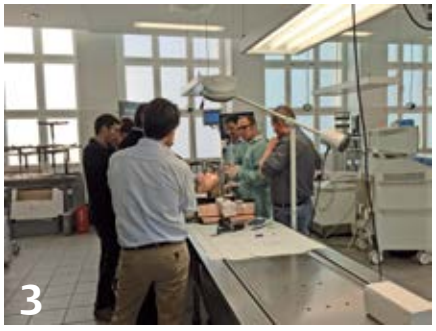
1. Es wurden an anatomischen Präparaten die für die Hüftarthroskopie relevante Topographie von einem Anatomen demonstriert (▶ **Abb. 1**).

2. Im Rahmen eines Lagerungsworkshops wurde die Positionierung des Patienten auf verschiedenen Extensionstischen geübt (▶ **Abb. 2**).

3. An einem Humanpräparat wurde der offene Zugang zur Hüfte mit Luxation des Hüftkopfes im Detail demonstriert (▶ **Abb. 3**).

4. Bei den praktischen Übungen waren die Teilnehmer in Kleingruppen (2–3 Teilnehmer) an den Humanpräparaten aufgeteilt. Unter individueller Anleitung der 9 Instruktoren wurden zunächst die arthroskopischen Zugänge und die Orientierung im zentralen und peripheren Kompartiment des Hüftgelenks geübt. Aufbauend wurden dann detailliert die Techniken der hüftarthroskopischen Operationen vermittelt (▶ **Abb. 4**).





Dr. Wolfgang Miehlke
ARCUS Kliniken
Pforzheim
miehlke@sportklinik.de

Dr. Gregor Möckel
ASKLEPIOS Klinik
Birkenwerder
g.moeckel@asklepios.com

QSR-Indikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz bei Arthrose

Dr. Elke Jeschke, Christian Günster

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) ist ein Verfahren zur Qualitätsmessung. Es hat zum Ziel, Daten zur Verbesserung der Versorgungsqualität vorzulegen. Dabei wird insbesondere die in herkömmlichen Qualitätsmessverfahren schwer zugängliche Information über das Follow up einer Behandlung für die Qualitätsmessung erschlossen und diese Kliniken und Patienten zugänglich gemacht. Als Datengrundlage des QSR-Verfahrens dienen bundesweite Routinedaten der AOK (24 Mio. Versicherte). Dazu zählen anonymisierte Abrechnungsdaten nach §301 SGB V wie Erkrankungen, Eingriffe, Verweildauern, Verlegungen und Entlassungsgründe ergänzt um anonymisierte Versichertenstammdaten wie das Alter und Geschlecht der Patienten sowie den Versicherten- und Überlebensstatus. So ist es mit dem QSR-Verfahren möglich, unterschiedliche Krankenhausaufenthalte und Praxiskontakte einem Patienten zuzuordnen, ohne dass die Person reidentifizierbar ist. Somit können auch Ereignisse im Therapieverlauf in die Qualitätsmessung unabhängig vom Ort der Behandlung einfließen. QSR nutzt Daten, die ohnehin schon vorliegen, ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht nicht. Das QSR-Verfahren gibt es seit nunmehr über 10 Jahren. Es wird vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) getragen und weiterentwickelt und basiert auf einem Projekt des AOK-Bundesverbandes und der HELIOS-Kliniken, das bereits im Jahr 2002 startete. Derzeit gibt es QSR-Indikatoren für 14 Leistungsbereiche, darunter die hier vorgestellten Indikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz bei Arthrose.

Expertenbeteiligung im QSR-Verfahren

Zentraler Bestandteil des QSR-Verfahrens ist seine Weiterentwicklung unter Beteiligung von Experten. Seit dem Jahr 2011 unterstützt ein wissenschaftlicher Beirat bei grundlegenden Fragen. Daneben existieren derzeit 6 Expertenpanels für die Fachbereiche Endokrine Chirurgie, Kardiologie, Orthopädie, Urologie, Bauchchirurgie und Geburtshilfe / Neonatologie. Die Panels bestehen aus Ärzten, Praktikern und Qualitätsexperten aus Kliniken, Fachgesellschaften, medizinischem Dienst und Wissenschaft, die eine besondere Expertise in den zugehörigen Leistungsbereichen mitbringen. Die Panels werden von Epidemiologen und Statistikern aus dem WIdO und vom AOK-Bundesverband unterstützt.

Die Expertengruppen wirken bei der Definition der Leistungsbereiche und bei der Definition und Auswahl der Qualitätsindikatoren mit. Kriterien sind dabei Validität, Relevanz und Praktikabilität der Indikatoren. Außerdem bewerten die Expertenpanels die Eignung neuer Indikatoren für eine klinikvergleichende öffentliche Berichterstattung. Weiterhin machen die Expertenpanels Vorschläge für die Berücksichtigung von Unterschieden in der Morbidität der Patienten oder der Behandlungsverfahren und bewerten die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren.

Im Sinne eines lernenden Systems überprüfen die Expertenpanels regelmäßig die getroffenen Definitionen. Sie nehmen notwendige Aktualisierungen aufgrund von Änderungen in den Schlüsselkatalogen (ICD-10-GM, OPS) vor. Hinweise und Rückmeldungen von Kliniken, Fachgesellschaften und anderen zu den QSR-Indikatoren werden in den Panels beraten und fließen in die jährliche Überarbeitung ein.

Die Panels legen somit die Indikatorenmethodik fest und unterziehen sie einer jährlichen Revision. Die Methodik wird dann vom WIdO umgesetzt, das auch die Kategorisierung von Kliniken in drei Bewertungskategorien unabhängig von der Expertengruppe vornimmt.

Darstellung der Methodik und Definitionen

Die QSR-Website (www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de) ist die zentrale Referenzstelle zu den Methoden und Anwendungen des Verfahrens. Hier finden Sie u. a.:

- QSR-Indikatorenhandbuch
  - Definition der Leistungsbereiche und Indikatoren
  - Darstellung der Änderungen gegenüber dem Vorjahr
- QSR-Bundeswerte
  - Häufigkeit und Verteilung der Indikatoren in Deutschland
- Regressionsgewichte
  - Auflistung der Regressionskoeffizienten sowie deren Einflussstärke (Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen) für alle Risikofaktoren der öffentlich berichteten QSR-Indikatoren
- QSR-Expertenpanel
  - Aufgaben, Mitwirkung und Teilnehmer der QSR-Expertenpanel
- Abschlussberichte
  - Berichte zu den ab 2012 neu entwickelten Leistungsbereichen Operation bei gutartiger Prostataobstruktion, radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom, Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, Appendektomie
- Publikationen und Vorträge

Überarbeitung der QSR-Indikatoren durch das Expertenpanel Orthopädie

Das QSR-Expertenpanel „Orthopädie“ unter Beteiligung von Fachleuten der DGOOC wurde im Jahr 2013 gegründet. Die Definitionen der orthopädischen Leistungsbereiche und Qualitätsindikatoren, die auf das Forschungsprojekt von Helios und WIdO zurückgingen, wurden auf den Prüfstand gestellt und in insgesamt sechs Panelsitzungen eine grundlegende Überarbeitung vorgenommen. Insbesondere seit der Veröffentlichung von QSR-Ergebnissen zum Hüft- und Kniegelenkersatz im Jahr 2010 hat das WIdO viele – zum Teil kritische – Hinweise zu den Indikatoren erhalten. Diese bildeten die Grundlage der Indikatorenprüfung. Unterstützt durch empirische Auswertungen auf den Daten wurden die Ein-

und Ausschlusskriterien, die Definition der Indikatoren und die Risikoadjustierung angepasst. Das Expertenpanel Orthopädie begleitet den Regelbetrieb und nimmt die jährliche Überprüfung der Indikatoren vor.

Indikatorenübersicht

Ergebnis der Panel-Überarbeitung sind die im Folgenden vorgestellten Leistungsbereichsdefinitionen und Indikatoren. Die genauen Definitionen sind ausführlich in der aktuellen Version des QSR-Indikatorenhandbuches dargelegt.

Hüftgelenkersatz bei Arthrose
In diesen QSR-Leistungsbereich gehen Daten von AOK-Patienten mit Coxarthrose in die Qualitätsbewertung ein, denen stationär eine Hüft-Endoprothese implantiert wurde. Die eingeschlossenen Fälle werden über Diagnosen sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) identifiziert. Eingeschlossen werden Fälle mit Coxarthrose (ohne posttraumatische Hüften), Knochennekrose sowie rheumatoide Arthritis und einer der folgenden Prozeduren: Totalendoprothese, Oberflächenersatzprothese, schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese und sonstige Prothese. Ausschlusskriterien sind ein Patientenalter unter 20 Jahren, Begleiterkrankungen und weitere Operationen im gleichen Aufenthalt wie z. B. bösartige Neubildungen, pathologische Frakturen bei Osteoporose, Fraktur der Hüftgelenkpfanne oder Entfernung von Abstandshaltern sowie Implantationen, Revisionen und Entfernungen von Implantaten sowie osteosynthetische Eingriffe am gleichen Gelenk bzw. Hüftfraktur in den zwei Jahren vor der Operation. Die Bedingungen wie der Ausschluss bestimmter Diagnosen und Ereignisse und der 2-Vorjahresausschluss dienen der Bildung möglichst homogener Gruppen im Sinne einer Risikostratifizierung.

Im QSR-Leistungsbereich „Hüftgelenkersatz bei Arthrose“ gibt es 4 Einzelindikatoren (Revisionsoperationen, Chirurgische Komplikationen, Femurfraktur und Sterblichkeit) sowie einen Gesamtindikator. Bei den einzelnen Indikatoren werden unerwünschte Ereignisse bis zu 90 Tagen bzw. einem Jahr nach dem Eingriff berücksichtigt. Thrombosen und Lungenembolien sind nach der Überarbeitung nicht mehr Teil des aktuellen Indikatorensets.

Kniegelenkersatz bei Arthrose
In den Leistungsbereich „Kniegelenkersatz bei Arthrose“ gehen die Daten von AOK-Patienten mit Gonarthrose ein, denen stationär eine Kniegelenk-Endoprothese implantiert wurde. Eingeschlossen werden Fälle mit Gonarthrose (ohne posttraumatische Gonarthrosen), Knochennekrose sowie rheumatoide Arthritis und einer der folgenden Prozeduren: unikondyläre Schlittenprothese, bikondyläre Oberflächenersatzprothese, Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit und bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese. Ausschlusskriterien sind ein Patientenalter unter 20 Jahren, Begleiterkrankungen und weitere Operationen im gleichen Aufenthalt wie z. B. bösartige Neubildungen, pathologische Frakturen bei Osteoporose, Veränderungen der Knochenkontinuität oder sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur inklusive Knochenzysten, Hüftgelenkersatz sowie Implantationen, Revisionen und Entfernungen sowie osteosynthetische Eingriffe am gleichen Gelenk in den zwei Jahren vor der Operation.

Im QSR-Leistungsbereich „Kniegelenkersatz bei Arthrose“ gibt es 3 Einzelindikatoren (Revisionsoperationen, Chirurgische Komplikationen und Sterblichkeit) sowie einen Gesamtindikator. Auch in diesem Leistungsbereich sind Thrombosen und Lungenembolien seit 2013 nicht mehr Teil des aktuellen Indikatorensets.

QSR-Indikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz bei Arthrose

QSR-Indikator	Beschreibung	Änderungen ab 2013
Revisionsoperationen	Revisionsoperation bis zu 365 Tage nach dem Eingriff. Ein erneuter Eingriff kann notwendig sein, wenn sich nach der Operation das Operationsgebiet entzündet oder die Prothese lockert. Weichteileingriffe werden erst ab dem 31. Tag nach dem Eingriff berücksichtigt.	■ weitere Gelenkrevisionen und Revisionseingriffe unter Berücksichtigung der Lokalisation aufgenommen ■ Weichteileingriffe erst ab Tag 31 berücksichtigt
Chirurgische Komplikationen	Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen nach dem Eingriff. Dazu zählen u. a. Wundinfektionen, mechanische Komplikationen und Luxationen. Der Indikator erfasst die chirurgischen Komplikationen, die im Aufenthalt der Gelenk-OP oder bis zu 90 Tagen nach dem Eingriff behandelt wurden. Eine längere Nachbeobachtung bis zu 365 Tagen findet bzgl. der mechanischen Komplikationen durch Endopthesen statt.	■ periprothetische Frakturen aufgenommen ■ Unspezifische Diagnosekodierungen nicht mehr berücksichtigt ■ Zeitfenster für mechanische Komplikationen auf ein Jahr verlängert und an spezifische Prozeduren gekoppelt
Femurfraktur (nur bei Hüftgelenkersatz)	Hüftgelenknaher Bruch des Oberschenkelknochens innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff.	–
Sterblichkeit	Versterben während des initialen KH-Aufenthaltes und bis zu 90 Tage danach.	–
Gesamtindikator	Der Gesamtindikator entsteht durch Zusammenfassung der Einzelindikatoren Revisionsoperation, chirurgische Komplikationen, Sterblichkeit und Femurfraktur (nur im Leistungsbereich „Hüftgelenkersatz bei Arthrose“). Sollte ein Patient mehrere Komplikationen erleiden bzw. Folgeeingriffe haben (z. B. zunächst eine chirurgische Komplikation erleiden und danach versterben), wird für den Gesamtindikator nur ein Ereignis gezählt.	■ analog zu Einzelindikatoren
–	–	■ ehemaliger Indikator Thrombose / Lungenembolie: aus dem öffentlich berichteten Indikatorenset herausgenommen

Änderungen der Definitionen

Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen der Überarbeitung der QSR-Indikatoren in den Jahren 2013 und 2014 beschrieben. Die geänderten Indikatorendefinition werden rückwirkend auf den kompletten Auswertungszeitraum angewendet.

Ein- und Ausschlusskriterien
Im Leistungsbereich Kniegelenkersatz bei Arthrose wurden zusätzlich unikondyläre Schlittenprothesen in die Bewertung eingeschlossen. Nicht mehr eingeschlossen wurden hingegen einige seltenere Prothesenarten mit einem höheren Risikopotential (z. B. Sonderprothesen und Scharnierprothesen), die speziellen Situationen vorbehalten sind.

Eine Arthrose muss explizit als Hauptdiagnose des OP-Aufenthalts vorliegen. Damit wurde insbesondere der Leistungsbereich „Hüftgelenkersatz bei Arthrose" von Fällen bereinigt, die z. B. im Rahmen einer Synkope zu Hause stürzten. Bis 2012 wurde den Aufgreifkriterien des QS-Filters der gesetzlichen Qualitätssicherung nach §137b SGB V gefolgt. Diese stellen allerdings nicht hinreichend sicher, dass es sich um eine elektive Erstimplantation einer Gelenkprothese bei Arthrose handelt.

Weiterhin wurden die Ausschlusskriterien um einige Nebendiagnosen erweitert. So werden nunmehr z. B. nicht nur einzelne Tumordiagnosen sondern alle Tumordiagnosen wegen der möglichen Metastasierung in die Knochen ausgeschlossen. Auch die Liste der eingeschlossenen Prozeduren wurde überarbeitet. Der Vorausschluss (2 Jahre) wurde um Revisionen und Entfernungen sowie um osteosynthetische Eingriffe am gleichen Gelenk erweitert, die zwar selten sind, aber dennoch vorkommen können.

Definition der Indikatoren
Der ehemalige Indikator Thrombose/Lungenembolie ist seit dem Jahr 2013 nicht mehr Teil des Indikatorensets. Als problematisch wurde in der Expertengruppe eingeschätzt, dass die Ereignisse teilweise nur ambulant erfasst werden. Dabei treten jedoch strukturbedingt erhebliche Schwankungen im Grad der Versorgung auf. Auch könnte der Einsatz spezieller Untersuchungsmethoden und eine erhöhte Aufmerksamkeit die Ergebnisse einzelner Häuser verzerren („Detection-Bias"). Weiterhin wurde das Auftreten nach erfolgter Thromboseprophylaxe als eher schicksalhaft eingeschätzt. Da die Häufigkeit von Thrombosen und Lungenembolien dennoch eine wichtige Information für eine einzelne Klinik ist, wird diese Information ohne Bewertung nachrichtlich den Kliniken im QSR-Klinikbericht zur Verfügung gestellt.

Der Indikator Revisionsoperationen wurde 2013 so erweitert, dass nun neben Prothesenrevisionen auch weitere Gelenkrevisionen und Revisionseingriffe berücksichtigt werden. Weiterhin wurde bei den Revisionen ohne Wechsel und anderen Weichteileingriffen der Zeitpunkt des Auftretens der Revisionseingriffe neu bewertet und angepasst. Diese Eingriffe zur Therapie eines Frühinfektes werden nun innerhalb der ersten 30 Tage nach der Implantation des Gelenks als eine frühzeitige gelenkerhaltende Maßnahme und nicht mehr als Komplikation gewertet. Keine Änderung gab es bei der Narkosemobilisation (Brisement force). Diese wird nicht als Komplikation gewertet.

Bei den „Chirurgischen Komplikationen" werden seit der Überarbeitung 2013 relevante Komplikationen verstärkt über spezifische therapeutische Maßnahmen (OPS) identifiziert. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Revisionseingriffen zusätzlich in die Qualitätsbewertung aufgenommen (siehe Indikator Revisionsoperationen). Das alleinige Auftreten der unspezifischen Diagnosen „Sonstige Komplikationen bei Eingriffen" (T81.8) und „Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffs" (T81.9) wird hingegen nicht mehr berücksichtigt. Der Nachbeobachtungszeitraum für mechanische Komplikationen durch Endoprothesen (T84.0) wurde auf ein Jahr verlängert und an die Durchführung spezifischer Revisionseingriffe gekoppelt. Der bisherige Nachbeobachtungszeitraum von 90 Tagen greift zu kurz, da Lockerungen häufig erst deutlich später auftreten. Da allerdings für diesen Code keine Seiten- und Gelenkangabe vorhanden ist, gilt hierbei die Zusatzbedingung einer Revisionsoperation am Gelenk auf gleicher Seite im gesamten 1-Jahres-Zeitraum. Weiterhin werden zusätzlich periprothetische Frakturen in die Qualitätsbewertung aufgenommen.

Risikoadjustierung

Für klinikvergleichende Auswertungen bezüglich der QSR-Indikatoren ist es notwendig, ggf. unterschiedlich kranke Populationen *(case mix)* in den untersuchten Kliniken auszugleichen. Hier kommt im QSR-Verfahren neben der oben bereits erwähnten Risikostratifizierung insbesondere die Risikoadjustierung zur Anwendung. Das in QSR zur Risikoadjustierung verwendete Verfahren der SMR-Bildung mittels logistischer Regression ist eine häufig verwendete Methode und inzwischen Bestandteil der Qualitätssicherung nach §137 SGB V. Das Verfahren dient dazu, dass ähnlich schwer Erkrankte Patientengruppen miteinander verglichen werden (Hochaltrige mit Hochaltrigen, Diabetiker mit Diabetikern, etc.). Die Risikoadjustierung wird statistisch getestet (Hosmer-Lemeshow-Test).

Alle QSR-Indikatoren werden nur risikoadjustiert veröffentlicht. Für jeden QSR-Indikator erfolgt eine Risikoadjustierung nach Alter, Geschlecht, und Begleiterkrankungen. Die Definition der Begleiterkrankungen wird gemäß der Elixhauser-Klassifikation vorgenommen. Diese Komorbiditätsdefinition wurde von Anne Elixhauser speziell für Routinedaten entwickelt. Insgesamt werden 31 Erkrankungen berücksichtigt (für eine vollständige Liste der Erkrankungen sowie die zugehörigen ICD-10-Schlüssel siehe Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM: Comorbidity measures for use with administrative data. In: Med Care 1998; 36 (1): 8–27 sowie Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data. Med Care 2005; 43 (11): 1130–1139.). So wirken z. B. Erkrankungen wie rheumatische Erkrankungen, Adipositas, Diabetes und neurologische Erkrankungen hinsichtlich des Indikators Revision stark risikoerhöhend; liegt eine solche Komorbidität vor, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Revision um 37% bis 61%. Dies wird in klinikvergleichenden Auswertungen entsprechend berücksichtigt. Eine detaillierte Darstellung mit allen Regressionsgewichten für die einzelnen Indikatoren ist auf der QSR-Website zu finden.

Die Risikoadjustierung im QSR-Verfahren ist Bestandteil des Panelverfahrens und der jährlichen Indikatorenüberprüfung. So werden Häufigkeit und Einfluss der Begleiterkrankungen ebenso analysiert, wie der Einfluss weiterer Faktoren. Z. B. wird vor dem Hintergrund der Verwendung neuer Antikoagulanzien geprüft, ob eine antithrombotische Therapie im Vorjahr

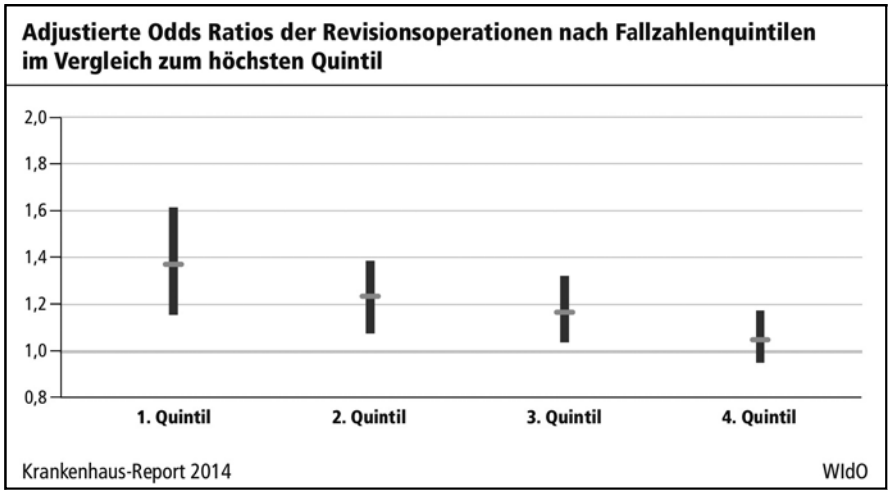


Abb. 1 Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und Prothesenrevision beim elektiven Hüftgelenksersatz

ein zusätzlicher unabhängiger Risikofaktor zu den bisher mit der Elixhauser-Klassifikation berücksichtigten Erkrankungen wie Herzklappenerkrankungen, kardiale Arrhythmie, Koagulopathie ist. Dies war bisher nicht der Fall, könnte aber ggf. in den Folgejahren zu einer veränderten Risikoadjustierung führen. Weiterhin werden in Probeläufen Vergleiche von Klinikgruppen (Uni-Kliniken, Maximalversorger, orthopädische Fachkliniken) aber auch Volume-Outcome-Analysen durchgeführt, um potentiell vorliegende systematische Selektionsverzerrungen zu prüfen. So zeigt sich z. B. hinsichtlich der Prothesenrevsionen beim elektiven Hüftgelenkersatz der erwartete Volume-Outcome-Zusammenhang.

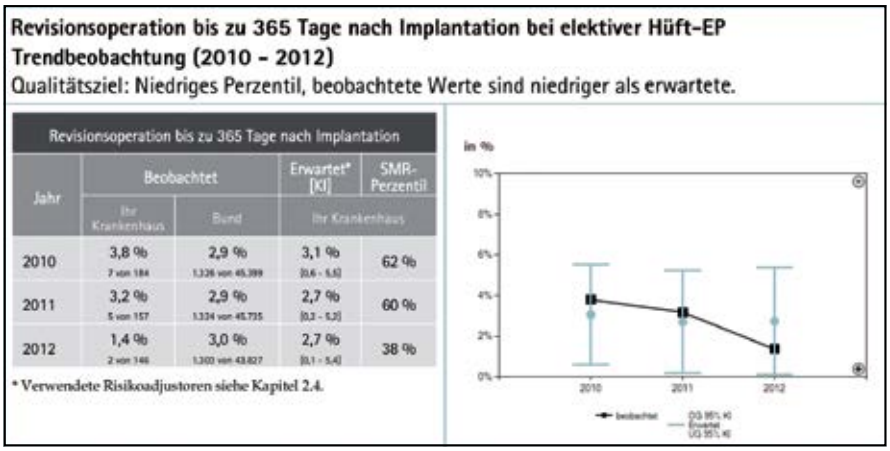
Darstellung von Klinikergebnissen

Klinikergebnisse werden einerseits bei geeigneten QSR-Leistungsbereichen (derzeit 6, darunter auch die orthopädischen) für Patienten und Interessierte ergänzt um Bewertungskategorien (überdurchschnittlich, durchschnittlich, unterdurchschnittlich) im AOK-Krankenhausnavigator zusätzlich zu den Daten der Qualitätsberichte und gesetzlichen Qualitätssicherung der Kliniken veröffentlicht.

Andererseits werden für Kliniken QSR-Klinikberichte erstellt. Der QSR-Klinikbericht ist ein jährlich erscheinendes Qualitätsdossier für eine einzelne Klinik und kann zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagement genutzt werden. Der QSR-Klinikbericht wird jährlich überarbeitet und aktualisiert und wird Kliniken auf Anfrage vertraulich und kostenfrei durch die AOK zur Verfügung gestellt. Er beinhaltet eine detaillierte Aufbereitung der 1-Jahresergebnisse des QSR-Verfahrens. Zusätzlich sind im Klinikbericht alle im AOK-Krankenhausnavigator dargestellten Ergebnisse des Verfahrensjahres (3-Jahreszeitraum) dargestellt. Der QSR-Klinikbericht bietet derzeit zu insgesamt 14 QSR-Leistungsbereichen u. a. folgende Inhalte:

- Fallzahl, Patienteneigenschaften, Indikatorhäufigkeiten
- Vergleich der Klinikergebnisse mit den Bundesergebnissen
- Unterscheidung von Ereignissen im OP-Aufenthalt und danach
- Trendbeobachtung der Indikatoren über drei Jahre
- Aufschlüsselung der Indikatorbestandteile für das aktuelle Berichtsjahr

Die QSR-Daten geben einen außerhalb von Registern fast einzigartigen Einblick in die Follow up-Qualität der Hüft- und Kniegelenkendoprothetik. Die Möglichkeiten der konsequenten und annähernd vollständigen Nachbeobachtung der Patienten in den Routinedaten einer Krankenkasse werden dafür genutzt. Einzelne Aspekte der QSR-Methodik wurden hier für die geplante sektorenübergreifende, gesetzliche Qualitätssicherung aufgegriffen. Das Deutsche Endoprothesenregister geht mit dem teilweisen Rückgriff auf Routinedaten mehrerer Krankenkassen und einer im Prinzip auf Jahrzehnte angelegten Analyse noch einen Schritt weiter. Angesichts der Chancen und der zweifelsohne auch bestehenden Limitationen der Routinedaten lebt das QSR-Verfahren vom Feedback der Experten und Praktiker und wie in diesem Beitrag dargestellt von der daraus resultierenden steten Weiterentwicklung.



Abbildungen 2: „Trendbeobachtung Revisionsoperation“ im QSR-Klinikbericht

Dr. Elke Jeschke

Christian Günster, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Aktueller Stand der EndoCert Initiative

Dr. Holger Haas

Gemeinsam mit dem Endoprothesenregister Deutschland ist die EndoCert Initiative eine der wesentlichen Säulen der Qualitätsoffensive der DGOOC im Bereich der Endoprothetik. Wesentliche Bestandteile des Systems betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die aufgestellten Anforderungen sind sämtlich wissenschaftlich begründet. Für die Weiterentwicklung und Überwachung des Verfahrens liegt die Verantwortung bei der Zertifizierungskommission, die hierzu ein kontinuierliches Monitoring des Systems durchführt. So sind die Einbeziehung qualitätsrelevanter Indikatoren einerseits und ein Schutz vor überbordender Bürokratie andererseits sichergestellt.

Stand der Zertifizierung

Zum 01.02.2015 sind in Deutschland 291 Zentren zertifiziert. Unter Einbeziehung der noch laufenden Verfahren zur Erstzertifizierung ist künftig von einer Zahl von rund 450 zertifizierten Einrichtungen auszugehen. Diese gliedern sich auf in rund 330 EndoProthetikZentren und rund 120 EndoProthetikZentren der Maximalversorgung.

Seit dem August 2014 besteht eine mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) erarbeitete Regelung zur personellen Ausstattung der Zentren mit einem Operateur, der über die Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie verfügt. Zertifizierungswillige Einrichtungen, die lediglich die Anforderung in Bezug auf die Spezielle Orthopädische Chirurgie nicht erfüllen, können für eine Übergangsfrist von 4 Jahren zertifiziert werden. Nach Ablauf dieses Zeitraums müssen alle Einrichtungen über einen Speziellen Orthopädischen Chirurgen verfügen.

Sonderregelung

Hiervon nicht betroffen sind Einrichtungen, die die bis zum 31.03.2014 zu beantragende Sonderregelung nutzen. Sie können auch weiterhin den Status als zertifiziertes EndoProthetikZentrum über den jetzt vereinbarten 4 Jahres Zeitraum beibehalten, wenn die dafür geltenden Vorgaben eingehalten werden. Diese betreffen vorrangig die Konstanz in der ärztlichen Besetzung der Leitung des Zentrums und der Haupt- bzw. Seniorhauptoperateure.

Anforderungskatalog

Ein Problem im Betrieb laufender Zentren betrifft die Nachbesetzung unvorhergesehen ausgefallener Haupt- bzw. Seniorhauptoperateure sowie die Personalfluktuation. So kann es zu Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der notwendigen Personalbesetzung kommen, wenn zur Nachbesetzung vakanter Stellen keine im eigenen Zentrum entsprechend ausgebildete Mitarbeiter oder Operateure aus anderen EPZ zur Verfügung stehen. Zur Entschärfung dieses Problems wird im Anforderungskatalog ab der Version 2016 eine Regelung eingefügt, nach der die Einbindung endoprothetisch erfahrener Operateure, die ihre bisherigen operativen Leistungen nicht innerhalb eines EPZ/EPZmax erbracht haben, in ein EPZ/EPZ der Maximalversorgung möglich ist, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- Nachweis von 250 (Hauptoperateure) bzw. 500 (Seniorhauptoperateure) Endoprothesenimplantationen (incl. Wechseleingriffen) in einem Zeitraum von bis zu 5 Jahren vor der vorgesehenen Zulassung.
- Durch einen HO/SHO der zertifizierten Einrichtung begleitete Implantation von 25 Endoprothesen (oder Wechseleingriffen) in einem Zeitraum von 6 Monaten zur Einarbeitung in die Teamstruktur und die lokalen Besonderheiten des Zentrums.

Eine ähnliche Regelung ist für den Ausfall bzw. die Beurlaubung (Krankheit, Mutterschutz, etc.) von Operateuren vorgesehen. Bei Bedarf kann auf diese Regelungsweise schon jetzt zurückgegriffen werden. Die Fachexperten und ClarCert haben Kenntnis von dieser Entscheidung. Großes Interesse an EndoCert besteht auch im Ausland: neben einer erfolgten Pilotzertifizierung in Luxemburg liegen Anfragen aus mehreren Nachbarländern vor.

Dr. Holger Haas, Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert

Aktivitäten der Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie

Prof. Dr. Christian H. Siebert

Fortbildung „Rund ums Knie“

Bereits zum 6. Mal hat die Sektion für Sportorthopädie und Sporttraumatologie der DGOOC den dreitägigen Kurs Knie im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin ausgerichtet. Vom 25.02.–27.02.2015 boten die Vorstandmitglieder M. Krüger-Franke (München), O. Miltner (Berlin) und C.H. Siebert (Hannover), mit der Unterstützung von M. Engelhardt (Osnabrück), vor erneut vollem Haus einen kompetenten und umfassenden Überblick im Rahmen der Vorbereitung zur Zusatzweiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ an.

Während des „Arthroskopie-Tages“ wurden an Leichen-Kniegelenken Eingriffe von Meniskusnaht über Kreuzbandersatz bis zur MPFL-Rekonstruktion Dank tatkräftiger Unterstützung der Industriepartner angeboten. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, mit den neuesten Instrumentarien verschiedener Anbieter die aktuellen, innovativen Techniken eigenhändig durchzuführen. Dank der großzügigen Ausstattung an Arbeitsplätzen, konnten jeweils zwei bis drei Teilnehmer mit einem versierten Instruktor die Eingriffe erlernen. Am „Gelenkerhalt-Tag“ wurden Behandlungsmethoden für Knorpelläsionen sowie alternative Techniken kritisch durchleuchtet. In bewährter Manier hat Prof. Dr. P. Lobenhoffer (Hannover) den Kursteilnehmern zielstrebig das Thema kniegelenknahe Osteotomien nahegebracht. Neben dem Sawbone-Workshop wurden auch Planungsübungen durchgeführt. Noch Metall-lastiger wurde es dann am „Endoprothesen-Tag“. Hier wurde die Entwicklung im Bereich des partiellen Gelenkersatzes genauso ausführlich bearbeitet, wie das Thema patientenspezifische Instrumente und Implantate. Die Teilnehmer hatten dann am Sawbone die Gelegenheit den Oberflächenersatz, sowie den Teilersatz im Bereich des medialen und patellofemoralen Kompartiments zu üben. Auch das Thema der symptomatischen Kniegelenksprothese konnte anhand eines profunden und unterhaltsamen Vortrages von Prof. Dr. W. Siebert (Kassel) zu einem alltagstauglichen Algorithmus entwickelt werden.

Revisionsprothetik

Bei dem Nachmittags-Workshop zur Revisionsendoprothetik waren alle gängigen Verfahren zugegen, so dass die Teilnehmer von Wedges über Augmentate und Sleeves, bis hin zum Arthrodesennagel, das komplette Spektrum der Revisionsknieendoprothetik eigenhändig einsetzen können. Die großzügig platzierten Pausen sowie der gelungene Gesellschaftsabend, gab den Teilnehmern umfassend Möglichkeit, sich mit den Veranstaltern und Referenten auszutauschen. Die Teilnehmer beurteilen den Kurs auch nahezu durchgehend als gut bis sehr gut.

In Anbetracht dieses erneuten Zuspruches haben sich die Veranstalter für 2016 bereits den 25.–27.02. in Berlin reservieren lassen. Probleme bei der Anerkennung der Veranstaltung durch die Ärztekammer Berlin werden derzeit noch aktiv von der Fachgesellschaft angegangen, so dass die Veranstalter hoffen, auch in Zukunft wieder Fortbildungspunkte verteilen zu können. Die Veranstaltung steht weiterhin unter dem Patronat der AGA und der GOTS.

Ein großer Dank gilt auch in 2015 den Industriepartnern, ohne deren Unterstützung ein so hochkarätig besetzter Kurs, mit einer so hohen Anzahl an Workshop-Arbeitsplätzen, nicht darstellbar gewesen wäre.

Leitlinien

Zu einem brisanten Thema hat sich aufgrund der derzeitigen Diskussion um die Kniegelenksarthroskopie die Leitlinienerstellung entwickelt. Derzeit wird die Leitlinien Meniskuserkrankung unter der Leitung unserer Sektion Fachgesellschaftsübergreifend erneuert. Nach Abschluss der umfangreichen wissenschaftlichen Vorarbeit erfolgt derzeit der Abgleich mit Patientenvertreter, so dass in Bälde der Text der AWMF vorgelegt werden kann. Die Investition in das Portal „Leitlinienentwicklung“ hat sich hierbei als sehr hilfreich erwiesen.

Prof. Dr. Christian H. Siebert, Präsident der Sektion

Im Fokus: Knochengesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Ulla Stumpf, Prof. Dr. Klaus M. Peters

Der Knochengesundheit im Kindes- und Jugendalter kommt eine große Bedeutung zu, da in jungen Jahren die sogenannte „peak bone mass“, also die individuelle maximale Knochenmasse aufgebaut wird. Grundvoraussetzung für eine ungestörte Knochenentwicklung sind die beiden Bereiche Ernährung und Bewegung.

Das Ziel in der Ernährung lautet: eine ausgewogene, gesunde Ernährung, in der genügend Calcium vorkommt sowie eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D3. Während die Neugeborenenprophylaxe mit Vitamin D seit langem etabliert ist, zeigen aktuelle Studien, dass die Mehrzahl der über 6-jährigen Kinder keinen ausreichenden Vitamin D3-Spiegel erreicht. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt deshalb die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit 800 lE Vitamin D3 pro Tag.

Zu wenig Bewegung

Die Rachitis durch massiven Vitamin D-Mangel gilt aber inzwischen in Europa als seltene Erkrankung. Die aktuelle Entwicklung einer zunehmenden Bewegungsvermeidung in der Gesamtbevölkerung zeigt sich schon im Kindes- und Jugendalter. Die Empfehlung von einer Stunde moderater Bewegung bzw. Sport pro Tag erfüllen bereits die Mehrzahl der 4 – 17 Jährigen nicht. lmmer mehr Kinder und Jugendliche haben einen zu hohen Body Mass lndex (BMl) und sind motorisch stark eingeschränkt. Die Aussage von Sportwissenschaftlern, dass es zunehmend Kinder gibt, die nicht in der Lage sind, rückwärts zu balancieren, alarmiert. Der Teufelskreis aus Bewegungsmangel, Gewichtszunahme und Erhöhung des Risikos, einen Diabetes mellitus zu entwickeln, führt direkt zu einer reduzierten Knochengesundheit bereits im Kindes- und Jugendalter. Erfolgt der Start ins Erwachsenenalter aber mit einer relativ niedrigen peak bone mass, ist die deutliche Reduktion der Knochenmasse im Sinne einer Osteoporose und damit ein erhöhtes Frakturrisiko im höheren Lebensalter quasi „vorprogrammiert‘.

Prävention im Kindesalter

Will man nun also wirkliche Prävention im Bereich der Knochengesundheit erreichen, gilt es bereits im Kindes- und Jugendalter, die Weichen in die richtige Richtung zu stellen. Dass dies sehr gut und mit überschaubarem, allerdings sehr regelmäßigem Einsatz möglich ist, konnte eine brasilianische Arbeitsgruppe zeigen. Die aktuellen „CAPO kids trials“ von Nogueira, Weeks und Beck mit peripubertären Jungen und Mädchen hatten sich zum Ziel gesetzt, die Knochengesundheit der Teilnehmer zu verbessern und den Fettanteil der Jugendlichen zu reduzieren.

ln der einen Studie wurden 151 Mädchen (n= 76 in der Sportgruppe und n= 75 in der Kontrollgruppe) im Alter von 10,6 (+1- 0,6) Jahren untersucht. Zusätzlich zum normalen Schulsport (Gruppe 1) absolvierten die Mädchen der Sportgruppe (Gruppe 2) dreimal pro Woche ein 10-minütiges Kombinationsprogramm aus der brasilianischen Sportart Capoeira und einem Sprungtraining. Dies wurde über 9 Monate durchgeführt. Hierunter zeigten sich bei den Mädchen in der Gruppe 2 signifikante Veränderungen, insbesondere eine Zunahme der Knochenmineraldichte am Calcaneus, eine Zunahme im „maximal vertical jump“ und eine Reduktion des Taillenumfanges. Das gleiche Kombinationsprogramm aus Capoeira und Sprungtraining wurde mit ähnlichen signifikanten Ergebnissen an einer Gruppe von 172 Jungen über 9 Monate durchgeführt. Mit einem gezielten Training, das vor allem auch Anteile eines Sprungtrainings beinhaltet, konnte so eine signifikante Verbesserung der Knochengesundheit sowie des allgemeinen muskuloskelettalen Zustandes erreicht werden.

Risiko: Untergewicht

Umgekehrt stellt deutliches Untergewicht (BMI < 18,5 gemäß WHO Definition), insbesondere im Zusammenhang mit Essstörungen und einem sehr intensiven Training ebenfalls einen bedeutsamen Risikofaktor zur frühzeitigen Entwicklung einer Osteoporose dar: Dauertraining und strikte Diät verursachen einen extrem niedrigen Anteil an Körperfettgewebe, was zu einem Abfall des Östrogenspiegels mit unregelmäßigen bis ausbleibenden Periodenblutungen und den entsprechenden Folgen auf den Knochenstoffwechsel führt. Bei jungen bzw. auch jugendlichen Sportlerinnen ist dies als „female athlete triad“ (Amenorrhoe, Osteoporose, Essstörung) zusammengefasst.

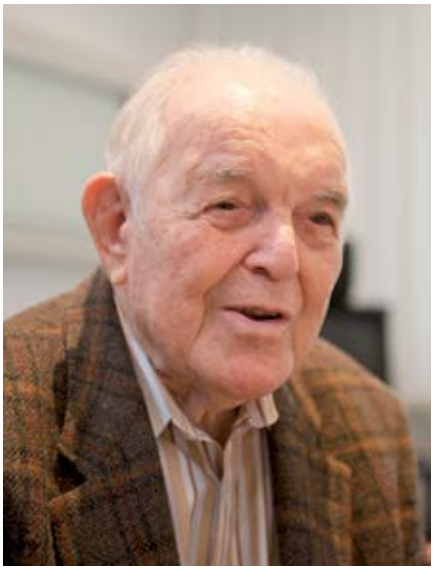
Die Knochengesundheit von Kindern und Jugendlichen kann mittel- sowie langfristig nicht wichtig genug eingeschätzt werden. Präventionsprogrammen auf den Ebenen einer ausgewogenen Ernährung, einer ausreichenden Versorgung mit Vitamin D3 und einer gezielten Aktivierung von Bewegung und zielgerichteten Trainingsprogrammen kommt eine große Bedeutung im Bereich der individuellen Knochengesundheit sowie der sozioökonomischen Entwicklung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu.

Dr. Ulla Stumpf

Prof. Dr. Klaus M. Peters

Nachruf auf einen Pionier der Endoprothetik

Prof. Dr. Rolf Dederich (1921 – 2014)



Am 4.12.2014 verstarb Prof. Dr. med. Rolf Dederich im Alter von 93 Jahren. 1921 in Koblenz geboren, wurde er bereits in seiner Jugend medizinisch geprägt. Der Vater war Chefarzt der Inneren Abteilung am Brüderhaus in Koblenz, der Onkel Chefarzt in Viersen. Ab dem Wintersemester 1940 nahm er sein Medizinstudium zunächst in Berlin und dann in Innsbruck auf. Nach dem medizinischen Examen und der Promotion 1945 begann Professor Dederich seine ärztliche Ausbildung in Marburg an der Klinik von Prof. Oskar Wiedhopf. Die weiteren Stationen auf dem Weg zum Facharzt für Chirurgie (1950), als Orthopäde (1955) und schließlich als Unfallchirurg (1960) absolvierte er an verschiedenen Kliniken.

Sehr intensiv wurde Professor Dederich mit den medizinischen Folgen des Weltkriegs konfrontiert. Durch Fronteinsätze und eine eigene Schussverletzung, in deren Folge ein Projektil aus dem 2. Lendenwirbel entfernt werden musste, lag ihm die Behandlung der Kriegsversehrten sehr am Herzen. Besondere Expertise gewann er auf dem Gebiet der Amputationslehre und Stumpfversorgung mit Sofortprothesen, die er in Zusammenarbeit mit einem Bonner Sanitätshaus perfektionierte. Seine Erfahrungen hat er im Buch „Amputation der Gliedmaßen“ zusammengefasst. So erlangte die Orthopädisch-Unfallchirurgische Abteilung unter seiner Leitung überregionale Bedeutung.

Am 1. März 1956 kam Professor Dederich als Oberarzt in die Chirurgische Abteilung des Bonner Petrus-Krankenhauses, die von Chefarzt Privatdozent Dr. Walter Gollasch geführt wurde und 25 angestellte Ärzte und 100 Betten hatte. Nach Gollaschs Tod gründete Dederich 1963 die eigenständige Orthopädische und Unfallchirurgische Abteilung, deren Chefarzt er wurde. Schon früh setzte er auf das damals aufstrebende Gebiet der Hüftendoprothetik. Durch einen engen persönlichen Kontakt mit den Pionieren dieses Gebiets konnte er selbst Wegbereiter dieser Operationen im Rheinland werden. Er besuchte mehrfach Sir John Charnley in England, die Brüder Judet in Paris und Professor Maurice E. Müller, der seit 1964 in Bern Hüftprothesen implantierte. Im August 1968 wurde dann die erste Hüftendoprothese in Bonn und vermutlich im Rheinland bei einer Patientin eingesetzt. Schon 1970 wurden durch Professor Dederich rund 250 Hüftprothesen im Jahr implantiert. Der Siegeszug dieser Operation begann. Bereits Anfang 1986 wurde das 5000. künstliche Hüftgelenk im Bonner Petrus-Krankenhaus eingebaut.

Als Mann der Praxis hat Professor Dederich der medizinischen Wissenschaft viele Impulse gegeben: Seine Techniken bei Sofortprothesen und künstlichen Gelenken machte er in über 80 Fachpublikationen sowie als Referent bei internationalen Tagungen den Kollegen zugänglich. Er bildete auch zahlreiche junge Orthopäden und auch ausländische Hospitanten aus: 20 Mitarbeiter ließen sich als Fachärzte für Orthopädie nieder, 10 bekleideten leitende Positionen in anderen Krankenhäusern.

In Anerkennung seiner Verdienste wurde Dederich, der nie eine Universitätskarriere angestrebt hatte, 1984 zum Professor ernannt und für die Etablierung komplexer Operations- und Versorgungstechniken mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

Wir trauern um einen Pionier der Endoprothetik, einen immer dynamischen Meister seines Fachs, einen engagierten Förderer des medizinischen Nachwuchses und einen wertvollen Menschen und Kollegen.

Dr. Holger Haas

Neue Mitglieder

Dorothea **Hory** · Hamburg
Dr. Oliver **Bannier** · Ludwigsburg
Dr. Lars Erik **Podleska** · Ratingen
Dr. Sebastian **Stremme** · Erlangen
Dr. Roman **Falk** · Wriezen
Dr. Clemens **Felsing** · St. Plöten
Dr. Pierre **Kunz** · Heidelberg

Foto: Anton Gvozdikov_Fotolia.com

Klinische Katastrophenplanungen beim MANV – Was ist zu tun?

Dr. Falk von Lübken und Prof. Dr. Benedikt. Friemert

Es ist Frühsommer in einer deutschen Großstadt. Es finden die Hochschulmeisterschaften einer beliebten Mannschaftskontaktsportart statt. Aus allen deutschen Universitätsstädten reisen die Mannschaften an und freuen sich auf dieses Turnier. Mit den Mannschaften kommen auch Zuschauer aus allen Teilen des Landes, um ihre Teams zu unterstützen. Während des Turniers kommt es zu Verletzungen der Sportler, Zuschauer stürzen und verletzen sich schwer, wiederum andere unterschätzen die Hitze und bekommen Kreislaufprobleme. Am Ende fallen innerhalb von zwei Tagen weit über 80 Verletzte und Kranke an, die in der Notaufnahme der nächsten Klinik auftauchen. Zusätzlich zu den üblichen Patienten der Notaufnahme versteht sich. Sicher, kein klassischer MANV, aber es wird schnell die entstehende Problematik deutlich. Unrealistisch? Leider nicht!

Großveranstaltungen

Diese Darstellung verdeutlicht gut, dass auch geplante Großveranstaltungen zu einem unerwarteten Massenanfall von Verletzten führen können. Für die betroffene Klinik ist ein Massenanfall von Verletzten (MANV) immer eine große Herausforderung. Hier stellt sich die Frage, ob und wie sich die Kliniken darauf vorbereiten können und müssen. Großveranstaltungen sind in diesem Zusammenhang nur eine Möglichkeit für einen MANV. Zugegeben, sogar noch eine der besser planbaren Möglichkeiten, besteht hier doch die Möglichkeit, sich auf dieses Ereignis mit entsprechenden Plänen und Vorbereitungen einzustellen. Aber auch Massenunfälle auf Autobahnen, Bahnunglücke oder Katastrophen wie einstürzende Großgebäude, Explosionen oder Anschläge können zu einem MANV führen. Insbesondere die Terrorgefahr ist in den letzten Jahren und Monaten auch in Deutschland erheblich gewachsen, was eine besondere Herausforderung darstellt, da es sich sehr schnell um eine erhebliche Anzahl verletzter und schwerverletzter Patienten handeln kann, wie das in Madrid und London der Fall war. Vorsorge ist hier notwendig.

Viele Ansprechpartner

Sucht man nach Organisationen und Gruppen, die sich im medizinischen Bereich mit Katastrophen und den sich daraus ergebenden Auswirkungen im medizinischen Sinne beschäftigen, so findet man eine Vielzahl von Ansprechpartnern. Genannt seien hier beispielsweise das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Krankenhaus Einsatzplanung (DAKEP), Die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) und natürlich die Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Wie schwer kann es da sein, einen Einsatzplan für eine Klinik zu erstellen, um die klinischen Abläufe im Falle eines MANV zu organisieren und somit die medizinische Versorgung zu gewährleisten? Darüber hinaus bedeutet Krankenhausalarmplanung weit mehr als nur das Management eines MANV, worauf wir Chirurgen meist fokussieren, wenn wir uns mit diesem Thema beschäftigen.

In diesem Kontext sind einige Daten interessant, die im Rahmen einer Umfrage der DGU zum Thema Polytraumaversorgung, Ausbildungsstand und MANV-Vorsorge erfasst wurden. Hier berichten die meisten Kliniken, dass sie ein bis zwei Schwerstverletzte gleichzeitig behandeln können. Zudem geben nur gut 30 Prozent an, die Behandlungen von Patienten aus einem MANV selbständig und vollständig durchführen zu können. 25 Prozent führen erste Operationen durch und verlegen dann in höherwertige Kliniken. 40 Prozent verlegen sofort in höherwertige Kliniken. 30 Prozent der befragten Kliniken geben an, schon einmal einen MANV erlebt zu haben, wobei nicht definiert ist, was genau damit gemeint war. 50 Prozent der Kliniken haben in den letzten fünf Jahren an MANV-Übungen teilgenommen. Aus den gesamten Ergebnissen lässt sich ableiten, dass es keine flächen-

deckende organisatorische Struktur zum Thema Katastrophe und MANV in den deutschen Kliniken gibt.

AG EKTC

In den Sitzungen und Vortragsreihen der AG EKTC hat sich gezeigt, dass es im Bereich der Krankenhausalarmplanungen der Kliniken doch einen erheblichen Diskussionsbedarf gibt, so dass die Idee entstand, eine Blaupause zur Krankenhausalarmplanung zu erstellen, mit der die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, eine eigene funktionstüchtige Planung vorzunehmen. Vorbereitend für eine erste Arbeitssitzung zu diesem Thema wurden sämtliche Mitglieder als auch sämtliche regelmäßigen Gesprächspartner der AG gebeten, unter Zusicherung der Anonymität und Verschwiegenheit, uns ihre Krankenhausalarmpläne zukommen zu lassen, um einen Eindruck darüber zu gewinnen, wie diese Planungen in der Realität aussehen. Bei weit über 70 angeschriebenen Kliniken erreichten uns leider weniger als zehn Pläne. Einige Kliniken verwiesen auf Sicherheitsbedenken, die einer Zusendung der Pläne widersprachen. Vermuten kann man aber auch, dass viele Kliniken keine oder eine nur unzureichende Planung für einen MANV oder Krankenhausalarmplanung vorhalten. Im Ergebnis der Auswertung dieser wenigen Pläne zeigte sich dennoch eine erheblich Diskrepanz in Umfang und Inhalt. Alleine die Umfänge variierten von 38 bis 174 Seiten allein für den MANV-Plan.

Erstes Arbeitstreffen

Anfang Dezember 2014 erfolgte das erste Arbeitstreffen der AG EKTC zum Thema „Katastrophenplanung im Krankenhaus". Zunächst wurden den Teilnehmern die Daten der DGU-Umfrage (siehe oben) präsentiert und aufgezeigt, welche anderen Organisationen und Gruppen sich ebenfalls mit diesem wichtigen Thema auseinandersetzen. Zudem wurden Aspekte und Fragen dargestellt, die sich aus den zugesendeten Notfallplänen der Krankenhäuser ergeben hatten. Um die Teilnehmer für das Thema zu sensibilisieren, erfolgte die Vorstellung eines MANV im Rahmen einer Großveranstaltung aus einer deutschen Großstadt mit den dabei aufgefallenen Defiziten und Konsequenzen. Hier wurde aus den gemachten Erfahrungen klar, dass es deutlich mehr Details zu berücksichtigen gilt, als die rein medizinische Versorgung im Klinikum vor Ort. Die Krankenhäuser müssen sich besser vernetzen, Ressourcen schnell abrufbar und die Kapazitäten der umliegenden Kliniken schnell abfrage- und abrufbar sein. Zudem wird ein zentraler und entsprechend geschulter Koordinator benötigt. Auch kamen nach diesem MANV Fragen auf, welche Alarmierungswege besonders schnell und sicher sind. Der Vortragende Dr. C. Spering (Göttingen) sieht die Notwendigkeit eines Konzeptes für ein „Netzwerk Katastrophenchirurgie", um für zukünftige MANV gerüstet zu sein und die Belastung schnell auf den Schultern mehrerer Kliniken verteilen zu können.

Ein Vortrag von Dr. C. Kleber (Berlin) auf dieser Arbeitssitzung beschäftigte sich zudem mit der innerklinischen Triage oder besser der innerklinischen Sichtung. Umfragen zufolge haben zwar 94 Prozent der Kliniken einen Alarmplan und 74 Prozent einen zentralen Ansprechpartner, aber nur 10 Prozent führen Übungen durch. Der innerklinischen Sichtung kommt bei der Steuerung der Patienten dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Da die Sichtung in den Weiterbildungsordnungen keine Rolle spielt, führt dies vor allem in Häusern mit geringer Traumaerfahrung oft zu einer Übertriagierung. Zudem hat sich in bisher erfolgten Übungen gezeigt, dass die Sichtung zentral an einem Ort erfolgen sollte, um zu vermeiden, dass Patienten untergehen.

Arbeitsgruppen

Im Anschluss an die einleitenden Vorträge erfolgte eine intensive Diskussion. Es wurde deutlich, dass die Bundesländer den Kliniken sehr unterschiedliche Vorgaben zur Krankenhaus Alarmplanung machen. Im Rahmen der Diskussion wurden mögliche Themenfelder identifiziert, denen sich die AG EKTC in den nächsten Monaten im Zusammenhang mit der Krankenhaus Einsatzplanung widmen wird. Es wurden insgesamt fünf Arbeitsgruppen gegründet, die sich zukünftig unter anderen folgenden Themen zuwenden werden:

- Qualifikationsanforderungen an einen zentralen, innerklinischen unfallchirurgischen Koordinator
- Definition der Begriffe im Zusammenhang mit der Erstellung eines Krankenhausalarmplanes
- Ausbildungskonzept zur innerklinischen Sichtung
- Möglichkeiten der Risiko- bzw. Gefahrenanalyse für Kliniken
- Möglichkeit einer klinikübergreifenden Blaupause zur Erstellung einer Krankenhausalarmplanung
- Eignung eines Rollenplanes mit Rollenkarten für die Einsatzplanung
- Aufarbeitung der internationalen Katastrophen der letzten zehn Jahre und die Konsequenzen daraus für die Einsatzplanung

Diskussion auf breiter Basis

In der konstruktiven Diskussion zeigte sich, dass es sehr viele Details bei einer Krankenhausalarmplanung zu berücksichtigen gilt, die nicht allein durch die AG EKTC bearbeitet werden können. Hier hat die AG EKTC im Anschluss an das erste Arbeitstreffen zu diesem Thema bereits zu mehreren anderen Arbeitsgemeinschaften und Gruppen Kontakt aufgenommen, um die Diskussion auf eine breite Basis zu stellen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Am 19.01.2015 konnte der Vorsitzende der AG EKTC, Prof. Dr. Benedikt Friemert, an einer Sitzung der neu gegründeten Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung (DAKEP) teilnehmen. Es handelte sich um die 2. Arbeitssitzung der DAKEP. Die DAKEP ist eine sehr gut besetzte Arbeits-Gemeinschaft, in der u.a. auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) sehr aktiv ist. Im Rahmen dieser Sitzung, bei der es im Wesentlichen darum ging, wie ein neuer Krankenhausalarmplan zu entwickeln ist, wurde klar, dass bei dieser Entwicklung das BBK eine führende und entscheidende Rolle spielen will. Es wird die Finanzierung vollständig übernehmen, so dass dann auch die Rechte beim BBK liegen werden. Allerdings wird dieser Plan dann allen Interessenten kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Auf Kernkompetenzen beschränken

Bei den vielen Diskussionen, die es in den letzten Monaten gegeben hat, ist folgendes klar geworden: Im Rahmen der Krankenhausalarmplanung, die ein sehr aufwendiges Projekt ist, sollten wir uns auf die Kernkompetenzen seitens der DGU und der EKTC beschränken. Das sind zum einen die umfangreiche fachliche Expertise im Bereich der MANV-Planungen

(Stichwort Traumanetzwerk, Traumaregister, unfallchirurgische Fachexpertise usw.). Hier sind zum einen organisatorische Inhalte zu diskutieren, wie z. B. wer einen MANV in der Klinik chirurgisch leitet, wie die innerklinische Sichtung zu erfolgen hat und natürlich die Frage, wie in Zukunft Unfallchirurgen weitergebildet werden sollen, die organisatorisch und fachlich in der Lage sind, solche Szenarien zu beherrschen. Zum anderen sehen wir die Aufgaben und die Möglichkeit der DGU darin, im Rahmen des Traumanetzwerkes für eine einheitliche, flächendeckende Umsetzung eine Krankenhausalarmplanes zu sorgen. Auch die Frage, wer muss wann was wie üben, könnte im Rahmen des Traumanetzwerkes bis hin zur Simulation organisiert werden.

Das BBK hat nun zur Erarbeitung eines neuen Muster-Krankenhausalarmplanes als federführende Einrichtung einen Lenkungsausschuss ins Leben gerufen. Die AG EKTC ist hier als Vertreter der DGU Mitglied dieses Lenkungsausschusses, so dass die Interessen der Unfallchirurgie als führende chirurgische Fachdisziplin des verletzten Patienten gut vertreten werden können. Eine erste Sitzung dieses Lenkungsausschusses wird am 19.3.2015 in Bonn stattfinden.

Bezüglich der Fort- und Weiterbildung der Unfallchirurgen im Hinblick auf den MANV wird die nächste Sitzung der AG EKTC am 22.04.2015 in Frankfurt am Main erfolgen. Aktuelle Informationen zu den Sitzungen der AG können der Webseite der AG jederzeit entnommen werden. Dort werden auch umgehend die Informationen zur Anschlusssitzung Krankenhausalarmplanung zu finden sein, sobald der Termin im Mai 2015 bestätigt werden kann. Zu beiden Terminen laden wir neben unseren Mitgliedern selbstverständlich alle Interessierten herzlich ein!

Dr. Falk von Lübken

Prof. Dr. Benedikt Friemert

ZAHLREICHE DGU-LEITLINIEN AKTUALISIERT

Im vergangenen Jahr wurden etliche DGU-Leitlinien aktualisiert und liegen nun bei der AWMF zum Download vor. Dazu gehören: Bakterielle Gelenkinfektion, Implantatentfernung, Patellafraktur, Proximale Femurfrakturen des Kindes, Suprakondyläre Humerusfraktur beim Kind, Vordere Kreuzbandruptur, Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung.
Zudem hat der Gesamtvorstand der DGU folgende neue oder aktualisierte Leitlinien verabschiedet, die demnächst bei der AWMF veröffentlicht werden: Kniegelenksluxation, Patellaluxation, Distale Radiusfraktur, Sprunggelenkfraktur, Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen und Pertrochantäre Oberschenkelfraktur.
(mba)

DGU

Aktivitäten des Grundsatzausschusses der DGU 2014

Prof. Dr. Peter Biberthaler, PD Dr. Stefan Huber-Wagner

Family Fond

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird als einer der häufigsten Gründe von jungen Assistenzärztinnen genannt, wenn es um die Frage der Fachrichtung der Weiterbildung geht. In diesem Zusammenhang besteht für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie auch wegen der erheblichen Dienstbelastungen gegenüber einer Vielzahl von anderen Fächern eine besondere Belastung, so dass junge, wissenschaftlich aktive Interessentinnen (*high-potential* Mitarbeiterinnen) sich häufig trotz anfänglichen Interesses an diesem Fach anderen Fächern zuwenden. Der Grundsatzausschusses der DGU hat eine strategische Initiative gestartet, mittels derer die Arbeits- und Lebensbedingungen weiblicher Assistentinnen, die aufgrund ihres besonderen beruflichen Engagements bewiesen haben, dass sie das Potential zu einer weiterführenden Karriere auch im Hinblick auf eine entscheidungstragende Position haben, gezielt unterstützt werden sollen.

Da als einer der wesentlichen Gründe für die Nichtvereinbarkeit von Familie und Karriere die Doppelbelastung der Haushaltsführung neben dem sehr zeitaufwändigen Beruf genannt wurde, ist hier der strategische Ansatzpunkt, durch eine

gezielte Förderung *high-potential* Mitarbeiterinnen langfristig an das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie zu binden.

Dies soll mittels einer Stiftung, dem „family fond", erreicht werden. Zweck der Stiftung ist die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für weibliche Nachwuchschirurginnen mit herausragendem Karrierepotential für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Dies wird durch die Vergabe einer als Patenschaft veranschlagten Förderung zur Unterstützung im Haushalt bzw. bei der Kinderbetreuung mit einem relevanten, monatlichen Zuschuss für insgesamt drei Jahre vergeben.

Der fertige und von der DGOU konsentierte Stiftungsentwurf liegt derzeit zur endgültigen Beschlussfassung noch bei der Regierung von Oberbayern.

Wikipedia-Projekt

Anfang 2014 hat die Redaktion/Online-Kommunikation der DGOU/DGU ein Konzept erstellt, wie das freie Online-Lexikon Wikipedia für die eigene Kommunikation der Arbeit der Fachgesellschaften und ihrer Sektionen und AGs besser genutzt werden kann. Dazu gehörte eine Liste von etwa 50 relevanten Begriffen aus dem Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, die bei Wikipedia fehlten oder überarbeitungsbedürftig erschienen. Der Generalsekretär der DGU Prof. Reinhard Hoffmann hat den Grundsatzausschuss der DGU daraufhin damit beauftragt, verantwortliche Autoren für die 12 Begriffe aus dem Bereich Unfallchirurgie zu benennen. Dazu gehörten beispielsweise Termini wie Kindertraumatologie, Alterstraumatologie, Osteologie und Schockraum.

Die im gesamten DGOU-Projekt etwa 50 zu bearbeitenden Begriffe umfassen zum einen deutsche und englische Einträge zu Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Zum anderen umfassen sie thematisch übergreifende Einträge wie Orthopädie, Unfallchirurgie, Polytrauma, TraumaNetzwerk DGU®, TraumaRegister DGU®, Endoprothesenregister usw. Darüberhinaus werden auch Einträge zu weiteren wichtigen Begriffen in Anlehnung an Sektionen der DGU, DGOU bzw. DGOOC wie beispielsweise Arthroskopie, Alterstraumatologie, Endoprothetik, Osteosynthese, Implantatsicherheit, physikalische Therapie usw. bearbeitet.

Verantwortlich für die inhaltliche Überarbeitung sind letztlich meist die Leiter der entsprechenden Arbeitsgruppen bzw. Sektionen der DGU, der DGOU und der DGOOC. Die Koordination der Überarbeitungen sowie die Einarbeitung der neuen Textbausteine mit allen Verlinkungen bei Wikipedia erfolgt durch Miriam Buchmann-Alisch und Sabrina Weigl aus der Redaktion/Online-Kommunikation der DGU und DGOU. Sind die Texte auf Wikipedia gestellt, so werden sie einmal pro Jahr durch die Autoren bzw. die Sektionen/AGs auf Aktualität überprüft. Derzeit sind etwa ein Drittel der 50 Themen bereits fertig bearbeitet, umgesetzt und somit aktualisiert auf Wikipedia abrufbar, der Rest befindet sich in Arbeit bei den jeweiligen Autoren.

Nachwuchsförderung

Zur „Nachwuchsförderung: der Schlüssel zur Zukunft", fand die Sitzung des Grundsatzausschusses der DGU auf der DKOU am 28.10.2014 statt. In einer gut besuchten Sitzung haben hochrangige Vertreter von verschiedenen Organisationen bzw. internationalen Konzernen ihre jeweilige Sicht und Vorgehensweise bei der Nachwuchsförderung dargelegt. Dr. F. Klingan von der Unternehmensberatung Bain&Company hat beispielsweise über deren „Vorgehen beim Personalrecruitment" referiert. Der für die Ausbildung von Piloten verantwortliche Kollege, Herr J. Graefe zu Baringdorf, von der Lufthansa hat über das „professionelle Auswahlverfahren beim Weltkonzern Lufthansa" berichtet. Hier wird sehr viel Energie darauf verwendet, von Anfang an die richtigen Bewerber herauszufiltern und dauerhaft an das Unternehmen zu binden. Eine Absprungquote von lediglich 5 Prozent im gesamten Piloten-Berufsleben zeigt, dass dies bei der Lufthansa sehr gut und nachhaltig umgesetzt wird.

Im Anschluss daran hat der Vorsitzende des Jungen Forums der DGU, Dr. M. Münzberg, über die Nachwuchsförderung aus Sicht eines Assistenzarztes referiert. Er hat dabei seinen persönlichen Werdegang beleuchtet und mögliche Stärken und Schwächen im medizinischen System benannt. Sodann hat Dr. M. Neuhoff von der Bundeswehr über die „Attraktivitätssteigerung eines potentiell unattraktiven Arbeitsplatzes – Lehren der Bundeswehr" berichtet. Daraufhin hat Dr. A. Botzlar, 2. Vorsitzender des Marburger Bundes, die „Nachwuchsförderung aus Sicht des Marburger Bundes" erörtert.

Abschließend wurde im Rahmen eines round tables eine sehr offene, belebte, interaktive und interprofessionelle Diskussion über das Thema Nachwuchsförderung und dessen zentraler Bedeutung geführt. Hierzu konnten relevante Anregungen aus medizinfernen Gebieten für die Nachwuchsförderung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie gewonnen werden wie beispielsweise die Wichtigkeit und Gründlichkeit des Auswahlverfahrens, das Aufzeigen von Perspektiven und Karriereoptionen, die Bindung des Personals durch Wertschätzung, hohe Flexibilität, Nachwuchsförderung als stetiger, aufmerksamkeitsfordernder Prozess sowie Nachwuchsförderung als letztlich sich immer positiv auszahlende Grundhaltung.

Prof. Dr. Peter Biberthaler (Leiter)

PD Dr. Stefan Huber-Wagner (Schriftführer)

ARBEITSTREFFEN DES GRUNDSATZAUSSCHUSSES 2014

01.04.2014, Berlin
26.06.2014, Bonn
28.10.2014, Berlin

Bericht der AG Fuß der DGU

Prof. Dr. Stefan Rammelt, PD Dr. Sabine Ochman

Die AG Fuß der DGU blickt auf ein ereignisreiches Jahr 2014 zurück. Im Frühjahr erfolgte der Wechsel der AG-Leitung. Prof. Dr. Thomas Mittlmeier (▶ **Abb. 1**), ein Gründungsmitglied der AG Fuß, trat nach zwei Amtsperioden von drei Jahren von der AG-Leitung zurück. Die Mitglieder der AG Fuß bedanken sich für sein langjähriges Engagement und wünschen sich, dass er mit seiner Expertise für viele weitere Projekte zur Verfügung steht.

Multicenterstudien

Während des DKOU 2014 erfolgte ein Arbeitstreffen der AG Fuß der DGU. Im Rahmen dessen konnten zwei Multicenterstudien definitiv abgeschlossen werden, die statistische Auswertung und internationale Publikationen sind in Vorbereitung. Geplant sind weitere prospektive Multicenterstudien, so z. B. zur Evaluation der Langzeitergebnisse nach Sprunggelenks-Arthrodese, insbesondere in Bezug auf die Rate der Anschlussarthrosen in Abhängigkeit vom erreichten Alignement.

Die AG Fuß ist seit 2008 mit der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.) als Sektion der DGOOC und DGOU fusioniert und engagiert sich innerhalb der D.A.F. unter anderem für wissenschaftliche Studien. Frau PD Dr. Ochman hatte die Jahrestagung der D.A.F. 2014 in Münster als Tagungspräsidentin organisiert (▶ **Abb. 2**). Auch auf der D.A.F.-Jahrestagung 2015 in Bayreuth werden die Mitglieder der AG Fuß zahlreiche unfallchirurgische Themen vertreten und ein Arbeitstreffen mit Besprechung der Studienprotokolle abhalten.

EFAS Kongress

Im Rahmen des EFAS (European Foot & Ankle Society) Kongresses in Barcelona im Oktober 2014 konnten wir eine rege Präsenz und Aktivität unserer Mitglieder verzeichnen. Insbesondere wurde unser langjähriges Mitglied Professor Martinus Richter zum Präsidenten der EFAS gewählt (▶ **Abb. 3**). Zusammen mit der D.A.F. und der I-FAB wird unter seiner Präsidentschaft der Foot International Congress als größter europäischer Kongress zum Thema Fuß und Sprunggelenk vom 23. bis 26. Juni 2016 in Berlin stattfinden. Turnusmäßig wird er 2016 auch Präsident der Internationalen Förderation der Fußgesellschaften (IFFAS). In Barcelona waren neben Prof. Richter auch Prof. Rammelt mit einer Keynote Lecture und weitere Kollegen mit Originalbeiträgen vertreten.

IFFAS Kongress

Kurz zuvor, vom 19.–23. September 2014, hatte in Chicago der Kongress der Internationalen (IFFAS) und Amerikanischen (AOFAS) Gesellschaften für Fuß und Sprunggelenk stattgefunden, bei dem wiederum Prof. Richter und Prof. Rammelt mit geladenen und eingereichten Beiträgen vertreten waren. Letzterer erhielt gemeinsam mit C. Dürr und Prof.

Abb. 1 Die Mitglieder der AG Fuß der DGU bedanken sich für das jahrelange Engagement von Prof. Thomas Mittlmeier (Rostock), welcher die AG von 2009 bis 2014 leitete.

Abb. 3 Am 17.10.2014 übernahm Prof. Martinus Richter (im Bild rechts) von Prof. Antonio Viladot in Barcelona die Präsidentschaft der Europäischen Fußgesellschaft (European Foot and Ankle Society – EFAS). Die EFAS ist mit mehr als 3.500 Mitgliedern die größte Fußgesellschaft weltweit. Die Gesellschaft beschäftigt sich mit Forschung, Lehre und Ausbildung im Bereich Fuß- und Sprunggelenkchirurgie, gibt eine eigene wissenschaftliche Fachzeitschrift heraus und veranstaltet zahlreiche Kongresse und Kurse.

Abb. 2 PD Sabine Ochman bei der Eröffnung des Festabends der D.A.F.-Jahrestagung 2014 in Münster.

Abb. 4 (a) Der bislang größte Fuß- und Sprunggelenkskongress, die gemeinsame Tagung der IFFAS und AOFAS, fand im September 2014 direkt am Chicago River statt. (b) Prof. Stefan Rammelt erhielt von AOFAS-Tagungspräsident Chris Coetzee (USA) den 3. Posterpreis unter fast 400 E-Postern.

H. Zwipp den 3. Posterpreis unter mehr als 400 präsentierten E-Postern für den Beitrag „Fractures of the Sustentaculum tali“ (▶ **Abb. 4**).

„Fuß & Sprunggelenk“

Die Schriftleitung von „Fuß & Sprunggelenk“, dem offiziellen Organ der D.A.F., ist seit Anfang 2015 in die Hände von Frau Prof. Stukenborg-Colsman (Hannover) und Prof. Rammelt (Dresden) übergegangen, so dass auch an dieser Stelle die ausgewogene Behandlung von orthopädischen und unfallchirurgischen Aspekten der Fuß- und Sprunggelenkschirurgie eine sichtbare Darstellung erfährt. Das erste Themenheft des Jahres 2015 widmet sich dem Kompartmentsyndrom des Fußes und der Therapie seiner Folgeschäden und somit wiederum Aspekten aus beiden großen Themenfeldern. Auf den traditionellen Davoser AO-Kursen war im üblichen Zweijahres-Rhythmus wieder ein mehrtägiger englischsprachiger Fuß- und Sprunggelenkskurs mit hochrangiger internationaler Faculty abgehalten worden. In einem besonderen Höhepunkt wurde Prof. Hans Zwipp, Gründer und erster Vorsitzender der AG Fuß, mit dem Sigvard Ted Hansen Award der Foot & Ankle Expert Group der AO Trauma geehrt (▶ **Abb. 5**).

Die AG Fuß freut sich über weitere aktive Mitglieder, die sich besonders für die Traumatologie von Fuß und Sprunggelenk interessieren, jedoch ebenso auf die weitere und immer intensivere Zusammenarbeit mit unseren auf den klassischen fußorthopädischen Feldern tätigen Kollegen.

Abb. 5 Prof. Hans Zwipp erhält den Sigvard Ted Hansen Award 2014 in Davos umrahmt von ehemaligen und aktuellen AO-Präsidenten sowie Mitgliedern der AO Foot & Ankle Expert Group, die er selbst 12 Jahre lang leitete. V. l. n. r: A. Sands (New York, USA), N. Haas (Berlin, D), S. T. Hansen (Seattle, USA), H. Zwipp (Dresden, D), J. Quintero (Bogotá, Kolumbien), S. Bavonratanavech (Bangkok, Thailand), S. Rammelt (Dresden, D), S. Schelkun (Coronado, USA).

Prof. Dr. Stefan Rammelt, Dresden

PD Dr. Sabine Ochman, Münster

Ein Jahr SAV – Erste Erfahrungen und Ausblick

Markus Oberscheven

Seit dem 1. Januar 2014 gelten die neuen Vorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) im Schwerstverletzungsarten (SAV). Ein Jahr nach In-Kraft-Treten der Neuregelungen kann nunmehr über die ersten Erfahrungen aus den Beteiligungsverfahren und zur Umsetzung berichtet werden. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung hatten zum 1. Januar 2013 ihre stationären Heilverfahren neu geordnet. Die Beteiligung von Krankenhäusern an der Versorgung von Arbeits-, Wege- und Schulunfallverletzten erfolgt seitdem in einem dreistufigen System. Über die Versorgung von Durchgangsärzten am Krankenhaus und das Verletzungsartenverfahren (VAV) hinaus wurde ein neues Verfahren zur Versorgung besonders schwerer und komplexer Verletzungsfälle, das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), eingeführt. Für die Zulassung zum SAV gelten hohe Anforderungen an die personelle, sächliche und räumliche Ausstattung, die sich in Teilen auch an den Vorgaben des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) orientieren. Die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am SAV sowie das Verletzungsartenverzeichnis, dass die dem SAV zugeordneten Verletzungen definiert, sind auf der Internetseite der DGUV verfügbar (http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/Schwerstverletzungsartenverfahren/index.jsp).

SAV-Strukturen

Nach einer einjährigen Übergangszeit, die für den Aufbau der SAV-Strukturen genutzt wurde, konnten die neuen Verlegungsregeln ins SAV zum 1. Januar 2014 in Kraft gesetzt werden. Die Beteiligungsverfahren der DGUV-Landesverbände konnten bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen werden. Mit Stichtag 31.12.2014 waren bundesweit 87 Krankenhäuser am SAV beteiligt. Die Standorte der SAV-Kliniken sind ebenfalls über die oben genannte Internetseite der DGUV abrufbar. In einigen Regionen werden derzeit noch Verhandlungen mit einzelnen Kliniken über eine Beteiligung am SAV geführt. Es ist davon auszugehen, dass noch einige weitere Kliniken zugelassen werden können. Ungeachtet dessen kann festgehalten werden, dass das SAV bereits zum Jahresbeginn 2014 bedarfs- und flächendeckend eingeführt wurde.

Auflagen vereinbart

Für eine ganze Reihe der Beteiligungen zum SAV wurden Auflagen zwischen den DGUV-Landesverbänden und den entsprechenden Krankenhäusern vereinbart. Diese betreffen zum Teil wesentliche Bereiche, die die Organisation und Abläufe in den Kliniken betreffen. So haben die Landesverbände ein besonderes Augenmerk auf die Umsetzung der neu aufgenommenen Hygienestandards gelegt. Weitere Vereinbarungen wurden im Hinblick auf notwendige bauliche Veränderungen, den Aufbau der erforderlichen fachärztlichen Kompetenzen oder den Abschluss der geforderten Kooperationen getroffen. Eine Beteiligung unter Auflage konnte immer dann ausgesprochen werden, wenn ein klarer, vertretbarer und verbindlicher Zeit- und Umsetzungsplan zur Nachbesserung vorgelegt wurde. Insgesamt haben eine Reihe von SAV-Kliniken erhebliche Anstrengungen unternommen, um die von der DGUV geforderten Qualitätsstandards zu erreichen. Die Anforderungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung konnten so wiederum dazu beitragen, den Stand der unfallmedizinischen Versorgung Schwer-Unfallverletzter weiter zu optimieren.

Qualitätsstandards

Zur Mitte des Jahres 2014 hat die DGUV darüber hinaus den vorher schon für das VAV bestehenden Ausnahmetatbestand für besonders qualifizierte Einrichtungen der Handchirurgie auch im Bereich des SAV nachvollzogen. Handchirurgische Spezialeinrichtungen können seitdem eine Beteiligung zur Versorgung von SAV-Handverletzungen erlangen, wenn sie die von der gesetzlichen Unfallversicherung vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen. Bis Jahresende 2014 lagen den Landesverbänden 33 entsprechende Anträge von Kliniken vor. Voraussichtlich werden deshalb zu den bislang bundesweit sieben zugelassenen handchirurgischen Spezialeinrichtungen noch einige hinzukommen.

Für das laufende Jahr wird es für die gesetzliche Unfallversicherung verstärkt darum gehen, die Auswirkungen des neuen SAV weiter zu beobachten und insbesondere auf die Einhaltung der neuen Vorstellungspflichten zu achten. Daneben wird im Jahr 2015 ein Konzept für die Einrichtung von Qualitätszirkeln auf der Ebene des SAV entwickelt, an denen alle beteiligten Krankenhäuser teilnehmen sollen. Im Rahmen der SAV-Qualitätszirkel sollen Qualitätsvergleiche ermöglicht und die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung weiter verbessert werden.

Markus Oberscheven, stellv. Leiter, Abteilung Versicherung und Leistungen, Bereich Gesundheitswesen/ Rehabilitation

Neue Mitglieder

Dr. Florian **Bergmann** · München
Frank **Bolte** · Bremerhaven
Falco **Engelmann** · Jena
Dr. Friedrich **Groß** · Hannover
Dr. Jonathan **Grzybeck** · Bremen
Dr. Michael **Kirsch** · Kaiserslautern
Veronika **Köck** · Mainz
Sabine **May** · Koblenz
Dr. Reinhold **Schütz** · Bremerhaven
Joannis **Tamissis** · Oberhausen

Die DGU trauert um ihre verstorbenen Mitglieder

Prof. Dr. Peter A.W. **Ostermann** · Bocholt
Dr. Fritz **Povacz** · Gaspoltshofen
Prof. Dr. Bernd **Claudi** · München
Prof. Dr. Wolfgang **Axhausen** · Schiffdorf
Dr. Jürgen **Eltze** · Köln
Prof. Dr. Rolf **Dederich** · Bonn
Fritz Artur Paul **Seidler** · Frechen

Foto: VLOU

Zur Wiedereinführung der Mindestmenge für Kniegelenks-Totalendoprothesen

Dr. Daniel Frank, Norbert H. Müller, Anke Vorrink

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verfasst nach § 137 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, durch welchen in der Orthopädie/Unfallchirurgie die Mindestmengen für Knieendoprothesen geregelt und bestimmte OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) vorgegeben werden. Grundlage zur Berechnung der Leistung sind die vom G-BA festgelegten OPS Kodierungen.

Zunächst hatte der G-BA zum 01.01.2006 die Mindestmenge für Knieendoprothesen mit einer Fallzahl von 50/Betriebsstätte beschlossen. Im Beschluss wurde eine Karenzzeit zur Erreichung der Mindestmenge von einem Jahr vorgesehen. Krankenhäuser, welche in 2005 eine Fallzahl von 40 – 49 Fällen erreicht hatten, konnten diese Leistungen mit den Kostenträgern noch abrechnen, wenn sie zusätzlich das Qualitätsmerkmal der „guten Qualität" einhielten. Auf Basis der externen stationären Qualitätssicherung wurden fünf Qualitätsindikatoren des

Qualitätssicherungsmerkmals „gute Qualität" definiert. Nach Ablauf der Karenzzeit musste eine Mindestmenge von 50 Fällen erreicht werden. Am 15.09.2011 setzte der G-BA die Mindestmengenregelung aus, nachdem das Landessozialgericht (LSG) Brandenburg in seiner Entscheidung (Az.: L 7 KA 77/08) einer Klage gegen die Festlegung der Mindestmenge stattgab. Bis zur Entscheidung der nun am Bundessozialgericht (BSG) anhängigen Klage blieb die Mindestmengenregelung außer Vollzug. Das BSG entschied mit seinem Urteil v. 12.09.2012 (B 3 KR 10/12 R), dass der G-BA zur Festsetzung einer Mindestmenge auf Grundlage von aussagekräftigen Studien berechtigt sei.

Zur Höhe der Mindestmenge wollte sich das BSG nicht festlegen. Die Tatsachenermittlung wurde an das LSG Brandenburg zurück verwiesen. Die Entscheidung hierüber steht noch aus. In einem anderen Verfahren zur Mindestmenge entschied das BSG (B 1 KR 33/13 R) anhand eines zwischenzeitlich erstellten Gutachtens, dass der G-BA die Mindestmenge zu Recht auf 50 Fälle pro Jahr und Betriebsstätte festgelegt hat. Der G-BA setzte daraufhin die Mindestmengenregelung zum 01.01.2015 wieder in Vollzug.

Krankenhausplan entscheidend

Die Zurechnung der Leistungen zu einem Gebiet der Medizin richtet sich nach dem jeweiligen Krankenhausplan des Landes. In vielen Bundesländern wird das Gebiet analog zur Aufteilung in der Weiterbildungsordnung dem Gebiet der Chirurgie zugeordnet.

Das BSG wies in seinem Urteil u. a. auch darauf hin, dass

- die Mindestmenge auf die Betriebsstätte und nicht den einzelnen Arzt zu beziehen ist
- die Außervollzugsetzung der Mindestmengenregelung nur für zukünftige Behandlungsfälle gelten würde.

Ein weiteres noch nicht komplett veröffentlichtes Urteil des BSG (B 3 KR 1/13 R) stellte für das Land Brandenburg fest, dass Endoprothetik planungsrechtlich zum Kernbereich der Orthopädie gehören würde.

Dies hat im Besonderen für die Bundesländer Relevanz, in denen die Orthopädie, vielleicht auch zusammen mit der Unfallchirurgie, unabhängig von der Chirurgie im Krankenhausplan aufgeführt wird. Chirurgische Kliniken, welche sich orthopädisch/unfallchirurgische Expertise für die Knieendoprothetik, vielleicht auch durch Honorarärzte oder Kooperationsärzte, besorgt haben, dürften zum Einen durch die Zuordnung der Leistung zum Fach und im Weiteren durch die nun geltende Mindestmenge von 50 Fällen im Jahr dieses Leistungsangebot möglicherweise wieder verlieren. Die Wiedereinführung der Mindest-

menge wirft für alle Kliniken, welche die Mindestmenge bis zum 01.01.2015 knapp oder nicht erreicht hatten, eine Reihe von Fragen auf.

1. Wie sollen sich Kliniken verhalten, die 2014 die geforderte Mindestmenge nicht erreicht haben?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Gemäß §137 SGB V besteht ein striktes Ausübungsverbot bei Nichterreichen der Mindestmenge.

Der G-BA hat in dem Beschluss über die Wiedereinsetzung der Mindestmengenregelung dieses Mal keinen Übergangszeitraum vorgesehen.

Problematisch ist, dass nach der Rechtsprechung des BSG für die zu treffende Prognose, ob die Mindestmengen in Zukunft eingehalten und abgerechnet werden können, auf die Fallzahlen des vergangenen Jahres abgestellt wird. Es findet also eine Rückanknüpfung an einen Sachverhalt statt, der bei Wiedereinsetzung der Mindestmengenregelung bereits in der Vergangenheit lag und nicht mehr beeinflusst werden kann.

Es stellt sich also die Frage, wie diese Situation zu bewerten ist. Einerseits hat das BSG in einer seiner Entscheidung (B 1 KR 33/13 KR) festgestellt, dass die Außervollzugsetzung des G-BA nur für künftige, nicht aber für in der Vergangenheit liegende Abrechnungssachverhalte wirke. Mit Bezugnahme auf diese Feststellung ließe sich also vertreten, dass auch die In-Vollzug-Setzung nur für die Zukunft gelten kann und von einem gewissen Vertrauensschutz auszugehen ist. Andererseits hatte der G-BA bei der Außervollzugsetzung der Mindestmengenregelung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese nur bis zur Entscheidung des BSG gelten solle, wodurch eine gesicherte Rechtsposition oder ein Vertrauenstatbestand entfallen würde.

Festgehalten werden kann also, dass sowohl die eine als auch die andere Ansicht mit guten Argumenten vertreten werden kann. Gestützt auf die erste Ansicht ist jedoch durchaus vertretbar, dass die geplanten Behandlungen im Jahr 2015 – noch – durchgeführt werden können. Ein gewisses Restrisiko, dass diese nicht abgerechnet werden können, verbleibt jedoch. Anfang 2016 müsste hingegen die Mindestmenge von 50 Fällen erreicht sein oder ein Antrag bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde auf Ausnahmegenehmigung gestellt worden sein.

2. Welche Ausnahmen von der Mindestmengenregelung sind vorgesehen?

Eine Ausnahme von der Erbringung einer Mindestmenge von 50 Fällen/Betriebsstätte ist im Gesetz verankert. Danach kann von den Landesbehörden dann eine Genehmigung erteilt werden, wenn eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet ist. Ob dies je für die Knieendoprothetik zutreffen dürfte, darf bezweifelt werden.

Für den Aufbau neuer Leistungsbereiche wird in der Mindestmengenregelung des G-BA ein Übergangszeitraum von 36 Monaten gewährt. Weiterhin ist vorgesehen, dass bei personeller Neuausrichtung bestehender Leistungsbereiche ein Übergangszeitraum von maximal 24 Monaten eingeräumt werden kann.

3. Welche Möglichkeiten hat der Krankenhausträger, wenn 2015 unerwartet die geforderte Mindestmenge nicht erreicht wird?

Sollte die Mindestmenge in einem Jahr nicht erreicht werden, kann bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ein Antrag gestellt werden, um eine Ausnahme vom Leistungserbringungsverbot zu erreichen (s.o.). Wird die Genehmigung versagt, muss nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 14.10.2014, Az.: B 1 KR 33/13 R; Urt. v. 27.11.2014, Az.: B 3 KR 1/13 R) davon ausgegangen werden, dass die erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

4. Fazit

Die Aussetzung der Mindestmenge hatte vielen Kliniken die Möglichkeit eingeräumt, mit oder ohne externe Hilfe ein Leistungsangebot aufzubauen, teilweise auch unter dem Aspekt einer ansprechenden DRG Vergütung. Zwischenzeitlich haben sich neue Konstellationen ergeben, die die Erreichung der gesetzlich vorgeschrieben Zahl von 50 Fällen pro Jahr und Betriebsstätte für manche Klinik fragwürdig erscheinen lassen. Eine Wertung der Sinnhaftigkeit der Mindestmengenregelung unter Qualitätsgesichtspunkten ist schwierig. Die Kliniken, welche die Mindestmenge problemlos überschreiten, mögen die Wiedereinsetzung begrüßen. Kliniken, welche unter einem gewissen Aufwand diese Behandlungen in ihr Leistungsangebot aufgenommen haben, sehen sich erheblichen Anforderungen ausgesetzt oder der Gefahr am Ende des Jahres einen nicht unerheblichen Teil ihrer Aufwendungen nicht vergütet zu bekommen.

ANKÜNDIGUNG
VLOU-FORUM 2015

Thema: Orthopädie/Unfallchirurgie – Ausblick 2020: Wo drückt der Schuh?
Termin: Freitag, 01.05.2015, 13.30 – 15.00 Uhr
Ort: Kongresshaus Baden-Baden, Saal 2

Diese Veranstaltung findet statt im Rahmen der 63. VSOU-Jahrestagung in Baden-Baden.
Die Teilnahme ist für Kongressbesucher kostenlos!

Informationen unter www.vlou.de oder telefonisch unter 030 – 340 60 3660

Dr. Daniel Frank, Düsseldorf

Norbert H. Müller, RA, Bochum

Anke Vorrink, LL.M., RAin, Bochum

Arthur-Vick-Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, DGORh schreibt 2015 zum 17. Mal den **Arthur-Vick-Preis** zur Förderung von Nachwuchswissenschaftlern in der orthopädischen Rheumatologie aus. Dotierung

3.000 Euro

Eingereicht werden können Arbeiten zur angewandten Forschung, bzw. zur Therapie rheumatischer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt der orthopädischen Rheumatologie.

Die Arbeiten sind im Original und in fünf geblindeten Exemplaren einzureichen, die keine Rückschlüsse auf die Autoren zulassen.

Einsendeschluss für die Bewerbung: 31.4.2015

Adressat: Prof. Dr. med. St. Rehart,
Präsident der DGORh
Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
AGAPLESION Markus-KH
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt a. M.
Rehart@fdk.info
www.orthopaedische-rheumatologie.de

Reisestipendium Technische Orthopädie 2016

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 4 - 5 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 jeweiligen Gesellschaften beziehungsweise die Fortbildungsvereinigung für Orthopädie-Technik e. V. benennen — in Abstimmung mit dem Kuratorium der Initiative 93 TO — ihre Kandidaten und tragen die Reisekosten in Höhe von derzeit

6000 €

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 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 31.07.2015 an die Sprecherin des Kuratoriums der Initiative'93 Technische Orthopädie einzureichen:

Frau PD Dr. Ute Maronna
Auf der Körnerwiese 6
60322 Frankfurt

Für Auskünfte stehen zur Verfügung:
Frau PD Dr. Maronna (Telefon +49 (69) 629797, E-Mail: umaronna@aol.com) und die ehemaligen Fellows, Prof. Dr. med. Dipl. oec. Greitemann (Telefon +49 (5424) 220-401, E-Mail: greitemann@klinik-muensterland.de) und Dr. med. Martin Berli (Telefon +41 (44) 3865758 , E-Mail: martin.berli@balgrist.ch)

Bernhard Hirt, Harun Seyhan, Michael Wagner, Rainer Zumhasch
Anatomie und Biomechanik der Hand
Georg Thieme Verlag, 3. Auflage 2014.
Preis 59,99 Euro

Angewandte Anatomie der Hand in vivo

Das Wissen um die funktionelle Anatomie der Hand ist die Voraussetzung für eine spezifische Diagnostik und Therapie von Erkrankungen oder Bewegungsstörungen des menschlichen Greiforgans. Die Vielzahl von Büchern über die spezielle Anatomie bis zur Kinematik der Hand, erfährt hier im vorliegenden Werk in überschaubarer Weise eine sehr originelle Untersuchungstechnik mit anatomischen Präparaten, Zeichnungen und Übertragungen auf das lebende Objekt. Sicher ist es nicht möglich, dass große Gebiet der differenzierten Handchirurgie in Bezug auf Traumatologie, Rheumatologie und Fehlstellungen umfassend funktionell und biomechanisch darzustellen. Dieses Manko wird jedoch kompensiert durch die höchst originelle Darstellung der angewandten Anatomie der Hand in vivo, indem die anatomischen Voraussetzungen im parallel abgebildeten Präparat oder einer Grafik zur lebenden Hand aufgemalt werden. Bei intensivem Studium dieses Werkes kann der subtile Untersucher einen Gelenkspalt, eine Schwellung oder einen Schmerzpunkt so exakt bestimmen, dass dadurch eine Unzahl von kostenintensiven MRT'en vermieden werden können. Die aus dieser minutiösen Untersuchungstechnik resultierenden therapeutischen Empfehlungen werden der Klinik von Handerkrankungen nicht immer gerecht, wie z. B. bei der fehlenden Indikation von Injektionen, oder bei dem Vorgehen bei der physikalischen Therapie. Dieses Buch ist Handtherapeuten zu empfehlen, um sich topographisch an der lebenden Hand klinisch äußerst exakt zu orientieren.

Dr. Martin Talke, Berlin

Michael Sauerbier
Die Handchirurgie.
Urban & Fischer bei Elsevier, 2014
Preis 254,99 Euro

Es gehört einiger Mut dazu,

… sich an die gesamte Handchirurgie zu wagen. Raoul Tubiana hat dies in sechs umfangreichen Bänden getan. M. Sauerbier mit vier Herausgebern und 66 namhaften Autorinnen und Autoren ist dies Vorhaben auf fast 1000 Seiten hervorragend gelungen. Sicher ist auch die Tatsache, dass dieses Werk unter der Schirmherrschaft der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH) entstand, eine Grund für die Vereinigung so renommierter Handchirurgen. In dem Buch werden die Grundlagen der allgemeinen handchirurgischen Versorgungen und die nicht apparativen Untersuchungsmethoden der Hand in Wort und Bild sehr plausibel dokumentiert. In der Systematik werden – zwischen Hand und Handgelenk getrennt – die Verletzungen und Erkrankungen dargestellt. Es folgen Nerveneingriffe und Mikrochirurgie. Komplexe Handverletzungen und spezielle Krankheitsbilder schließen das Gebiet operativ ab. Die Rehabilitation und die Begutachtung komplettieren die gesamte „Handchirurgie". Welch intensive Beschäftigung mit dem Thema die Autoren von sich und vom Leser fordern, wird deutlich am minutiösen Stichwortregister von 41 Seiten und dem Literaturverzeichnis von 50 Seiten. Von einem operativ ausgerichteten Werk kann man nicht verlangen, dass konservative Verfahren, die durchaus zur Beschwerdelinderung führen können, intensiv berücksichtigt werden. So ist es umso erfreulicher, dass z. B. der Ringbandspaltung eine sehr subtile Injektionstechnik als Alternative vorangestellt wird. Zusammenfassend ist diese „Handchirurgie" ein Muss für den aktiv operativ tätigen Handchirurgen, welches im deutschsprachigen Raum lange eine Ausnahmestellung haben wird.

Dr. Martin Talke, Berlin

Thomas Carl Stiller
Übernahme und Gründung einer Arztpraxis
Springer-Verlag, 1.Auflage 2013
Preis: 39,95 Euro

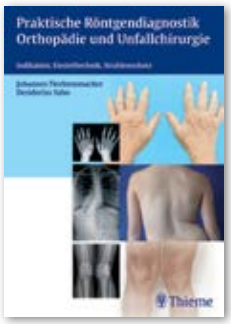
Das Schweizer Taschenmesser für die Niederlassung

Wenn man sich als Kliniker mit dem Themenkomplex „Selbstständigkeit / Niederlassung" beschäftigt, betritt man in der Regel ein ungewohntes Terrain. Man besorgt sich zunächst entsprechende Literatur, um einen Einstieg in die Materie zu bekommen. Dabei stellt man allerdings häufig fest, dass die angebotenen Bücher primär von Experten geschrieben wurden, die sich zwar im Mikrokosmos „Niederlassung" bewegen, aber nicht im Zentrum dessen stehen. Anders ist es bei diesem Buch, welches in der Reihe „Erfolgskonzepte: Praxis- und Krankenhaus- Management" des Springer-Verlags erschienen ist. Der federführende Autor ist als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer eigenen Praxis tätig und beleuchtet aus seiner Sicht und aufgrund seiner Erfahrungen den Gang in die Niederlassung. Darüberhinaus zeigt er dem Leser Möglichkeiten einer erfolgreichen Praxisführung auf im Kontext des dynamischen Gesundheitsmarktes auf.

Unterstützung erfährt er dabei von Weggefährten, die in verständlicher Form juristische und betriebswirtschaftliche Informationen liefern. Auch relevante Fragen aus Sicht eines KVlers werden erläutert. Das Buch ist entsprechend des chronologischen Ablaufes einer Niederlassung aufgebaut, beginnend mit der Entscheidungsfindung / Praxissuche über die finanziellen Aspekte einer Praxisgründung bis hin zur Hard- und Softwareausstattung. Des weiteren werden auch die nach erfolgter Niederlassung praxisrelevanten Themen wie Privatabrechnung, Marketing sowie Personalmanagement („Praxismanagerin") beleuchtet.

Dr. Christian Martin Smit

Für Sie gelesen

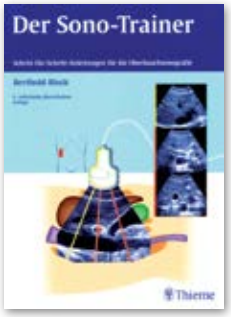


Flechtenmacher J, Sabo D:
Praktische Röntgendiagnostik Orthopädie und Unfallchirurgie.
Thieme Verlag Stuttgart 2014
Preis: 99,99 Euro

Röntgen unter Praxisbedingungen

Die konventionelle Röntgendiagnostik stellt auch zukünftig einen wesentlichen Baustein in der Diagnostik von Veränderungen der Sturz und Bewegungsorgane dar. Am Anfang des Buches stehen Hinweise zum Strahlenschutz sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten, zur Gerätetechnik, zu speziellen Aspekten bei Knochentumoren, in der Unfallchirurgie und der Untersuchung von Kindern. Gerade für die Praxis bedeutsam sind vergleichende Auflistungen effektiver Dosiswerte, die Kenntnis vom Strahlenschutzbereich und die Aufgabenstellung für den Strahlenschutzverantwortlichen. Die regionale Gliederung der verschiedenen Körperregionen beginnt ausnahmsweise an Sprunggelenk und Fuß. Kniegelenk Hüfte und Becken folgen. Auch die obere Extremität wird von der Peripherie der Hand bis hinauf zur Schulter hin abgearbeitet, bevor die Wirbelsäule und Hinweise zur Fachkunde im Strahlenschutz das Buch beenden. An den Hüftgelenken scheint die Rippstein-Aufnahme in Zeiten der schnittbildgebenden MRT möglicherweise verzichtbar zu sein. Alle weiteren in der Praxis gebräuchlichen und notwendigen Untersuchungstechniken werden in didaktisch hervorragender Form in Bezug auf Lagerung wie auch die erzielten Röntgenbilder dargestellt. Dazu gehören auch die Ganzaufnahme der Wirbelsäule im Stehen, wie sie bei Wirbelsäulen-Deformitäten wie Skoliose und Kyphose erforderlich werden. Dieses Buch zweier in Orthopädenkreisen wohlbekannter, erfahrener Kollegen zeigt, dass die engen radiologischen Qualitätskriterien auch unter Praxisbedingungen erreicht werden können.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Berthold Block
Der Sono-Trainer Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die Oberbauchsonografie
Thieme Verlag, 5. Auflage 2014
Preis 49,99 Euro

Wegweiser der Schalluntersuchung

Das auch schon in zahlreichen fremdsprachigen Übersetzungen erschienene Buch ist im strengsten Sinn des Begriffs ein Lernbuch, das es dem Anwender, wie es im Untertitel anklingt, ermöglicht, sich die Technik und diagnostische Auswertung der Sonografie eigenständig zu erwerben. Unter Verzicht auf ausführliche physikalische Erläuterungen, aber mit knappen Beschreibungen technischer Grundlagen, wendet sich das Werk den letztlich zahlreichen, segmental gegliederten Bereichen, Organen und Strukturen zu; anatomische Kenntnisse sind Voraussetzung zum Verständnis der Schnittebenen. Deren Darstellungen sind in vielen krankheitsspezifischen Abbildungen leicht fasslich erkennbar, gleichwohl sind zahlreiche der Sonografie zugängliche Organe akut unfallchirurgisch von Interesse, z. B. Leberrupturen, Milzverletzungen, Zwerchfellrupturen, Nierenläsionen, Verletzungen großer Gefäße. Die sofortige, zeitunaufwendige Sonografie vor einer mehr Zeit beanspruchenden CT empfiehlt sich noch immer beim Polytrauma, insbesondere solchem mit Thoraxbeteiligung. Eine tabellarisch verfasste Befund-/Interpretation-Liste der einzelnen Organe hilft als Wegweiser, die jeweiligen Sonografien abzuarbeiten. Für den an der eigenen Schalluntersuchung Interessierten eine offenkundig bewährte, hilfreiche learning by doing-Möglichkeit.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau

Hase, Mattes
100 Fälle Fußchirurgie – Komplexe Operationen und Revisionen
Schattauer 2015
Preis 99,99 Euro

Prägnante Falldarstellungen

Das Buch wendet sich an den praktisch tätigen Fußchirurgen, der auch komplexe Fälle behandelt und Revisionseingriffe durchführt. Anders als im herkömmlichen Lehrwerk werden hier nicht Basispathologien und deren Therapie erläutert, sondern Fälle dargestellt und Behandlungsstrategien sowie Lösungsvorschläge komplexer Fußpathologien gegeben. Das Buch ist anatomisch in Vor- und Mittelfuß (41 Fälle), Fußwurzel (15 Fälle) und Rückfuß (44 Fälle) gegliedert. Zu jedem Fall werden kurz die Anamnese und die wichtigsten klinischen Befunde geschildert, dazu werden die präoperativen Röntgenbilder gezeigt. Im Anschluss wird die OP Technik als therapeutische Lösung vorgestellt und das Nachbehandlungsschema sowie die postoperativen Röntgenbilder dargestellt. Hilfreich für den Fußchirurgen sind die kurzen und prägnanten Falldarstellungen. In einigen Fällen wären allerdings zusätzliche Informationen, wie z. B. präoperative Schnittbilddiagnostik oder eine Information zum Endergebnis wünschenswert. Fazit: Ein gelungenes Werk für den erfahrenen Fußchirurgen. Die Lücke zwischen Standardfall und „Kolibri“ wird durch Darstellung von Fällen, welche nicht alltäglich sind, aber in der lebhaften fußchirurgischen Ambulanz in relevanter Anzahl vorkommen, geschlossen. Dabei ist das vermittelte Wissen aktuell. Die Darstellung und Aufarbeitung von Lösungsvorschlägen lässt jedoch noch genug Raum, eigene Strategien zu entwickeln und Lösungen zu finden.

Dr. Carsten Wingenfeld

Veranstaltungskalender von DGOU, DGOOC und DGU

Wegen Platzmangels können wir hier nur die Kursangebote der ADO und AUC aufführen. Alle anderen Veranstaltungen finden Sie in den Veranstaltungskalendern der Websites der Fachgesellschaften www.dgou.de, www.dgooc.de und www.dgu-online.de

Die Redaktion von DGOU, DGOOC und DGU.

Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder gerne können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 79 74 44-59
Fax: (030) 79 74 44-57,
E-Mail: info@institut-ado.de

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

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

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB 2015

Die Akademie Deutscher Orthopäden und die Firma Ottobock vergeben **zwei Stipendien für den Facharztvorbereitungskurs für Orthopädie und Unfallchirurgie (FAB)**.
Interessenten sind aufgerufen ihre Bewerbung hierfür mit Lebenslauf unter Angabe von Zusatzqualifikationen bis einschließlich 29.04.2015 in elektronischer Form an info@institut-ado.de zu richten.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	29.06.–04.07.2015	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	BVOU Mitglieder 590 € Nichtmitglieder 790 €	47

Basiskurs Technische Orthopädie

In diesem Modul soll den Kursabsolventen ein Basiswissen zur technischen Orthopädie vermittelt werden, welches Inhalt der Weiterbildungsordnung zum Facharzt O und U ist.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Heidelberg	technisch orthopädische Versorgungen der Bereiche Orthetik, Prothetik, Rollstuhl- und Orthopädieschuhtechnik	24.–25.04.2015	Prof. Greitemann Prof. Ewerbeck Dipl.-Ing. Alimusaj	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	150,00 € Mitglieder DGOU / BVOU 200,00 € Nichtmitglieder *inkl. Verpflegung und Teilnehmerunterlagen	n. n.

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III in 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Tauberbischofsheim	Kurs **I** Früharthritis in Orthopädischer Hand- Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	09.05.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	**Kurs I:** BVOU Mitglieder 125 € Nichtmitglieder 150 € **Kurs II** BVOU Mitglieder 150 € Nichtmitglieder 175 € **Kurs III** BVOU Mitglieder 200 € Nichtmitglieder 250 € **Refresher** BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	6
Berlin	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand- Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	22.10.2015	Dr. Schwokowski			6
Baden Baden	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	01.05.2015	Dr. Schwokowski			6
Ludwigshafen	Kurs **II** Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	20.06.2015	Dr. Schwokowski			6
Berlin	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	23.–24.10.2015	Dr. Schwokowski			16
Baden-Baden	Rheuma-Refresher-Kurs	02.05.2015	Dr. Schwokowski			keine

ORFA – Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin – Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	ORFA – Kick off Veranstaltung	22.04.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	**Modul 1 + 7** 50 € BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 75 € für Nicht -Mitglieder **Modul 2 + 6** 150 € BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 175 € für Nicht-Mitglieder Kick off Veranstaltung für Ärzt und Helferinnen 50 € Orfa Kick off – **kostenlos**	

5. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	11.–12.12.2015	Prof. Ekkernkamp Prof. Wich Prof. Barthlen	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	BVOU Mitglieder 190€ Nichtmitglieder 240€	9

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

Kinesio Taping Kurse 2015

Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Taping-kurs 1						
Baden Baden	K-Taping-Crash-Kurs	01.05.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	BVOU Mitglieder 190 € Nichtmitglieder 230 € Crashkurs 120 €	keine
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	09.–10.10.2015				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	29.–30.05.2015				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	29.–30.05.2015				
Taping-kurs 2						
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	20.–21.11.2015				
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	12.–13.06.2015				

Myofaziale Triggerpunkt Therapie 2015

Dieser (Grund-)Kurs ist an das **F**aszien**D**istorsions**M**odell (FDM) nach **Stephen Typaldos** und an den Techniken von **Art Riggs** angelehnt. / auch für Arzthelferinnen und Physiotherapeuten geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Triggerpunkte	21.–22.08.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	BVOU Mitglieder 190 € Nichtmitglieder 230 €	keine

BVOUcert QM-Schulung 2015

Eintägige Schulung zur Einführung eines QM-Systems. Die Elemente des BVOUcert entsprechen der DIN EN ISO 9001:2008

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Qualitätsmanagement	27.06.2015	Dr. Friedhelm Heber	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	1.500 € für Arzt zzgl. Helferin, inkl. Handbuch und Verpflegung	S

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

VSOU 2015- Kursangebote

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden	DIGEST Modul 1	29.04.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz	Akademie Deutsher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 Mail : info@institut-ado.de www.institut-ado.de	DIGEST Mitglieder 290€ BVOU Mitglieder 310€ Nicht-Mitglieder 330€	11
	GHBF „Haltungs u. Bewegungsdiagnostik“	30.04.2015	Michael Kaune		kostenlos	0
	AK Oberflächen EMG	30.04.2015	Dr. M. Meichsner		kostenlos	0
	Extrakorporale Stoßwellen (Sinfomed)	30.04.2015	Dr. M. Hansen		125€	0
	AK niedergelassene Operateure	01.05.2015	Dr. Heppt / Dr. Weinhart		kostenlos	0
	EMG – Kompaktkurs	01.05.2015	Dr. M. Meichsner		125€	0
	Taping-Crash-Kurs	01.05.2015	Ingo Geuenich		120€	0
	Kurs **II** Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	01.05.2015	Dr. Schwokowski		BVOU Mitglieder 125€ Nichtmitglieder 150€	6
	Röntgen- Akutalisierungs-Kurs	02.05.2015	Dr. Flechtenmacher		Nichtmitglieder Ärzte 400€ Nichtmitglieder Assistenzärzte 200€ BVOU und VSOU-Mitglieder 200€ Ass.ärzte BVOU-Mitglieder 100€	9
	MRT Kurs	02.05.2015	Dres. Goldmann / Mauch		kostenlos	
	Rheuma-Refresherkurs	02.05.2015	Dr. Schwokowski		BVOU Mitglieder 48€ Nichtmitglieder 58€	

3D / 4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2015

3D / 4D Messverfahren ist ein zusätzlicher diagnostischer Baustein bei der Patientenuntersuchung, komplimentiert wird dies durch das neue Seminar der dynamischen Wirbelsäulenvermessung 4D-motion

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bochum	4D-motion	18.04.2015	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 Mail : info@institut-ado.de www.institut-ado.de	**3D / 4D:** BVOU Mitglieder 150€ Nichtmitglieder 200€ **4D motion:** BVOU Mitglieder 150€ Nichtmitglieder 200€ *inkl. Handouts und Verpflegung*	9
Baden Baden	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	01.05.2015				9
Baden Baden	4D-motion	02.05.2015				9
Fulda	4D-motion	26.09.2015				9
Berlin / DKOU	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	24.10.2015				9

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

ADO Kooperationen

Stoßwellentherapie DIGEST e. V. Fachkunde-Kompaktkurs vom 10.–13.06.2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Modul 1 Basiskurs	10.06.2015	Priv. Doz. Dr. Hausdorf Dr. Ringeisen	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 Mail : info@institut-ado.de www.institut-ado.de	DIGEST Mitglieder 290 € BVOU Mitglieder 310 € Nicht-Mitglieder 330 € je Kursmodul	n. n.
	Modul 3 Tendopathien d. unteren Extremitäten	11.06.2015				n. n.
	Modul 2 Tendopathien d. oberen Extremitäten	12.06.2015				n. n.
	Modul 6 Myofasciale Schmerztherapie / Neurologie / Spastik	13.06.2015				n. n.

Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedack mit Oberflächen EMG

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

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden	Kompaktkurs+ Workshop	01.05.2015	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 Mail : info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 € inkl. Kursunterlagen und Verpflegung	n. n.
Berlin	Kompaktkurs+ Workshop	22.10.2015				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	Weiterbildung Manuelle Medzin „LBB1 Lenden-Becken-Bein“	22.04.–26.04.2015	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	49
Boppard		19.06.–21.06.2015				40
Boppard		02.09.–06.09.2015				40
Boppard		02.12.–06.12.2015				49
Bad Füssing		09.12.–13.12.2015				49

GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik Termine 2015

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
Grassau	Kompaktkurs	26.–28.06.2015	Dr. Pfaff Dr. Götz M. Kaune	GHBF e. V. Haimhauserstr. 1 80802 München Tel: +49 89-330 370 53 Fax: +49 89-330 371 31	455,00 € (GHBF Mitglieder 364,00 €) In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	24
		16.–19.07.2015				
		11.–13.09.2015				
		13.–15.11.2015				

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

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, DGOOC,DGOU Mitglieder 295 €	47

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Masterkurs Knie	24.–25.04.2015	folgt	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com	auf Anfrage	
Hamburg	AE-Froum Experts meets Experts „Prävention Periprotethischer Infektionen“	19.06.2015				
Freiburg	12. AE ComGen Kongress	26.–27.06.2015				
Berlin	Masterkurs Knie	03.–04.07.2015				
Köln	Masterkurs Hüfte	04.–05.09.2015				
Frankfurt a. Main	Kongress Qualitäts- u. Sicherheitsinitiative	05.–06.11.2015				
Ofterschwang	AE-Kurs Knie / AE-Masterkurs Knie	19.–21.11.2015				
Stuttgart	17. AE-Kongress	04.–05.12.2015				

Initiative ´93 Technische Orthopädie 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Rostock	Modul 3+4 Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie,Querschnittsläsion	11.–13.09.2015	Prof. Dr. Mittelmeier	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an+A129:G135: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an:Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwe 11 49214 Bad Rothenfelde	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300 € Nichtmitglieder: 400 €	n. n.
Innsbruck / Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	18.–19-09-2015	Dr. Landauer			
Dortmund	Modul 5 Refrehser + Prüfung	27.–28.11.2015	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			

Sonographiekurse 2015 Hamburg

Sonographiekurse Haltungs- und Bewegungsdiagnostik / Säuglingshüfte

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsapparat (B1)	11.–13.09.2015	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Hürthweg 6, 24415 Hamburg Frau Habermann Tel.: 040 / 4688 2929 Fax: 040 / 531 60 241 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	B1: 530 € B2: 520 € B3: 410 € S1 / 2: 690 € S3: 360 €	n. n.
	Aufbaukurs Bewegungsapparat (B2)	06.–08.11.2015				
	Abschlusskurs Bewegungsapparat (B3)	22.–23.08.2015				
	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte (S1 / 2)	23.–25.01.2015				
	Abschlusskurs Säuglingshüfte (S3)	24.–25.10.2015				

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

MRT Kurse Erlangen 2015 / 2016

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremitäten	25.–26.09.2015	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 – 7190 – 51, Email: goldmann@orthopaeden.com	Pro Kurs: 320€	85
	Kurs 2 Wirbelsäule	13.–14.11.2015				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	11.12.12.2015				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankung	15.–16.01.2016				

Cologne Conference 06.06.2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Myofasziale Schmerzen	06.06.2015	Dr. Markus Hansen	Deutscher Verband für Physiotherapie Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. Theodor-Heuss-Ring 16 50668 Köln Fax. 0221 / 93 187 85 Mail: info@igtm.org oder info@nrw.physio-deutschland.de	IGTM – Mitglieder 80€ IGTM – Schüler / Studenten 35€ Nichtmitglieder 110€ Nichtmitglieder – Schüler Studenten 60€ Rahmenveranstaltung 35€	7

VFOS Kursreihe „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Abschlusskurs	14.–15.11.2015	Dr. Löffler Dr. Krüger-Franke Dr. Kugler Dr. Scholz Dr. Schöllkopf	MVZ am Nordbad Schleißheimer Str. 130 Mail: a.kugler@sport-ortho.de www.vfos.info Tel. 01523 / 8476601 Fax. 089 / 1233 052	Grundkurs 380€ Aufbaukurs 380€ Abschlusskurs 280€ Refresherkurs 170€	30

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar (MWE) e. V. Manuelle Medizin Termine 2015

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.

OrtS	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Damp	Manuelle Medizin -Grundkurs I	18.–25.04.2015	Dr. Hermann Locher	Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar Neutrauchburg (MWE) e. V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562 / 9718-14 Fax:07562 / 9718-22 email: falkowski@aerzteseminar-mwe.de www.aerzteseminar-mwe.de	auf Anfrage	n. n.
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 1)	12.–14.06.2015				
Gelsenkirchen	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 2)	19.–21.06.2015				
Dresden	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 1)	18.–20.09.2015				
Dresden	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 2)	25.–27.09.2015				
Karlsruhe	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 1)	18.–20.09.2015				
Karlsruhe	Manuelle Medizin -Grundkurs I (Teil 2)	25.–27.09.2015				
Isny	Manuelle Medizin -Grundkurs I	10.–17.10.2015				
Damp	Manuelle Medizin -Grundkurs I	07.–14.11.2015				
Hannover	Manuelle Medizin -Grundkurs I	14.–19.11.2015				
Osteopathiekurse						
Isny	Einführungskurs (E)	18.–20.06.2015				
Bad Iburg	Einführungskurs (D)	03.–05.09.2015				
Refresherkurs						
Königstein	Gesamtrefresher / Kompetenzhaltungskurs	01.–08.08.2015				
Castelletto di Brenzone / Italien	Internationaler klinischer Refresher	11.–14.06.2015				
Ascheffel	Tagesrefresher / Best of Wirbelsäule und Extremitäten	09.05.2015				
Ascheffel	Tagesrefresher / Manualmed. Algroithmmus bei Verkettungssyndromen	29.08.2015				
Neuss	Tagesrefresher / HWS	07.11.2015				
Hannover	Tagesrefresher / LWS + SIG	21.11.2015				
Isny	Wochenendrefresher Untere Verkettung / LWS+SIG	25.–26.04.2015				
Isny	Wochenendrefresher Obere Verkettung / HWS + Thorax	12.–13.09.2015				
Sonderkurs						
Lech / Austria	ESSOMM Winterconference	07.–10.12.2015				

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

D.A.F. Kurse (Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. 2015

DAF Zertifikat Fußchirurgiekurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	15.–16.05.2015	J. Andermahr T. Filler S. Rammelt	Kongress- u. Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29 61352 Bad Homburg Tel. 06172 / 6796-0 Fax. 06172 / 6796-26 info@kmb-lentzsch.de	siehe Homepage www.fuß-chirurgie.de	
Düsseldorf	Operationskurs Vorfußchirurgie	06.–07.03.2015	J. Dohle			
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	18.–19.09.2015	J. Lange			
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	13.–14.11.2015	M. Gabel U. Gronwald			
Bochum	Operationskurs Arthrodesen	29.–30.05.2015	U. Klapper			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	11.–12.09.2015	D. Frank M. Abbara Czardybon A. Prescher			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	03.–04.07.2015	M. Thomas M. Jordan			
Hannover	Operationskurs Sehnenchirurgie	25.–26.09.2015	C. Stukenbour-Colsman			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	27.–28.11.2015	M. Thomas M. Jordan			
Bad Saarow	Operationskurs Rheumafuß	12.–13.06.2015	J. Osel			
Düsseldorf	Operationskurs Rheumafuß	19.–20.06.2015	R. Krauspe			
Bad Saarow	Operationskurs Rheumafuß	09.–10.10.2015	J. Osel			
Düsseldorf	Workshop Kinderfuß	19.–20.06.2015	R. Krauspe			
Wien	Workshop Kinderfuß	20.–21.11.2015	R. Ganger			
Hannover	Operationskurs Traumatologie	17.–18.04.2015	J. Geerling			
Schwarzenbruck	Operationskurs Traumatologie	08.–09.05.2015	M. Richter S. Zech			
Münster	Operationskurs Traumatologie	18.–19.09.2015	S. Ochman			

22. Jahrestagung der Detuschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e. V.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Mannheim	Ellenbogengelenksnahe Frakturen Pathologien des Überkopfsportlers Revisionsmanagement bei Implantatversagen Evidenz in der Schulter-Ellenbogenchir. Rotatorenmanschette Endoprothetik / „stemless day“	25.–27.06.2015	Prof. Dr. Lehmann Dr. Lichtenberg	Intercongress GmbH Wilhelmstr. 7 65185 Wiesbaden Tel. 0611 / 977160 Fax. 0611 / 9771616 dvserg@intercongress.de www.intercongress.de	siehe www.dvse-kongress.de	n. n.

[1] BVOU-Mitglieder, [2] Nichtmitglieder, [3] BVOU / DGOU / DGOOC-Mitglieder

Stellenangebote

Wir suchen für unsere orthop. Praxis eine Auszubildende zur MFA ab sofort.
Orthopädische Praxis in Berlin sucht freundliche, motivierte und aufmerksame Auszubildende zur MFA, gerne auch Wechsler. Neben Verantwortungsbewusstsein und Freude an der Arbeit im Team, sind ein guter Schulabschluss, gepflegtes Äußeres und höfliche Umgangsformen Grundvoraussetzungen für die Stelle. Wir bereiten Sie in einem äußerst freundlichen, jungen und engagierten Team von Arzthelferinnen im Rahmen einer abwechslungsreichen Tätigkeit auf Ihren Traumberuf vor. Vollständige Bewerbungsunterlagen mit Schulzeugnissen und Foto bitte per Mail an die Praxis senden.

E-Mail: info@praxis-dr-neisser.de

Weiterbildungsassistent in Berlin gesucht
Medizinisches Versorgungszentrum am Wittenbergplatz mit sehr guter Verkehrsanbindung und den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Orthopädie, und Rheumatologie und einem operativer Schwerpunkt im Bereich Endoprothetik, Kniechirurgie, Wirbelsäulenchirurgie und Fußchirurgie sucht Weiterbildungsassistenten/-in für den Fachbereich Orthopädie-Unfallchirurgie (18 Monate WBE). Die Weiterbildung kann in einer halb - oder ganzen Stelle erfolgen.
Ansprechpartner ist Herr Robert Storch. Wir freuen uns auf aussagekräftige Bewerbungsunterlagen per E-Mail an: storch@orthos-berlin.de

Praxisvertretung

Orthopädische Privatpraxis in Berlin sucht ärztlichen Kollegen mit Erfahrung in der konservativen Behandlung für regelmäßige Praxisvertretungen bzw. Urlaubsvertretung.
Kenntnisse in Manueller Behandlung u. Akupunktur wären wünschenswert.
Interessenten wenden sich jeweils bitte nur per E-Mail (info@praxis-dr-neisser.de) bzw. per Tel. (Praxis: 2478 1661) an uns.

Praxisabgabe

Praxisnachfolger gesucht!
für konservative orthopädische Praxis in Strassen / Luxemburg gesucht. Es sind 2 Behandlungszimmer, inklusive Ultraschall und ES-Gerät vorhanden.
Praxisabgabe: sofort möglich.

Chiffre: 21 15 21

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
E-Mail: esther.eckstein@pharmedia.de