

Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Februar 2016



Zukunftswerkstatt
DGOU



OLG stärkt
Chefärzte

Arthroskopie bei
Gonarthrose

Gesundheit in Deutschland – Forever Young ?

Anfang Dezember vergangenen Jahres wurde der neue Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Robert Koch Institut (RKI) veröffentlicht. Neben der umfassenden Darstellung zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland, ist vor allem die offizielle Interpretation und damit auch die Priorisierung interessant.

Hier ein kurzer Auszug aus dem Bericht: Gesundheitszustand und Versorgung in Deutschland werden von zwei Einflussfaktoren bestimmt: dem demografischen Wandel und der individuellen sozialen Lage. So haben beispielsweise Männer mit sehr niedrigem Einkommen eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Männer mit hohem Einkommen. Deutschland zählt weltweit zu den Ländern, die vom demografischen Wandel am stärksten betroffen sind. Im Jahr 2013 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 20,8% der Gesamtbevölkerung – dies entspricht etwa 17 Millionen Frauen und Männern. Unter ihnen waren 4,4 Millionen älter als 80 Jahre und 2,1 Millionen älter als 85 Jahre.

Die chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen dominieren das Krankheitsgeschehen. Der überwiegende Teil der älter-werdenden Bevölkerung leidet an einer oder sogar mehreren muskuloskelettalen Erkrankungen. In einer weiteren aktuellen Studie des RKI, „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA, 2015) ergab eine telefonische Patientenbefragung nach den ärztlich gestellten Diagnosen, dass insbesondere ältere Frauen von muskuloskelettalen Erkrankungen betroffen sind – in der Altersgruppe der über 75-Jährigen: 63,7% der Frauen und 45,8% der Männer.

Die Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, 2013), ebenfalls RKI, ergaben, dass in der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen 37,9% der Frauen und 29,2% der Männer in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal einen niedergelassenen Or-

thopäden in Anspruch genommen hatten.

Auch in der stationären Versorgung spielen Muskel- und Skelett-Erkrankungen eine bedeutende Rolle: 2013 verursachten sie 9% aller stationären Behandlungsfälle. Fallzahlen im stationären Versorgungsbereich zeigten sehr unterschiedliche Trends für den Zeitraum 2000 bis 2012: Den stärksten Anstieg gab es bei den muskuloskelettalen Erkrankungen mit nahezu 40%. Von den rund 19,2 Millionen stationären Behandlungsfällen im Jahre 2013, entfielen rund 8,3 Millionen auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen. Verglichen mit den Fallzahlen aus dem Jahr 2000 entspricht dies einem überproportionalen Anstieg in eben dieser Altersgruppe von 20,6% bei den Frauen und 52,0% bei den Männern. Über alle Altersgruppen und beide Geschlechter betrachtet betrug der Anstieg in den Jahren 2000 bis 2012 lediglich 9,4%.

Vor dem Hintergrund des auszugsweise beschriebenen demografischen Wandels ist der Begriff des „Healthy Ageing“ ein wichtiges Ziel – nämlich ein weitgehend gesundes Älterwerden zu ermöglichen. Auf nationaler Ebene wird es aufgegriffen in dem im Jahr 2012 veröffentlichten Gesundheitsziel »Gesund älter werden«. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 2002 wird ein übergreifender Terminus verwendet und als Ziel formuliert: „Active Ageing“. „Aktives Altern“ wird von der WHO definiert als Prozess der Optimierung der Chancen für Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit. Es geht darum, die Lebensqualität mit zunehmendem Alter zu verbessern. „Active Ageing“ ermöglicht älteren Menschen an der Gesellschaft teilzuhaben und die Möglichkeit, Pflege und Hilfe zu bekommen, wenn sie benötigt werden.

Was bedeutet dies für die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie?

Grundsätzlich kann man diese Entwicklungen als Chance und auch als große Herausforderung ansehen. Eine immer älter werdende Gesellschaft benötigt



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Vizepräsident BVOU

kompetente Versorger, Berater und Begleiter im Alter. Bei dieser Aufgabe werden neben den Generalisten (Hausärzte und Geriater) vor allem auch kompetente Spezialisten gefragt sein. Die Arbeit der AG Alterstraumatologie ist bereits ein Leuchtturm in diesem Bereich, auf internationaler Ebene versucht das Fragility Fracture Network (FFN) eine multidisziplinäre Kooperation bei der Versorgung von Frakturen in höherem Lebensalter zu etablieren und zu optimieren.

Im operativen Segment der Versorgung gibt es bereits die ausgewiesene Expertise. Im nicht-operativen Bereich fehlen derzeit die (formalen) Rahmenbedingungen zur speziellen Versorgung Älterer – sie sollten in naher Zukunft geschaffen werden. Die Zusatzbezeichnung „Geriatric“ beispielsweise kann von Internisten und Neurologen erworben werden, bisher jedoch nicht von Orthopäden und Unfallchirurgen. Die geriatrische Rehabilitation erlaubt eine kompetente Versorgung bei allgemeinen Problemen des alten und älteren Patienten. Die fachkom-

petente Versorgung älterer Patienten mit postoperativ erhöhtem Pflegebedarf nach orthopädisch-unfallchirurgischer Versorgung ist bisher nicht adäquat im bestehenden System der medizinischen Rehabilitation abgebildet. Ein analog der neurologischen Rehabilitation am Pflegebedarf ausgerichtete Phasensystem mag hier eine Option sein.

Vor dem Hintergrund der Betrachtung und Interpretation der erhobenen Daten im Bericht „Gesund in Deutschland“ sollte sich die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie stärker als bisher weiterführende Gedanken über die politische Priorisierung muskuloskelettaler Erkrankungen machen. Wohl wird in diesem Bericht „Gesund in Deutschland“ die große Bedeutung muskuloskelettaler Erkrankungen für die körperlichen Einschränkungen der deutschen Bevölkerung sowie ambulanter und stationärer Versorgungsbedarf und auch die gesundheitsökonomischen Auswirkungen derartiger Erkrankungen

betont – als primäre Handlungsfelder werden jedoch Diabetes mellitus und psychische Erkrankungen abgeleitet.

In den letzten vierzehn Jahren sind acht „nationale Gesundheitsziele“ definiert worden: „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ ebenso wie die Erhöhung der Gesundheitlichen Kompetenz und die Stärkung der Souveränität der Patientinnen und Patienten. Drei spezifische Krankheitsentitäten sind als Gesundheitsziele hervorgehoben: Diabetes mellitus, Brustkrebs und Depressive Erkrankungen – ich finde dies bemerkenswert ...

„Forever Young“ ist ein Musiktitel, der unterschiedliche Generationen geprägt hat: Während Bob Dylan in den 60ern sang: „May you stay forever young“ formulierte Alphaville es in den 80ern so: „Let us die young or let us live forever. I want to be forever young – do you really want to live forever“.

Letztes Jahr um diese Zeit habe ich in meinem Editorial formuliert, dass es im ärztlichen wie im menschlichen Leben gilt, Herausforderungen wahrzunehmen, sich ihnen zu stellen, Lösungen zu finden und (notwendige) Veränderungen anzunehmen.

Die ärztliche Behandlung älterer Menschen ist vor allem eine Frage der inneren Haltung. Wer im „Alt-Werden“ nur ein „Weniger-Werden“ sehen kann, für den also das Defizit-Modell des Alterns zentral ist, wird sich schwer tun in der Begleitung, Beratung und Behandlung älterer, möglicher Weise gebrechlicher Patienten. Gefragt sind nach meinem Dafürhalten auch in diesem Bereich gut ausgebildete Ärzte – Orthopäden und Unfallchirurgen eingeschlossen – die ihre Patienten beweglich, vital, in Bewegung sehen wollen – körperlich und geistig.

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Vizepräsident BVOU



Foto: Regina Radke-Lottermann

14 **Zukunftswerkstatt DGOU:** Brauchen wir eine Bedarfsplanung?, lautete die Frage, mit der sich namhafte Referenten aus den verschiedensten Sektoren des Gesundheitssystems in Deutschland zu Wort meldeten.



Foto: DOC Rabe Media_Fotolia

42 **OLG stärkt Chefarzte:** Mehrere ständige ärztliche Vertreter eines privatliquidationsberechtigten Chefarztes sind zulässig.



Foto: smartmediadesign_fotolia

22 **Arthroskopische Verfahren zur Behandlung der Kniegelenke:** Der G-BA hat die Arthroskopie bei Gonarthrose nun tatsächlich gegen jegliche Einwände der Fachgesellschaften und Berufsverbände aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen.

Editorial

Gesundheit in Deutschland – Forever Young ?

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig

Neue Vertreter im DFG-Fachkollegium für Orthopädie und Unfallchirurgie

Forschungsdatenbank O & U: Vernetzen Sie sich!

Fusion der BG Kliniken

IC-Kurse: Neuer Film stellt Trainingskonzept vor

Zum Dialog aufgefordert

Terrorgefahr: Notfallversorgung

Leserbrief

Aus unserem Fach

ZUKUNFTSWERKSTATT
Bedarfsanalyse – Bedarfsplanung

NATIONALE KOHORTE
Gesundheitsstudie NAKO mit muskuloskeletalem Untersuchungsprogramm gestartet

NEUE PRÄSIDENTEN
Zwei Ulmer und ein Bremer sind die neuen DKOU-Präsidenten

ARTHROSKOPISCHE VERFAHREN
Arthroskopie aus GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen

BUNDESÄRZTEKAMMER
Nach Redaktionsschluss: Reform der GOÄ

DIE ORTHOPÄDINNEN – NETZWERK
7. Jahrestagung

INTERVIEW

Ein Jahr OPidS – Eine positive Bilanz 29

1 INITIATIVE '93 TECHNISCHE ORTHOPÄDIE
Jede Minute vertieft das Wissen 32

8 DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE DIGITAL
Gold Open Access Journal für alle chirurgischen Fachgesellschaften 34

FORTE

10 Junges Forum O & U der DGOU tritt FORTE bei 36

NORMUNG ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

Health-Commerce versus Health-Care 37

Recht

STEUERRECHT

Müssen Preisgelder versteuert werden? In der Regel ja! 40

OLG STÄRKT CHEFÄRZTE

Mehrere ständige ärztliche Vertreter zulässig 42

Unterwegs

DVOST STIPENDIUM

Sportmedizin in Salzburg 44

SICOT WELTKONGRESS

Wer war noch nie in China? 47

AFACOT

Deutsch-französischer Erfahrungsaustausch 48

WORLD TRAUMA SYMPOSIUM

Erstmals deutscher Referent auf dem World Trauma Symposium 49

Namen

Personalien 50

Wir gratulieren... 51

Ehrungen für sächsische Chirurgen in Tschechien 52

BVOU

Brandenburger Orthopädentreffen vom 6. bis 7.11.2015 im A-ROSA Resort Scharmützelsee Bad Saarow	55
Jahrestagung des BVOU Mecklenburg-Vorpommern in Heringsdorf	57
Bericht über die Jahresversammlung Niedersachsen	59
Schöne Grüße an die Füße	60
Berufs-Rechtsschutz-Versicherung für BVOU-Mitglieder	61
Mitgliederangebote	63
Neue Mitglieder	64
Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder	64

Für Sie gelesen 94

Für unsere Mitglieder

Kursangebote	96
Service/Kleinanzeigen	106
Service/Preise	107
OU Medizin und Markt	110

DGOU

Angebot für DGOU-Mitglieder	66
WICHTIGE Beitrags- und Mitgliederinformation für 2016	66
Tätigkeitsbericht aus der AG Lehre der DGOU 2015	69
AG O & U in Entwicklungsländern (AGOUE) re-konstituiert	70
AGA-Kongress	71
Ausschuss Wissenschaft und Forschung DGOU Von der Grundlage bis zur Klinik	72
Neue Mitglieder	73
AG 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen	74
Deutschsprachiger AOTrauma Master Kurs	76
Neues aus der Deutschen AO	77
Ein Jahr im Amt: als Generalsekretär von DGOU und DGOOC	78
Sektionsbericht Vereinigung Technische Orthopädie 2015	80

DGOOC

Forum der nichtselbständigen Ärzte der DGOOC	82
EPRD weiter auf Erfolgskurs	83
Neue Mitglieder	83
Prof. Dr. Johannes Hellinger zum 80. Geburtstag	84
Prof. Dr. Hanns Hofer verstarb einen Tag vor seinem 90. Geburtstag	85

DGU

Psychische Traumatisierungen nach Unfällen und Gewalterfahrungen – eine therapeutische Herausforderung	86
DGU ist Mitglied in der DIVI	88
Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2017-2019 gesucht!	89
Neue Mitglieder	89
Abschied von OMR Dr. Klaus Welz	90

VLOU

Das Honorararztwesen in Deutschland – wem nutzt es, wem schadet es?	92
---	----

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK:



www.facebook.de/dgou.ev



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. 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.: (0 30) 340 60 36 60

Fax: (0 30) 340 60 36 61

E-Mail: info@vlou.de

Redaktion

Ines Landschek

Tel.: (0 30) 340 60 36 00

E-Mail: oumn@dgou.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.

Vorstand

Präsident

Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Vizepräsident

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Vizepräsident

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

Schatzmeister

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Vorstandsmitglied

PD Dr. med. habil. Axel Sckell, Greifswald

Vorstandsmitglied

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vorstandsmitglied

Prof. Dr. med. Alexander Beck, Würzburg

Generalsekretär der DGOU

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

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

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



Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Erster Vizepräsident

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Zweiter Vizepräsident

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

Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

Generalsekretär

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

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Schriftführer

Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Kiel

Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Prof. Dr. med. Johannes Sturm, München/
Münster

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



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



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

Bezugspreise 2016*	Abo	Versandkosten			Gesamtkosten		
		Inland	Europa	Weltweit	Inland	Europa	Weltweit
Persönliches Abonnement	239,00	36,80	38,00	47,40	275,80	277,00	286,40
Institutionelles Abonnement	438,00**	36,80	38,00	47,40	474,80	476,00	485,40

* Jährliche Bezugspreise in € (D); unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 45,00€ 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 DGOUC)
Prof. Dr. med. Heiko Reichel, Ulm

Stellv. Präsident (und Präsident der DGU)
Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOUC
Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt/Main
Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Frankfurt/Main

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)

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

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

Schatzmeister (und Schatzmeister der DGOUC)
Prof. Dr. med. Andreas Halder, Kremen

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat
PD Dr. med. Hansjörg Heep, Essen

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

Leiterin des Ausschusses Bildung und Nachwuchs
Prof. h.c. Dr. med. 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. Manuel Mutschler, Köln

DGOU-Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (030) 340 60 36 00
Fax: (030) 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. Heiko Reichel, Ulm

1. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Rüdiger Krause, Düsseldorf

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Frankfurt/Main

Generalsekretär
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

Schatzmeister
Prof. Dr. med. Andreas Halder, Kremen

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

Orthopädischer Vertreter des "Konvent der Universitätsprofessoren für Orthopädie und Unfallchirurgie" (KUOU)

Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, München

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

Geschäftsstelle der DGOUC
Straße des 17. Juni 106–108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: (030) 340 60 36 30
Fax: (030) 340 60 36 31
E-Mail: info@dgouc.de
www.dgouc.de



Österreichische Gesellschaft für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie

Vorstand
Präsident
Prim. Univ. Prof. Dr. Mag. Bernd Stöckl,
Klagenfurt/ Österreich

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

2. Vizepräsident
Univ. Prof. Dr. Klemens Trieb, Wels/ Österreich

Generalsekretär
Univ. Prof. Dr. Andreas Leithner, Graz/Österreich

Kassierer
Prim. Univ. Prof. Dr. Martin Dominkus, Wien/
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@vloou.de
www.vloou.de

Kurz und bündig



VSOU-Kongresspräsidenten

Foto: Haumeier-Frietsch

64. Jahrestagung der VSOU vom 28. – 30.04.2016

Unter dem Motto „Was, Wann, Wie“ findet die diesjährige Jahrestagung der VSOU in Baden-Baden statt. Ca. 3.000 Fachbesucher werden zum wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungsaustausch für das große Fachgebiet erwartet. Rund 400 Punkte (Fachvorträge, Workshops, Seminare sowie Podiumsdiskussionen) stehen auf dem Programm. Um den beiden Kongress-Themenswerpunkten Orthopädie und Unfallchirurgie den gleichen Stellenwert einzuräumen, teilen sich Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka (Foto links) (Direktor der Orthopädischen Klinik für die Universität Regensburg) und Prof. Dr. Ulrich Stöckle (Ärztlicher Direktor der BG-Unfallklinik Tübingen) den Vorsitz. Neben medizinrechtlichen Themen stehen auch Sportverletzungen im Fokus, weitere Schwerpunktthemen sind Arthrose, „Behandlungsergebnisse sichern“, Technische Orthopädie und Sport (Orthesenversorgung, Sport mit Handicap), Alterstraumatologie.

www.vsou.de

Tobias Nowoczyn neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Tobias Nowoczyn bringt in seine neue Tätigkeit langjährige Managementenerfahrung in verschiedenen Feldern der Sozial- und Wohlfahrtsarbeit sowie der Gesundheitswirtschaft mit ein. Zuletzt leitete er acht Jahre den Bereich Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes und war damit verantwortlich für den Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Der Politikwissenschaftler verfügt über umfangreiche Kenntnisse in der Gestaltung föderaler Organisationen und in der Arbeit mit Ehrenamtlichen. Durch seine Tätigkeit im Vorstand der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege sind ihm auch die Strukturen von Organisationen der Selbstverwaltung bestens vertraut. Als eines der vordringlichsten Ziele seiner Arbeit nannte Nowoczyn die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstverwaltung. Nowoczyn tritt die Nachfolge von Dr. Bernhard Rochell an.

(BÄK)

Nachbehandlungsempfehlungen für Reha

Um die Nachbehandlung nach Operationen und Verletzungen zu systematisieren, hat der Arbeitskreis Traumarehabilitation der Sektion Rehabilitation und Physikalische Therapie der DGOU Empfehlungen erarbeitet. Abhängig vom Stabilitätsgrad werden Behandlungsphasen abgegrenzt und für jede Phase Behandlungsziele und -maßnahmen definiert. Grundlage sind die durch die Sektion Rehabilitation der DGOU erstellten Definitionen rehabilitationsrelevanter Begriffe, die den Empfehlungen vorangestellt wurden. Die Nachbehandlungsempfehlungen definieren Zeiträume, in denen bestimmte Stabilitätsgrade vorliegen müssen. Dies ermöglicht dem Nachbehandelnden, Abweichungen vom regulären Heilungsprozess zu erkennen. Sie stehen zum Download auf der DGOU-Website zur Verfügung, um sie intern zu verwenden. Sie können dem Arztbrief beigelegt und dem Patienten als Orientierung an die Hand gegeben werden.

(dgou)



Neue Vertreter im DFG-Fachkollegium für Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. Anita Ignatius (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Georg Duda (Charité - Universitätsmedizin Berlin) und Prof. Dr. Ingo Marzi (Universitätsklinikum Frankfurt) wurden jetzt als Vertreter für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gewählt. Als Fachkollegiaten für die Amtsperiode von 2016 bis 2019 haben sie eine zentrale Rolle bei der Beurteilung eingereicherter Förderanträge. Die Hauptaufgabe der Mitglieder der Fachkollegien ist es, die Förderanträge in ihren Fächern wissenschaftlich zu bewerten und eine abschließende Entscheidungsempfehlung zu formulieren, die dann den zuständigen Entscheidungsgremien der DFG vorgelegt wird.



Prof. Georg Duda



Prof. Anita Ignatius

Forschungsförderung

Nach dem Prinzip der wissenschaftlichen Selbstverwaltung beraten die Fachkollegien die Gremien der DFG zudem in strategischen Fragen der Forschungsförderung und können ebenso wie in der Forschungsförderung auch in der strategischen Arbeit interdisziplinär zusammenwirken. Alle Mitglieder der Fachkollegien werden für einen Zeitraum von vier Jahren gewählt und sind ehrenamtlich tätig. „Die Kollegen übernehmen eine äußerst wichtige Funktion für unser Fach, die muskuloskeletale Medizin“, sagten die DGOU-Generalsekretäre Prof. Dr. Bernd Kladny und Prof. Dr. Reinhard Hoffmann einstimmig. Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) gratulierten sie den neu gewählten Vertretern und wünschten ihnen für die bevorstehenden Aufgaben viel Tatkraft und Erfolg.



Prof. Ingo Marzi

Fotos: privat

Fachkollegium Biomaterialien

Darüber hinaus wurde Prof. Dr. Marcus Jäger (Universitätsklinikum Essen) in das Fachkollegium Biomaterialien gewählt. Im Frühjahr 2016 konstituieren sich die neu besetzten Fachkollegien dann in ihren ersten Sitzungen.

(DFG)

Forschungsdatenbank O & U: Vernetzen Sie sich!

Wer forscht gerade wo zu welchem Thema in O&U? In der Online-Forschungsdatenbank O&U können Sie deutschlandweit nach aktuellen wissenschaftlichen Projekten aus diesem Fachgebiet suchen. Tragen auch Sie Ihr Projekt ein und nutzen Sie damit die Möglichkeit, sich mit anderen Wissenschaftlern zu vernetzen!

So funktioniert's:

- Sie finden die Datenbank unter
- www.dgou.de/wissenschaft/forschungsdatenbank-o-u.
- Folgen Sie dem Link zur Eingabemaske und tragen Sie dort die Daten zu Ihrem Forschungsprojekt ein: Titel, Zusammenfassung, Laufzeit, Forschungsbereich, Ansprechpartner usw. Sie erhalten eine Bestätigung per E-Mail.
- Nachdem die Online-Redaktion der DGOU Ihre Daten geprüft hat, schaltet sie den Eintrag frei und informiert Sie kurz per E-Mail.

Derzeit sind in der Forschungsdatenbank 51 Projekte eingetragen. Damit ist sie eine gute Übersicht über die Forschungsschwerpunkte in der Orthopädie und Unfallchirurgie aus den Bereichen Grundlagenforschung, Klinische Studien, Registerforschung, Translationale Studien und Versorgungsforschung.

Fusion der BG Kliniken

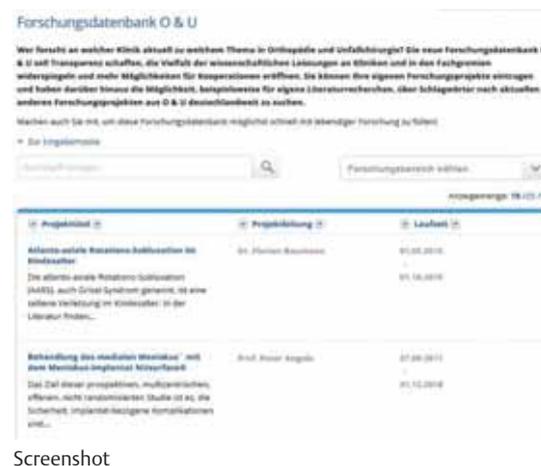
Die Gesellschafterversammlung der BG Kliniken-Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH hat im Dezember 2015 einstimmig alle noch notwendigen Einzelbeschlüsse gefasst, um die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken ab 2016 als ein Unternehmen zu führen. Mit der zwischenzeitlich erfolgten Umwandlung der BG Kliniken in gemeinnützige GmbHs und der Übertragung der Geschäftsanteile an die Dachgesellschaft ist die komplexeste Klinikfusion Deutschlands damit erfolgreich abgeschlossen. Durch den Zusammenschluss entsteht ein integriertes Gesundheitsunternehmen, das bundesweit über den höchsten Case-Mix-Index und die höchste Investitionsquote verfügt und gleichzeitig den viertgrößten Gesamtumsatz aller Klinikgruppen ausweist. Darüber hinaus sind die BG Kliniken als einer der größten Gesundheitskonzerne in Deutschland gemeinnützig, arbeiten ohne Sektorengrenzen und folgen einem einzigartigen Auftrag: mit allen geeigneten Mitteln für die möglichst vollständige Rehabilitation unfallverletzter und beruflerkrankter Patienten zu sorgen.

Die neue Organisationsstruktur eröffnet den BG Kliniken viele Chancen: systematischer Wissensaustausch, optimierte Arbeitsbedingungen und ein gemeinschaftlicher Einsatz für noch mehr Innovationskraft in der Patientenversorgung sind nur einige Beispiele für das enorme Entwicklungspotential des neuen Unternehmens.

„Unser Dank gilt den Fachkräften in den Kliniken – ihr persönliches Engagement hat dieses Mammutprojekt erst möglich gemacht“, so Reinhard Nieper, Geschäftsführer der Dachgesellschaft. „Die rechtlichen Grundlagen sind nun geschaffen, der Konzern ist seit 1. Januar 2016 am Netz. Jetzt geht es darum, das neue Unternehmen mit Leben zu füllen und aktiv zu gestalten.“

Für Literaturrecherchen können sie die Einträge auch ganz einfach nach Schlagwörtern durchsuchen oder nach dem gewünschten Forschungsbereich filtern.

Die DGOU hat die Forschungsdatenbank im Mai 2015 ins Leben gerufen, um die Vielfalt der wissenschaftlichen Leistungen an den Kliniken und in den Gremien der Fachgesellschaft widerzuspiegeln. Gleichzeitig wird es Wissenschaftlern so ermöglicht, sich zu vernetzen und zusammenzuarbeiten. Die DGOU war damit die erste medizinische Fachgesellschaft, die ihren Mitgliedern und Kooperationspartnern diesen Service angeboten hat. (mh)



Im Fokus stehen dabei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort; sie sind Herz und Seele der BG Kliniken und verwirklichen den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung Tag für Tag.

Eike Jeske

IC-Kurse: Neuer Film stellt Trainingskonzept vor

Warum ist der Faktor Mensch in der Medizin so wichtig? Wie können Ärzte ihre interpersonellen Kompetenzen trainieren? Was ist das Einzigartige an den Kursen „IC – Interpersonal Competence“? Diese und weitere Fragen zum neuen Kursformat der DGOU und Lufthansa Flight Training (LFT) beantwortet jetzt ein Animationsfilm. Ziel des IC-Trainings ist es, die interpersonellen Kompetenzen von Medizinern zu stärken und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sowie zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern. Das fünfminütige Video erklärt anschaulich, wie die zweitägigen Kurse ablaufen. Im Mittelpunkt der Schulungen stehen Themen wie die Kommunikation im Team, die Entscheidungsfindung oder das sogenannte Workload Management. Die Trainings werden von jeweils einem Mediziner und einem „Human Factors“-Experten geleitet. Gemeinsam mit den Kursteilnehmern erarbeiten sie in praktischen Übungen anhand von Beispielen aus dem medizinischen Alltag Strategien, die sich gut in den Klinikalltag übertragen lassen. Die IC-Trainings sind in vier verschiedenen Formaten geplant, deren Inhalte auf den Weiterbildungsstand der Ärzte und ihrer Position im Team abgestimmt sind. *(mh)*



Links:

www.dgou.de/news/news/detailansicht/artikel/ic-kurse-neuer-film-stellt-trainingskonzept-vor.html

Weitere Informationen: www.ic-kurs.de, AUC – Akademie der Unfallchirurgie www.auc-online.de



Zum Dialog aufgefordert

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) fordert vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen um die Beitragserhöhungen der gesetzlichen Krankenkassen für 2016

zum Dialog über eine effiziente Patientensteuerung, zur Finanzierbarkeit von Innovationen und digitaler Vernetzung im Gesundheitswesen auf. „Die Ärzteschaft muss sich mit dieser Problematik auseinandersetzen“, so SpiFa Hauptgeschäftsführer Lars F. Lindemann. Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft sollten hierzu im Sinne einer langfristigen Finanzierbarkeit unserer außerordentlich guten Gesundheitsversorgung in Deutschland ins Gespräch kommen. „Tabus wie eine Patientensteuerung, eine Neudefinition des Umgangs mit und der Finanzierung von Innovationen sowie der Ausbau der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen gehören auf den Tisch“, so Lindemann weiter. „Ziel sollte es sein, gemeinsam Modelle zu entwickeln, die das System innovationsfreundlich ausrichten, die Ressourcen effektiv einsetzen und damit die Patientenversorgung auf stabile Füße stellen.“ *(www.spifa.de)*

Terrorgefahr: Notfallversorgung

Die DGU hat ihre Mitgliedskliniken aufgefordert, Krankenhaus-Alarm- und Einsatzpläne zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren, Übungen für einen Massenanfall von Verletzten durchzuführen und ausreichend OP-Material vorzuhalten. Grund ist die aktuell auch in Deutschland erhöhte Terrorgefahr. „Die Unfallversorgung ist hierzulande auf Massenanfälle von Verletzten bei Pkw-Serienunfällen, Zug- oder Busunglücken sowie Massenpaniken gut vorbereitet. Leider zählen derzeit auch terroristische Anschläge zu den zu erwartenden Großschadensereignissen, so dass wir die Kliniken zu einer erhöhten Alarmbereitschaft aufgerufen haben“, sagt DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann. Unfallchirurgen konnten mit der Initiative TraumaNetzwerk DGU® dazu beitragen, die Schwerverletz-

tenversorgung auch bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) in den letzten zehn Jahren deutlich zu verbessern. Deutschland verfügt über ein Notfallnetz mit über 600 unfallchirurgischen Kliniken und Abteilungen, die sich in 51 zertifizierten regionalen TraumaNetzwerken zusammenschließen. Im Fall eines MANV gibt es in einem TraumaNetzwerk klar definierte Ablaufpläne. Dabei gelten so lange wie möglich die Qualitätsansprüche der individualmedizinischen Versorgung von Schwerverletzten. Zudem hat die DGU in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland ein nationales Krankenhausregister ausgearbeitet. Zukünftig gibt es damit eine bundesweite Übersicht über die Versorgungskapazitäten für Traumapatienten. *(sh)*

Leserbrief

Versorgungsstärkungsgesetz: Chance für Arzt und Patient ?

In Deutschland steht die Gruppe der muskuloskelettalen Erkrankungen weiterhin auf Platz 1 der Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen. Damit besteht eine besondere Verantwortung für uns Ärzte aus dem Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie. Eine gute Diagnostik und effiziente Therapie sind daher nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Volkswirtschaft von enormer Bedeutung. Besonders den chronischen Schmerzpatienten (AU-Dauer über 6 Wochen) ist dabei besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Auch wenn sie nur ca. 5% der AU-Fälle ausmachen, sind sie doch für über 40% der AU-Tage verantwortlich. Eine intensive multimodale Therapie kann hier also große Effekte erzielen. Eine Chronifizierung unserer Patienten muss aus persönlichen und wirtschaftlichen Gründen unbedingt vermieden werden. Allein 2014 wurden über 340000 Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt, von denen 13% rein muskuloskelettal begründet wurden und zusammen mit den psychischen Erkrankungen (bei bekannter Koinzidenz von Beschwerden am Bewegungsapparat) über 50% der Anträge ausmachen.

Konservative Therapien bewährt

Die physikalische Therapie gehört dabei zu den bewährten Therapiestandards bei schmerzhaften muskuloskelettalen Störungen. Auch wenn in den Studien durch meist kleine Fallzahlen nicht für alle Maßnahmen hohe wissenschaftliche Evidenz vorliegt, bleibt dieser Grundsatz erhalten. Die Ergebnisse fast aller Studien und unsere klinischen Erfahrungen lehren uns, dass das Potential der physikalischen Medizin nicht ausgeschöpft wird. Dies verdient besondere Beachtung vor dem Hintergrund der bisherigen Reglementierung der Heilmittelverordnungen und der früheren Empfehlungen beispielsweise der niedersächsischen Ärztekammer, weniger Physiotherapie zu verordnen. Aktuell droht allein in Niedersachsen durch Arzneimittel-Richtgrößenprüfung ein Gesamtregressvolumen von etwa 200 Millionen Euro. Für einige Praxen sind die potentiellen Regressforderungen Existenz bedrohend. Warum können wir Ärzte mit unserer besonderen Qualifikation nicht verordnen, was wir inhaltlich für sinnvoll halten ohne auf Durchschnittswerte schauen zu müssen?

Wie Beispiele aus der Praxis zeigen, reizen teilweise Kollegen im Laufe einer ein Jahr dauernden Behandlung sukzessive fast das gesamte Therapiespektrum ihrer Praxis aus, ohne aber dabei Physiotherapie einzusetzen. Teilweise gibt es fast so viele Gutachten und mehr beteiligte Ärzte als Krankengymnastiktermine. Kann das der Sinn einer Reglementierung von physiotherapeutischen Maßnahmen sein? Es werden wenige Euro für Krankengymnastik gespart, dafür aber viel investiert in Röntgen, MRT, Fachärzte, Einlagenversorgung, Bandage und Infiltrationen? Wie kann in einem solchen System das Wohl der Patienten noch im Vordergrund stehen, wenn wir Ärzte Angst vor Regressforderungen und jeder Kostenträger Angst vor Verantwortung hat? Kann nicht erst medizinisch sinnvoll behandelt werden und **dann** klären die beteiligten Institutionen, ob man ggf. doch nicht zuständig war und die Kosten werden untereinander erstattet? Theoretisch ist das ja möglich, in der Realität

aber Wunschvorstellung für Patienten und uns behandelnde Ärzte.

Wohin führt uns dieser Weg?

Einerseits gibt es Gerichtsurteile, die Operateure zu Schadensersatz verurteilen, wenn nicht alle konservativen Therapiemaßnahmen vor der Operation ausgeschöpft wurden. Andererseits werden die oft sehr hilfreichen Infiltrationsverfahren unter CT-Steuerung limitiert durch Einschränkung auf Schmerztherapeuten als Zuweiser. Dadurch werden beispielweise Bandscheibenoperationen erforderlich, die ggf. durch gute konservative Therapie inklusive PRT hätten vermieden werden können. Eine Folge sind dann Medienberichte über die steigenden OP-Zahlen, die den Ärzten vorgeworfen werden als unnötig und nur ökonomisch orientiert.

Die Kosten für Fehltage und frühzeitige Rentenzahlungen sind sicher ein größerer Schaden für unser Gesundheits- und Rentensystem als die Kosten von qualitativ hochwertiger konservativer Therapie. Scheinbar sieht jede Institution nur die eigenen Kosten und nicht das System als Ganzes. Dafür haben wir eigentlich aber übergeordnete Institutionen wie z. B. das Gesundheitsministerium, das dies steuern müsste. Gerade Zeiten einer großen Koalition müssten dafür doch geeignet sein. So oder so: der einzelne Arzt sitzt am kurzen Hebel und kann die Rehabilitationsstrategie kaum beeinflussen, ausgerechnet die Verordnung von Medikamenten und Heilmittelverordnungen werden bisher streng kontrolliert. Auch die wichtige multimodale Behandlung bei drohender Chronifizierung wird strategisch behindert. Hier stoßen Empfehlungen unserer fachlichen Leitlinien auf die Grenzen der Praxisrealität.

Als neuer Aspekt kommt hinzu, dass die Akademisierung der Heilberufe und die Diskussion über den Direktzugang zu Physiotherapeuten politisch den Ärzten in die Kompetenzbereiche eingreift. Bei den Ärzten wird jedes Rezept hinterfragt und die Gesamtmenge heruntergeregelt, an anderer Stelle sollen dann alle Dämme geöffnet werden und wir Ärzte komplett umgangen werden. Das gleiche gilt für die Ausweichbewegung Richtung Osteopathie. Beidem gilt es vorzubeugen.

Chancen des Versorgungsstärkungsgesetzes

Wir Ärzte sollten das Versorgungsstärkungsgesetz nutzen, um wieder rein auf die Qualität der Therapie achten zu können statt auf die kurzfristigen Kosten. Die regionalen Lösungen, die gefunden werden sollen, sollten von den Ärzten nach medizinischen Aspekten dominiert werden und nicht erneut von den Kostenträgern.

Vielleicht ist das Versorgungsstärkungsgesetz eine Chance für uns und unsere Patienten. Möglicherweise kommen wir eines Tages wieder dahin, dass bei allem Finanzdruck, oder gerade deswegen, Gesundheit wieder in den Fokus rückt. Die Ärzte und die Patienten wären glücklich darüber.

Dr. Christian Sturm, Hannover



Teilnehmer der 7. Zukunftswerkstatt DGOU

ZUKUNFTSWERKSTATT

Bedarfsanalyse – Bedarfsplanung

„Zu wenig Ärzte, aber zu viel Behandlung“ lautete der etwas provokante Untertitel der Veranstaltung. Diesen Widerspruch galt es bei der nun schon 7. Zukunftswerkstatt der DGOU aufzulösen. „Brauchen wir also eine Bedarfsplanung?“ Das war die Frage, mit der sich namhafte Referenten aus den verschiedensten Sektoren des Gesundheitssystems in Deutschland zu beschäftigen hatten.

Das Thema wurde von der DGOU schon vor zwei Jahren aufgegriffen: gemeinsam mit dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsforschung in Dresden (Prof. J. Schmitt) wurde eine Expertise zum Bedarf an Leistungserbringern für die Versorgung von orthopädischen und unfallchirurgischen Erkrankungen in Deutschland bis 2050 erstellt. Ziel der Studie war es, die Herausforderungen für das Fach O&U durch den demographischen Wandel zu untersuchen und bewusst zu machen: Orthopädie/Unfallchirurgie wird eines der wenigen Fächer sein, das durch die Alterung der Bevölkerung eine erhebliche Versorgungslast zu schultern hat. Allerdings gilt dies nur für eine begrenzte Zeit; denn schon ab dem Jahr 2040 wird sich der Bevölkerungsrückgang auch für das Fach Orthopädie/Unfallchirurgie auswirken. Und so stellt sich denn die Frage, ob eine vorübergehende Zunahme eines orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgungsbedarfs nur durch mehr Ärzte in unserem Fach gedeckt werden kann oder ob es andere Lösungsansätze für diese spezifische deutsche Problematik gibt? Was machen Ärzte, die nach studentischer Ausbildung ab dem Jahr 2020 in den Beruf eintreten und bei einer über vierzigjährigen Berufstätigkeit ab dem Jahr 2040 auf eine lang-

sam und dann ab 2050 deutlich abnehmende Bevölkerung in Deutschland treffen? Ein Vergleich der Bevölkerungskurven von heute und 2050 zeigt die Problematik für alle Sozialversicherungssysteme: eine deutlich schrumpfende Bevölkerung in Deutschland vor allem in jüngeren Altersstufen, demgegenüber eine Zunahme in den USA (► **Abb. 1**).

Versorgungslast bewältigen

Es geht also um nachhaltige Versorgungsstrukturen in O+U. Und so sollte dieser Workshop auch diejenigen zusammenbringen, die das Projekt „Versorgungs- und Qualitätsforschung in der Orthopädie und Unfallchirurgie“ der DGOU in Kooperation mit dem BVOU weiter gestalten werden. So waren auch die AOK und das WidO der AOK, die KBV und das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung, die DGUV, der GBA und als Patientenvertreter die Deutsche Rheumaliga vertreten (siehe obiges Gruppenfoto).

Dass die Versorgungslast für Orthopädie und Unfallchirurgie durch den demographischen Wandel besonders schwer wiegt, wurde von Dreinhöfer (BVOU), Gibis (KBV) und Malzahn (AOK-Bundesverband) mit umfassenden statistischen Dar-

stellungen belegt. Nach der so genannten „Global Burden of Disease Study 2010“, stehen die muskuloskelettalen Erkrankungen und Verletzungen in allen Ländern der westlichen Welt ganz vorn. Dies gilt nicht nur für die direkten Krankheitskosten, sondern vor allem auch für die indirekten: Arbeitsausfalltage, Frühberentungen, Aufwendungen für Rehabilitation und vieles mehr machen die muskuloskelettalen Erkrankungen und Verletzungen besonders kostenträchtig. Und die Nachfrage ist hoch: im ambulanten Bereich sind die Wartezeiten bei Orthopäden aus Sicht der Versicherten besonders lang. Also mehr O&U-Ärzte? – Gibis zeigte, dass orthopädisch-unfallchirurgische Leistungen werden im ambulanten Bereich nicht nur von Ärzten des Fachs, sondern auch zum Beispiel im Fach Allgemein Chirurgie und anderen erbracht werden. Diese Fallzahlen sind auf hohem Niveau stabil. Darüber hinaus wird der Arztbedarf durch die zunehmende Zahl von Teilzeitbeschäftigten und angestellten Ärzten/Ärztinnen beeinflusst; denn im Angestelltenbereich werden im Vergleich zur freien Niederlassung nur 75% der Leistungen erbracht.

Das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung beschäftigt sich sehr intensiv

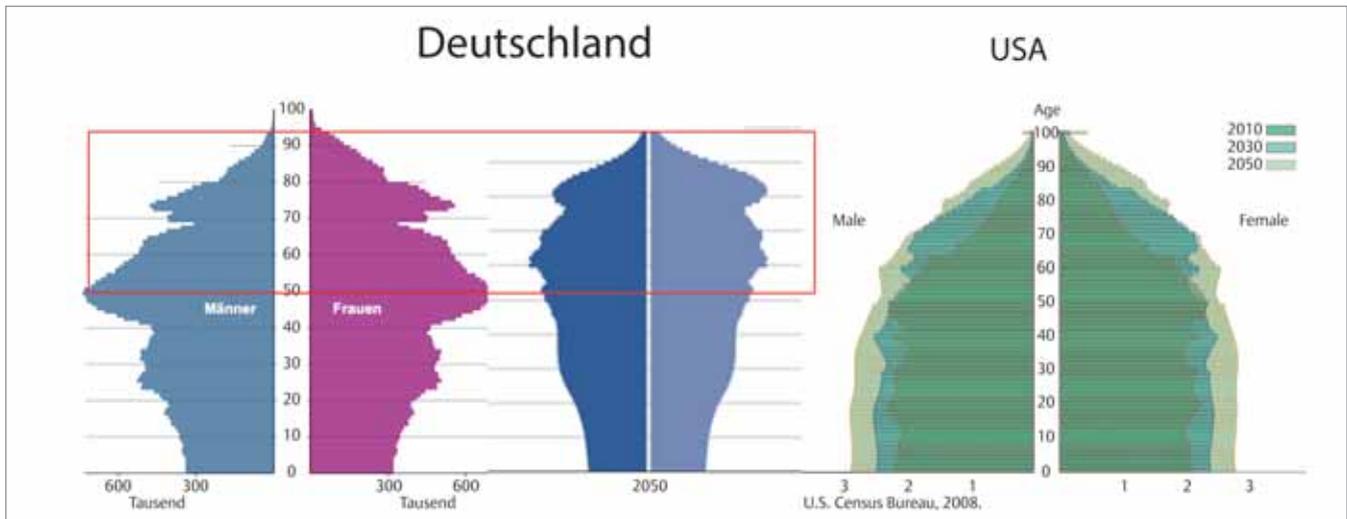


Abb. 1 Ab 2040 nimmt die Bevölkerung in Deutschland wieder ab.

mit Projektionen der allgemein- und fachärztlichen Versorgung für die Zukunft. So zeigte von Stillfried, dass bei den Muskelskeletterkrankungen mit einem Fallzahl-Anstieg bis 2020 von rund 25% zu rechnen sei. Im ambulanten Versorgungsbereich hängt die Inanspruchnahme aber von zahlreichen Faktoren, u. a. von der Nachfrage des Patienten ab. Die von Stillfried dargestellten Zahlen sind durchaus vergleichbar mit denjenigen aus der Expertise, die von der DGOU und dem Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung erhoben wurden. Schmitt rechnet mit einer Zunahme der O&U-Arzt-Kontakte bis 2050 bei der Osteoporose um 25%, bei der Arthrose um 18%, bei Frakturen großer Röhrenknochen um 11%, aber mit einer Abnahme um 6 Prozent beim Rückenschmerz. Da die meisten Arzt-Kontakte im ambulanten und stationären Bereich wegen Wirbelsäulenbeschwerden in den mittleren Lebensjahren stattfinden, diese Altersgruppe aber in das Rentenalter verschoben wird, ergibt sich dadurch auch eine unter heutigen Aspekten prognostizierte geringere Nachfrage. Dies zeigt, wie wichtig derartige Untersuchungen sind, da derzeit die gesamte Krankenhauslandschaft mit Wirbelsäulenzentren ausgestattet wird, deren Bedarf bei den vorliegenden Zahlen zu bezweifeln ist.

Weniger mit Zahlen als mit Lösungsansätzen konnten Malzahn vom Bundesverband der AOK und Oberscheven von der DGUV aufwarten. Im stationären Bereich sind die Fallzahlen aus dem muskuloskelettalen Bereich führend. Am Bei-

spiel der Endoprothetik und Wirbelsäulenchirurgie hat Malzahn aufgezeigt, wo Bedarfsplanung ansetzen muss: Qualitätssichernde Instrumente wie sie von Seiten der DGOU durch das Endoprothesenregister und die Endoprothesenzentren bzw. Traumaregister und die Traumazentren auf den Weg gebracht worden sind, sind sinnvolle Instrumente zur Verbesserung der Qualität. Zahlen aus dem von der DGOOC mit dem AOK Bundesverband und dem WiDO erstellten Versorgungsatlas zeigen, dass in der Endoprothetik eine deutliche „Volume-outcome-Beziehung“ besteht. Ziel ist daher eine Konzentration auf qualitativ hochwertige Leistungserbringer, wie sie der Gesetzgeber auch vorgesehen hat.

Dass dies nicht so einfach ist, ist auch dem GBA klar. Dieser steuert ganz wesentlich die Versorgung in der Zukunft. Das Ziel des Gesetzgebers ist eine „bedarfsgerechte“ Versorgung, allerdings ohne dass dieser Begriff jemals ausreichend definiert worden wäre (Hollstein, G-BA).

Wie eine sektorenübergreifende Zuständigkeit die Qualität verbessern hilft, konnte Oberscheven am Beispiel des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens erläutern. Die DGUV hat seit den 60er Jahren mit einem deutlichen Rückgang der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle zu tun. Dem steht ein mäßiger Anstieg der Schul- und Schulwegunfälle gegenüber. Insgesamt ist die DGUV daher gefordert, sich dem Bedarf anzupassen und effiziente Strukturen zu unterhalten. Ein Modell, wie es auch für die Behand-

lung anderer Erkrankungen und Verletzungen aus Orthopädie und Unfallchirurgie durchaus sinnvoll sein könnte.

Sollten also Schwankungen in der Patientenversorgung durch eine Anpassung der ärztlichen Versorgung ausgeglichen werden? Soll die Ärztezahlgesteuert werden oder soll sie – wie bisher – dem „freien Markt“ überlassen werden? Ist nicht die zunehmende Arztzahl auch für das „Zuviel an Behandlung“ verantwortlich? Gibt es einen „supply induced demand“, eine angebotsinduzierte Nachfrage, wie sie aus den USA bekannt ist? Immerhin hat die Zahl der berufstätigen Ärzte in den letzten 20 Jahren um 31% und als klinisch tätige sogar um 40% zugenommen, während die stationären Fallzahlen nur um 20 Prozent angestiegen sind (► Abb. 2).

Unter dem Untertitel „Wie viele Ärzte braucht das Land“ stand daher der zukünftige Bedarf von Orthopäden und Unfallchirurgen im Mittelpunkt der Diskussion. Dass die KBV plant – aber vorwiegend für den Bereich der Niedergelassenen – ist bekannt. O&U hat einen regen Zulauf von ca. 800 Fachärzten pro Jahr (entspricht den Ergebnissen eines Projektes der DGOU mit dem Jungen Forum) und ist damit eine der jüngsten Fachgruppen überhaupt. Da die in der Niederlassung tätigen Orthopäden zunehmend häufig angestellt und in Teilzeit tätig sind, müssen die Prognosemodelle der KBV angepasst werden. Hieraus ergeben sich vielfache Möglichkeiten einer Kooperation zwischen der DGOU und der

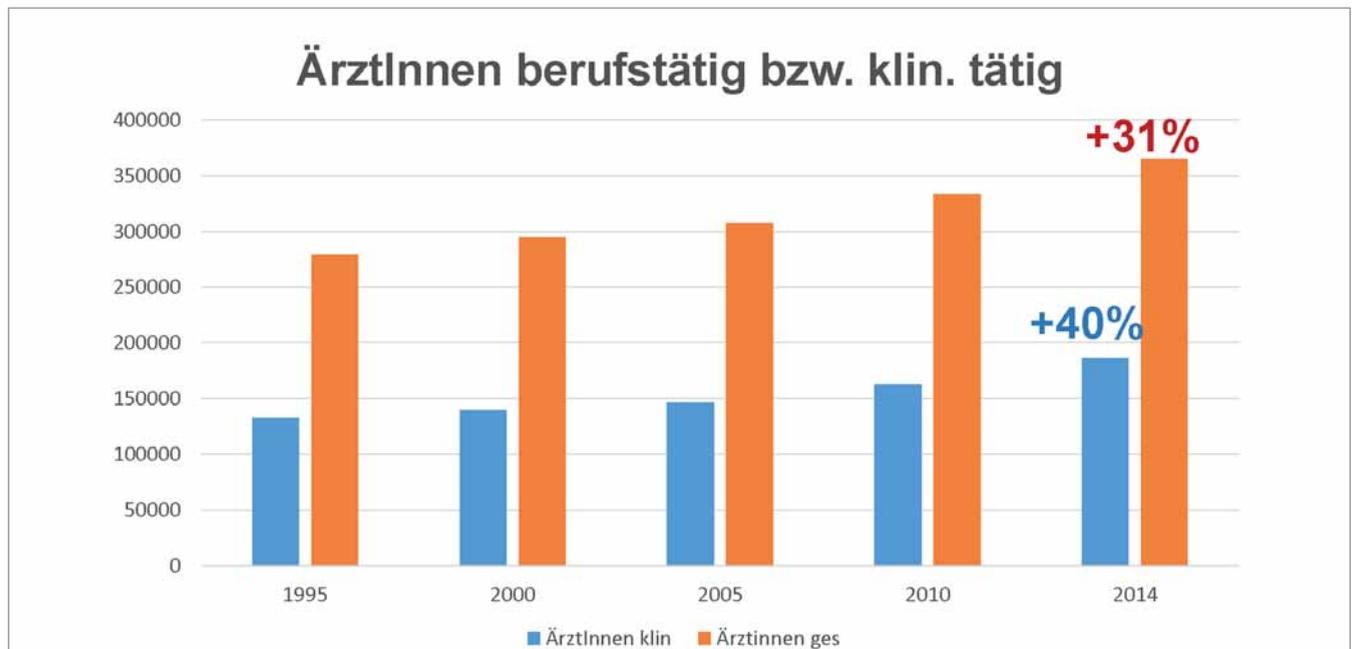


Abb 2 Anzahl der berufstätigen Frauen

KBV, da im Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung in Dresden mit ähnlichen Modellen gearbeitet wird.

Ungesteuerter Zugang

Dass ein ungesteuerter Zugang von Ärzten in den „Markt“ Probleme bereitet, wurde am Beispiel der Neurochirurgie von Herrn Kremer aus Hamburg dargestellt. Die Anzahl der Neurochirurgen hat sich im Verlauf der letzten 20 Jahren annähernd verdreifacht. In einem Gutachten von Reulen, Kremer und anderen, das auch 2009 im Ärzteblatt veröffentlicht wurde, wurde bereits eine Zulassungsbegrenzung für die Neurochirurgen verlangt. Geschehen ist bisher nichts. Kremer hat mit Enttäuschung darauf hingewiesen, dass weder Ärztekammern noch Politik, noch die Fachgesellschaft in der Lage waren, den ungebremsten Zugang von Neurochirurgen zu beeinflussen. Und so ist seiner Meinung nach auch die Explosion der Leistungen in der Wirbelsäulenchirurgie auf diese Vermehrung der Neurochirurgen zurückzuführen. Der Versorgungsatlas der DGOOC zeigt allein für die letzten 10 Jahre eine Zunahme um 80 Prozent bei der Spinalkanalstenose um 300%. Derzeit ist mit einem weiteren Anstieg von 800 Fachärzten auf über 2400 im Jahr 2020 zu rechnen. Nochmals hat er eine Begrenzung der Anzahl der Weiterbildungsassistenten auf 50 pro Jahr gefordert und schlägt daher eine Er-

richtung einer Meldestelle für Weiterbildungsassistenten pro Fachabteilung bei der DGNC gemeinsam mit den Landesärztekammern oder der Bundesärztekammer vor.

Versorgung planen

Wie „Manpower-Planung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ in den Niederlanden aussieht, wurde abschließend von Verhaar, dem Incoming-President der EFORT aus Rotterdam, anschaulich beschrieben. Die Niederlande haben bekannterweise den General Practitioner, der als Gatekeeper dem Recognised Specialist vorgeschaltet ist und damit ein anderes Versorgungssystem. Die Weiterbildung ist streng geregelt. Sie wird pro Weiterbildungsassistent vom Staat mit ca. 100.000 Euro pro Jahr bezuschusst. Daraus ergibt sich auch die Anforderung des Staates an ein straffes Regime und an eine Planung. Diese wird von einem so genannten Kapazitätsinstitut übernommen, das verschiedene Szenarien für die zukünftige Entwicklung ausarbeitet. Derzeit liegen Voraussagen bis zum Jahr 2031 vor, die jährlich angepasst werden. Die Orthopädie hat derzeit 3,9 Ärzte pro 100.000 der Bevölkerung und hat für ein Szenario der maximalen Inanspruchnahme und Versorgung im Jahr 2031 eine Versorgung von 5,7 pro 100.000. Demgegenüber ist in Deutschland derzeit bereits eine Rate von insgesamt über 9 pro

100.000 im ambulanten Bereich und im stationären Bereich von ungefähr 8,5 pro 100.000 erreicht.

In der von Stüve ausgezeichnet moderierten Diskussion bestand Einvernehmen, dass die Versorgungsforschung vertieft werden muss. Es ist anzunehmen, dass es in einigen Bereichen eine angebotsinduzierte Nachfrage gibt, wie sich zum Beispiel durch die Mehrung der Neurochirurgen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie darstellt. Dies ist mit den zunehmenden Anforderungen an die Qualitätserbringung in ambulanter und stationärer Versorgung des Patienten nicht vereinbar. Die negativen Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie zeigen, dass auch DGOU gut tut, frühzeitig Zahlen hinsichtlich des weiteren Versorgungsbedarfes und der Ärzteversorgung zu erheben. Dies ist Fürsorge für den Nachwuchs und Qualitätssicherung für den Patienten.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Gesundheitsstudie NAKO mit muskuloskelettalem Untersuchungsprogramm gestartet

Die NAKO (Nationale Kohorte) ist die bislang größte deutsche bevölkerungsbezogene Langzeit-Beobachtungsstudie. Sie wird durch den Verein Nationale Kohorte e. V. organisiert, dem ein Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen angehört, bestehend aus Universitäten, der Helmholtz-Gemeinschaft und der Leibniz-Gemeinschaft. Die Finanzierung erfolgt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Helmholtz-Gemeinschaft und die beteiligten Bundesländer. Zusätzlich zu Krebs, Demenz, Diabetes, Infektionskrankheiten und kardiovaskulären Erkrankungen werden in der NAKO auch muskuloskelettale Erkrankungen, speziell entzündlich-rheumatische Erkrankungen und Arthrosen, in die Langzeit-Beobachtung einbezogen.

In den Jahren 2014 bis 2018 werden in insgesamt 18 deutschlandweit verteilten Studienzentren 200 000 zufällig ausgewählte Personen im Alter von 20 bis 69 Jahren medizinisch untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt (z. B. körperliche Aktivität, Rauchen, Ernährung, Beruf). Stichproben von 15 000 bis 40 000 Probanden erhalten zusätzliche Untersuchungen und Befragungen, darunter auch die muskuloskelettale Untersuchung. Die Probanden sollen alle 4–5 Jahre über bis zu 30 Jahre untersucht werden. Zusätzlich sollen alle 2–3 Jahre Fragebögen versandt werden. Die sehr umfangreiche Erfassung von Risikofaktoren und Krankheiten macht es möglich, Zusammenhänge zwischen erblicher Vorbelastung, Ernährung, Verhalten, Umwelteinflüssen und verschiedenen Komorbiditäten aufzudecken. Für die Rheumatologie und Orthopädie ist es wichtig, dass entzündlich-rheumatische Erkrankungen ebenso wie Arthrosen erkannt und in ihrem Zusammenspiel mit anderen chronischen Erkrankungen und Risikofaktoren untersucht werden können. Hierzu wurden eine systematische Untersuchung der Hände sowie eine standardisierte Untersuchung der Hüft- und Kniegelenke mit Hilfe eines Winkelstuhls implementiert.

Um hohe Standards bei Durchführung der muskuloskelettalen Untersuchungen in den bundesweiten NAKO-Zentren sicherzustellen, wurden umfangreiche Schulungsmaterialien entwickelt, es wurde ein

umfassender Prätest durchgeführt, und es werden regelmäßig Schulungen durch Rheumatologen und Orthopäden angeboten. Die DGRh und die DGOOC unterstützen die Schulungsmaßnahmen finanziell durch Reisekosten- und Aufwandsentschädigungen für Schuler. Die Arbeitsgemeinschaft der Rheumazentren unterstützt die Untersuchungszentren auf regionaler Basis durch die Bereitstellung von Schulern und die fachliche Beratung. Bislang wurden Untersuchungszentren in Augsburg, Berlin, Bremen, Düsseldorf, Essen, Freiburg, Hamburg, Leipzig, Münster, Neubrandenburg/Neustrelitz und Saarbrücken geschult und/oder beraten.

Untersuchung von Hüft- und Kniegelenken

Es gibt mittlerweile einige größere internationale epidemiologische Studien, die sich mit dem Themenkomplex der Prävalenz, Inzidenz und Progression von Hüft- und Kniegelenkarthrosen befassen. Ihre Ergebnisse sind jedoch nicht ohne Einschränkung auf die deutsche Bevölkerung zu übertragen, weshalb die NAKO dazu genutzt werden soll, um hierzu aktuelle Daten zu erheben. Alle Probanden werden zu Beschwerden und Behandlung wegen Cox- und Gonarthrose befragt. Zusätzlich findet in einer kleineren Stichprobe eine klinische Untersuchung und zusätzliche kernspintomographische Diagnostik (Ganzkörper-MRT mit zumindest orientierender Darstellung von Hüft- und Kniegelenken im Rahmen allgemeiner Bildbe-

fundung) statt. Um eine möglichst standardisierte Untersuchung der großen Gelenke sicherzustellen, wurde ein sog. „Winkelstuhl“ konstruiert. Damit ist am Kniegelenk neben den anamnestischen Befunden die Erfassung einer Bewegungseinschränkung sowie von Schmerzen beim passiven Durchbewegen und ein evtl. vorliegendes Bewegungsreiben (Krepitation) beim aktiven Übergang von Beugung in Streckung möglich. Am Hüftgelenk erlaubt der Winkelstuhl die Dokumentation einer evtl. vorliegenden Einschränkung der Innenrotation, die als Hinweis auf das Vorliegen eines femoro-aze-



Foto: Dr. med. Jens Goronzy

Untersuchung der Innenrotationsfähigkeit der Hüftgelenke im Winkelstuhl

tabulären Impingement oder einer Coxarthrose gewertet werden kann.

Um die kombinierte Untersuchung der Bewegungsfähigkeit von Knie- und Hüftgelenken zu ermöglichen, werden die Probanden nach Anamneseerhebung auf dem Winkelstuhl positioniert. Unter entsprechender Fixation der Oberschenkel in Halteschalen kann zunächst die Streck- und Beugefähigkeit beider Kniegelenke auf einer skalierten Bewegungsanzeige geprüft werden. Im Anschluss erfolgt in gleicher Sitzhaltung (90° Beugung in Hüft- und Kniegelenk) die Prüfung der Innenrotation beider Hüftgelenke ebenfalls auf einer skalierten Bewegungsanzeige.

Untersuchungen zur Arthritis und Arthrose an den Händen

Die durch umfassende Fragebögen ergänzte standardisierte klinisch-rheumatologische Untersuchung beschränkt sich wegen des limitierten Zeitkontingentes auf die Untersuchung der Hände. Es werden jeweils Schwellung und Druckschmerz der Fingergrund- und Mittelgelenke dokumentiert und das Vorliegen einer Rhiz-, Heberden und/oder Bouchardarthrose erfasst. Die Untersuchung erfolgt durch zertifizierte Mitarbeiter der NAKO

Studienzentren. Basierend auf einem klinischen Screening größerer Kohorten im Rahmen des „Rheuma Truck“ konnte ein einfach erlernbarer und gut reproduzierbarer Untersuchungsalgorithmus festgelegt werden. Das Untersuchungspersonal wird an Gesunden und Erkrankten geschult, zertifiziert und regelmäßig nachgeschult. Maßnahmen der Qualitätssicherung lassen eine hohe Aussagekraft erwarten, die in Pretests und in der Pilotphase bestätigt wurde. Anhand der gewählten Gelenke können Fälle mit Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung des Bewegungsapparates vor Diagnosestellung ebenso erfasst werden wie die klinische Aktivität einer bereits bekannten Polyarthritits. Dieses erlaubt eine differenziertere Betrachtung der Risiken einer frühen, aktiven oder kontrollierten Arthritis für Komorbidität und Alltagsfunktion. Die Fingerpolyarthrose ist bezüglich ihrer Auswirkungen auf den Alltag aber auch auf Zusammenspiel mit anderen Erkrankungen bisher wenig beachtet worden und wird daher mit erfasst.

Ausblick

Die Koordinatoren der muskuloskelettalen Arbeitsgruppe erwarten, dass mit den in der NAKO gesammelten Untersuchungsbefunden und Befragungsergeb-

nissen eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen wird, um bisher unbeantwortete Fragestellungen in der Arthrose- und Arthritisforschung zu bearbeiten. Das Vorliegen sehr umfangreicher medizinischer Informationen zu den einzelnen Probanden bietet die einmalige Chance, Zusammenhänge zwischen Biomarkern, allgemeinen Risikofaktoren, Komorbidität, Umwelteinflüssen und unterschiedlichen Verlaufsformen muskuloskelettaler Erkrankungen aufzudecken.

Für die kommenden Jahrestagungen unserer wissenschaftlichen Gesellschaften planen wir Informations- und Diskussionsrunden, um den Projektstand vorzustellen und ggfs. Auswertungsideen abzustimmen. Zudem werden Sie an dieser Stelle auch künftig über aktuelle Entwicklungen aus der NAKO informiert.

Weitere Informationen:

www.nationale-kohorte.de

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. Oliver Sander, PD Dr. Carsten-Oliver Schmidt, Prof. Dr. Christof Specker, Prof. Dr. Angela Zink für die Arbeitsgruppe muskuloskelettale Erkrankungen der NAKO

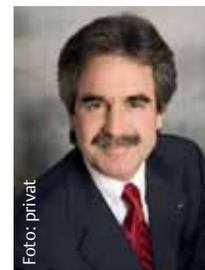


Foto: privat

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther



Dr. Manfred Neubert, BVOU-Kongresspräsident 2016, Prof. Dr. Heiko Reichel, DGOOC- und DGOU-Präsident 2016, Prof. Dr. Florian Gebhard, DGU-Präsident und stellv. DGOU-Präsident 2016

NEUE PRÄSIDENTEN

Zwei Ulmer und ein Bremer sind die neuen DKOU-Präsidenten

Prof. Dr. Heiko Reichel (55) ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU). Er ist Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Orthopädie der RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken in Ulm. Die stellvertretende DGOU-Präsidentschaft übernimmt Prof. Dr. Florian Gebhard (55). Er ist Ärztlicher Direktor am Zentrum für Chirurgie der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie sowie Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Die DGOU-Mitgliederversammlung wählte Reichel und Gebhard im Oktober 2015 für die Amtszeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 an die Spitze der Fachgesellschaft. Reichel und Gebhard übernehmen 2016 zudem die Präsidentschaft bei ihren Muttergesellschaften: Reichel ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), Gebhard Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU).

Die Präsidenten werden unterstützt von den Generalsekretären. Auch dort gibt es einen Wechsel: Der DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann ist gleichzeitig DGOU-Generalsekretär. Der DGOOC-Generalsekretär Prof. Dr. Bernd Kladny wechselt in die Position des stellvertretenden DGOU-Generalsekretärs. Mit ihrer Präsidentschaft werden Reichel und Gebhard auch die Kongresspräsidenten des Deutschen Kongresses für Ortho-

pädie und Unfallchirurgie (DKOU). Dieser findet vom 25. bis 28. Oktober 2016 unter dem Motto „Zurück in die Zukunft“ in Berlin statt. Schwerpunktthemen sind Gelenkerhalt und Gelenkersatz, konservative Frakturbehandlung, chronischer Rückenschmerz, Sportorthopädie und Sporttraumatologie sowie Patientensicherheit und Komplikationsmanagement.

Bremer Orthopäde für den BVOU

Der Vorstand des BVOU freut sich auf die Zusammenarbeit und begrüßt DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann zum 1. Januar 2016 als gesetztes Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des BVOU. Gleichzeitig übernimmt Dr. Manfred Neubert für den BVOU das Amt des DKOU-Kongresspräsidenten 2016. Neubert ist niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Landesvorsitzender aus Bremen.

Das Kongressmotto „Zurück in die Zukunft“ soll die Herausforderung von Ärzten widerspiegeln, die tagtäglich abwägen müssen, ob sie auf alte Erfahrungen, wie z. B. die konservative Frakturbehandlung, die schon über 100 Jahre alt ist, zurückgreifen oder auf neueste technische Entwicklungen, wie z. B. modernste Implantate, dreidimensionale intraoperative Bildgebung oder die Konzepte zur Schwerverletztenversorgung. Als Gastland haben die Kongresspräsidenten dieses Jahr Israel und die Schweiz eingeladen.

Heiko Reichel studierte Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Nach Promotion (1988) folgte die Facharztweiterbildung für Orthopädie an der Orthopädischen Universitätsklinik Halle. Nach Forschungsaufenthalten an internationalen orthopädischen Zentren habilitierte er 1996. 2003 wurde Reichel zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Halle ernannt. 2004 folgte die C4-Professur für Orthopädie in Ulm. 2005 wurde Reichel Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU, ein Jahr später Leitender Ärztlicher Direktor der RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm.

Florian Gebhard studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach Approbation (1985) und Promotion (1985) folgte die Facharztausbildung am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm. Die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie war 1993, zwei Jahre später die Anerkennung als Facharzt für Unfallchirurgie und 1998 die Habilitation. Seit 2007 ist er Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie. Im gleichen Jahr erhielt er die W3-Professur für Unfallchirurgie. Seit 2010 ist er Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.

TERMINHINWEIS:

25. bis 28. Oktober 2016: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Internetbasierte Abstracteinreichung zum DKOU: bis 15. Januar 2016
<http://ic.abstracts-online.de/dkou16/submission/de/login.html>



ARTHROSKOPISCHE VERFAHREN

Arthroskopie aus GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen

Nach langjährigen Verhandlungen, intensiven Literaturrecherchen und einer eindeutigen Stellungnahme seitens des IQWiG hat der gemeinsame Bundesausschuss die Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger gegen jegliche Einwände und Kommentare der Fachgesellschaften und Berufsverbände als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

In seiner Sitzung am 27.11.2015 hat der gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus sowie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung zu ändern. Bezüglich der Krankenhausbehandlung sind nachfolgende Methoden ausgeschlossen und bezüglich der vertragsärztlichen Behandlung dürfen diese nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Eingeschlossen sind therapeutische arthroskopische Eingriffe bei der Gonarthrose, die allein eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen umfassen:

- Gelenkspülung (Lavage) OPS-Kode 5-810.0h
- Debridement (Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes/Materials, OPS-Code 5-81.0.2h)
- Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken
- Entfernung freier Gelenkkörper, inklusive Entfernung osteochondraler Fragmente (OPS 5-810.4h)

- Entfernung periartikulärer Verkalkungen (OPS-Kode 5-810.5h)
- Synovektomie, partiell (OPS-Kode 5-811.2h)
- Synovektomie, total (OPA-Kode 5-811-3H)
- Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel (OPS-Kode 5-812.0h)
- Meniskusektomie, partiell, inkl.: Meniskusglättung (OPS-Kode 5-812.5)
- Meniskusresektion, total (OPS-Kode 5-812.6)
- Knorpelglättung (Chondroplastik) (OPS-Kode 5-812.eh)

Unberührt von diesem Ausschluss sind solche arthroskopischen Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt werden, sofern die vorliegenden Symptome zuverlässig auf Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind.

Laut G-BA tritt die Änderung der Richtlinie am 1. Tag des Quartals in Kraft, das der Veröffentlichung des Bundesanzeigers folgt, voraussichtlich ab dem 01.04.2016.

Zur Historie

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2010 hatte der GKV-Spitzenverband die Bewertung der Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose, gemäß §§ 135 und 137 c SGB V beantragt. Der G-BA nahm den Antrag mit Beschluss vom 20. Januar 2011 an und leitete das Beratungsverfahren ein. Am 21. Juli 2011 wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose beauftragt.

Am 09.06.2011 erfolgte die Ankündigung des Bewertungsverfahrens zur Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose gemäß 137c SGB V im Bundesanzeiger und

es erfolgte gleichzeitig die Veröffentlichung des Fragebogens zur Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger. Seitens des BVASK, des BVOU und des VLOU wurde unter Federführung von Herrn Müller-Rath und mir eine 21 Seiten umfassende Stellungnahme bezüglich des Bewertungsverfahrens abgegeben. Die deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie als Sektion der DGOU reichte ebenfalls fristgemäß eine 17 Seiten umfassende Stellungnahme anlässlich des Beratungsverfahrens ein.

Beide Studien erhielten eine Vielzahl an Quellenangaben und Aussagen bezüglich der Problematik der Evidenz. Es wurde sich durchaus kritisch mit der Arthroskopie bei schwerster Gonarthrose auseinandergesetzt, andererseits aber auch an vielen Stellen darauf hingewiesen, dass gerade bei Arthrosen geringeren Grades die Arthroskopie einen hohen Stellenwert genießt. Mit Datum vom 14.06.2012 legte das IQWiG die Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan vor. Herr Müller-Rath, als Vertreter der Berufsverbände und Fachgesellschaft war zur Anhörung eingeladen. Der Inhalt dieser Anhörung ist ebenso wie die Stellungnahmen der AGA und der Berufsverbände auf den Seiten des G-BA und des IQWiG einsehbar bzw. in den jeweiligen Berichten ausgeführt.

Im Vorfeld hatten sowohl die Berufsverbände, als auch die Fachgesellschaften noch einmal die Möglichkeit sich zum vorläufigen Berichtsplan des IQWiG zu äußern. Diese erfolgte für BVOU und VLOU in einer 6-seitigen Stellungnahme seitens des Unterzeichners. Für die DGOU in einer 8-seitigen Stellungnahme, unterzeichnet durch die damaligen Generalsekretäre, Herrn Müller-Rath und Herrn Becker in seiner Funktion als AGA-Präsident. Auch diese Stellungnahmen sind der Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan des IQWiG zu entnehmen.

Bereits diese Anhörung verdeutlicht die Problematik der Situation. Die Anhörung war tendenziell eher mit einem Verhör zu vergleichen. Dies wird auch klar, wenn man diese in der Anhörung zum Berichtsplan einmal durchliest, denn hier wurde bereits klar, dass man den medizinisch tätigen Kollegen zielgerichtete Verdeutlichungstendenzen unterstellt.

Es wurden somit bis zu diesem Zeitpunkt alle Möglichkeiten ausgeschöpft, das IQWiG bestmöglich zu unterstützen, unsere Interessen im Sinne der Patienten zu vertreten und das IQWiG mit bestmöglicher medizinischer Fachkompetenz zu versorgen.

Am 14.03.2014 wurde dann der 164 Seiten plus Anlage umfassende Abschlussbericht des IQWiG veröffentlicht und, wie zu erwarten, wurde hier eine klare Stellungnahme gegen die Arthroskopie bei Gonarthrose bezogen. Als externe Sachverständige wurden vier Mitarbeiter des ISPM in Bern aufgeführt.

Am 23.04.2015 wurde ein erneutes Stellungnahmeverfahren eingeleitet, an dem nur in der AWMF organisierte Fachgesellschaften sowie maßgebliche Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller, u.a. der BVMed und betroffene Medizinproduktehersteller, teilnehmen durften. Die Berufsverbände waren von einer Stellungnahme ausgeschlossen. Folglich wurde seitens der DGOU und der DGOU in Form der Generalsekretäre und seitens der Firma Smith & Nephew noch einmal Stellung bezogen.

Bei den wesentlichen Studien, die für die Beurteilung maßgeblich waren, handelt es sich einerseits um die beiden Studien von Moseley aus den Jahre 1996 und 2002 sowie um die Studien von Kirkeley et al. aus dem New England Journal of Medicine aus dem Jahre 2008, sowie um die Publikation von Katz et al. aus dem New England Journal of Medicine aus dem Jahre 2013.

In unseren zahlreichen Stellungnahmen wurde ausführlichst auf die Problematik der Moseley-Studie hingewiesen, all dies schien jedoch nicht ausreichend, um die Beurteilung des IQWiG einerseits zu beeinflussen oder nach dem Abschlussbericht zu entkräften. Es fanden noch etwa fünf Arbeitsgruppensitzungen in Folge im gemeinsamen Bundesausschuss statt, bei der neben den Organisatoren des G-BA die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die KBV, die Patientenvertreter und der GKV-Verband anwesend waren. Ich war in jeder dieser Sitzungen als Fachexperte der DKG anwesend, über Details darf ich aufgrund einer Verschwiegenheitserklärung nicht berichten. Es wurde letztendlich nach intensiven Diskussionen der eingangs zitierte

Beschluss dem G-BA vorgeschlagen. In der Zwischenzeit fand noch einmal eine Anhörung im Unterausschuss des G-BA statt, bei der sowohl Herr PD Dr. Müller-Rath, als Vertreter des BVASK sowie Herr Dr. Helmut Weinhart als Vertreter des BVOU zugegen waren. Auch hier hatte man das Gefühl, dass es sich eher um ein Verhör, als um eine Stellungnahme handelt. Beide Vortragenden fühlten sich hier in keiner Weise Ernst genommen und es wurde sehr schnell klar, dass man nicht mehr bereit war, von der bestehenden Meinung abzuweichen.

Im Verlauf der Verhandlungen wurde sehr schnell klar, dass die Arthroskopie bei Gonarthrose nicht nur bei schwerer Arthrose ausgeschlossen werden sollte, was seitens der Berufsverbände und Fachgesellschaften als sinnvoll erachtet und akzeptiert würde, sondern bei jeglicher Form der Gonarthrose. Alle beteiligten Kollegen seitens der Berufsverbände und der Fachgesellschaften, insbesondere auch der Unterzeichner haben zu jeder Zeit versucht, den Beschluss auf schwere Grade der Gonarthrose zu beschränken, was letztendlich aufgrund der Literaturlage, insbesondere der sehr stark zu kritisierenden Moseley-Studie, nicht zu begründen war. Unbestritten ist, dass die Arthroskopie bei schwerer Gonarthrose ohne Kollateralschäden nicht immer zur gewünschten Beschwerdefreiheit führt. Das Problem bei dem jetzt gefassten Beschluss besteht jedoch darin, dass nun die Arthroskopie bei jeglicher Form der Gonarthrose, insbesondere der sekundären Gonarthrose, als Kassenleistung abgelehnt wird. Dieser generelle Ausschluss ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, war aber in vielen Diskussionen aufgrund der schwierigen in dieser Richtung deutenden Aktenlage nicht abzuwenden.

Die Mitteilungen und Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses sind auf der Webseite des G-BA in Gänze einsehbar.

Abschlussbericht und Zwischenbericht des IQWiG auf den Seiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine kurze Übersicht finden Sie auf der Seite des G-BA unter Informationsarchiv – Beschlüsse 27.11.2015 unter Richtlinie – Methoden Krankenhausbehandlung: Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose und Richtlinie –

Aus unserem Fach

Methode Krankenhausbehandlung: Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose und Richtlinien – Methode vertragsärztliche Versorgung und Arthroskopie des Kniegelenkes bei Gonarthrose.

Neben dem Beschlusstext und der zusammenfassenden Dokumentation erhalten Sie hier eine gute Kurzzusammenfassung unter der Rubrik „tragende Gründe zum Beschluss“.

Es wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einem enormen Anstieg der Prüfquote des MDK kommen, da die eingangs genannten OPS-Ziffern in jedem Falle zu einer Überprüfung führen werden. Das heißt bei sinnvoller Indikation, sprich einklemmendem Meniskus, einklemmendem Gelenkkörper oder eben nicht durch die vorliegende Arthrose ausgelösten Problemen ist dies adäquat zu dokumentieren, sinnvollerweise mit Bildern zu belegen und im OP-Bericht auszuweisen.

Es gibt verschiedene Konstellationen, bei der die Arthroskopie bei vorliegender Gonarthrose dennoch als GKV-Leistung abgerechnet werden kann. Hierzu gehören Gelenkblockaden und eine mechanische Störung des Kniegelenkes durch Gelenkkörper und symptomatische Meniskusbeschädigungen, wie einem eingeschlagenen oder behinderten Meniskusfrag-

ment. Ebenso ist die Arthroskopie bei Gonarthrose abrechenbar, wenn der Fokus weniger auf der Lavage, als vielmehr auf der Knorpeltherapie liegt, d.h. wenn additiv zur Behandlung des Knorpelschadens eine Mikrofrakturierung, eine Mo-saikplastik oder ähnlich geartete Knorpeltherapie durchgeführt wird, ist diese abrechenbar. Diese Methoden sind insbesondere bei flächenmäßig kleineren Arthrosen zu erwägen. In diesen Fällen ist die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen.

Auch wenn viele Kollegen nun wieder sehr kritisch auf ihre Berufsverbände und Fachgesellschaften schauen, so können sie sicher sein, dass alles unternommen wurde, um die uns anvertrauten Patienten sinnvoll zu therapieren. Zu kritisieren ist, dass der GBA in der methodischen Frage der Nutzenbewertung zu 100% der Auffassung des IQWiG gefolgt ist. Das IQWiG hat als alleinige Entscheidungsgrundlage nur randomisierte prospektive Studien zugelassen, die durchaus mit erheblichen Schwächen versehen waren, auf die wir zu jeder Zeit hingewiesen haben. Aus Sicht des Unterzeichnenden scheint dies nur der Beginn einer weiteren Serie an Rationalisierungen und Priorisierungen zu sein. Es ist zu erwarten, dass weitere operative Methoden zur Überprüfung durch den GBA anstehen werden. Wir werden seitens Berufsver-

bänden und Fachgesellschaften hier sehr sensibel bleiben und uns früh in die kommenden Diskussionen einbinden.

Es gibt immer wieder Hinweise und Stimmen, die empfehlen, dass sich die Fachgesellschaften und Berufsverbände sektorenübergreifend mehr in diese Verhandlungen einbringen sollten. Die Arthroskopie bei Gonarthrose ist ein sehr schönes Beispiel dafür, dass trotz des Maximums an Zeitaufwand und Engagement der Berufs- und Fachverbände nicht mehr zu erreichen ist, da die hier beteiligten Organe, sprich der GBA diesbezüglich letztendlich komplett autark sind. Unser Gesundheitssystem ist in diese Richtung konzipiert und mehr als eine Anhörung eines Fachverbandes und die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme ist hier definitiv nicht gegeben, d. h. ein solches Gremium würde die Beantwortung vielleicht für die Beteiligten leichter machen, der Effekt wäre jedoch in keinem Fall größer als im vorliegenden Fall.



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

BUNDESÄRZTEKAMMER

Nach Redaktionsschluss: Reform der GOÄ

Die Delegierten des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages, der am 23. Januar in Berlin stattfand, haben mit großer Mehrheit die von der Bundesärztekammer (BÄK) mit den Kostenträgern ausgehandelte Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bestätigt. Der Vorstand der BÄK wurde nun damit beauftragt, den Entwurf der neuen GOÄ abschließend zu prüfen und unter bestimmten, auf dem Sonderärztetag beschlossenen Voraussetzungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit freizugeben. An die Bundesregierung appellierte der Ärztetag, die GOÄ-Novelle zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb dieser Legislaturperiode in Kraft zu setzen.

„Der Deutsche Ärztetag hat der Bundesärztekammer auf beeindruckende Weise den Rücken gestärkt. Das war ein klarer Vertrauensbeweis für den Vorstand der Bundesärztekammer und die Verhandlungsführer der BÄK, die sich seit Jahren für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einsetzen.“ So kommentierte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery den Ausgang des außerordentlichen Deutschen Ärztetages. Die Delegierten hatten den Leitantrag des Bundesärztekammer-Vorstandes mit großer Mehrheit angenommen. Gleichzeitig überwiesen sie Anträge, deren Umsetzung eine Unterbrechung der laufenden Verhandlungen

mit PKV und Beihilfe für eine neue GOÄ zur Folge gehabt hätten, an den zuständigen Ausschuss der BÄK. Die Delegierten forderten die Bundesregierung auf, die GOÄ entsprechend dem zwischen BÄK, Verband der Privaten Krankenversicherung und Beihilfe ausgehandelten Kompromissvorschlag zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb der noch laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen.

Weitere Infos auf www.bundesaerztekammer.de.

In der OUMN 2-2016 lesen Sie dazu einen ausführlichen Bericht.



Die Teilnehmerinnen von „Die Orthopädinnen e.V. - Das Netzwerk“ vor der Bayerischen Staatsoper;

DIE ORTHOPÄDINNEN E.V. – DAS NETZWERK

7. Jahrestagung

Der Verein „Die Orthopädinnen e.V. – Das Netzwerk“ tagte am 7. November 2015 im Benedictus Krankenhaus in Tutzing am wunderschönen Starnberger See anlässlich seiner 7. Jahrestagung. Ziel des im Jahr 2008 gegründete Vereins ist die Förderung der Chancengleichheit durch das gemeinsame Netzwerken und Interagieren beispielsweise durch die Vermittlung von Mentorinnen aus den Reihen des Vereins, um Frauen in der Orthopädie und Unfallchirurgie in ihrer Karriereplanung zu unterstützen. Der Verein stellt eine eigene Plattform für Erfahrungs- und Wissensaustausch dar.



Die Orthopädinnen e.V.
Das Netzwerk

Auch heuer wurde im Rahmen der Jahrestagung ein hochkarätiges und abwechslungsreiches Programm angeboten: Als Vortragende der einladenden Region präsentierten Prof. Dr. Rudolf Beise beeindruckende endoskopische Techniken der Wirbelsäulenchirurgie, Frau Dr. Barbara Dorfner zeigte elegante minimalinvasive Techniken der Fußchirurgie, Frau Dr. Anna Borys, der an dieser Stelle noch einmal herzlich für die Organisation dieser sehr gelungenen Tagung vor Ort gedankt sei, präsentierte einen umfassenden Überblick über Endoprothetik an Hand und Ellenbogen.

Sodann berichtete Frau Dr. Sternad über internistisch-rheumatologische Behand-

lungskonzepte und lieferte dabei eine wertvolle Zusammenfassung der rezenten Empfehlungen über die perioperative Rheumatherapie. Abgerundet wurde das Programm durch einen fundieren Vortrag über Einsatzbereiche der Radiosynoviorthese von Dr. Niklas Manthey. Zum Abschluss des wissenschaftlichen Programms präsentierte Frau Dr. Katharina Gordon eine biomechanische Studie über verschiedene Konzepte zur Versorgung periprothetischer Hüft-TEP-Frakturen.

Nach einem Vortrag über die Möglichkeiten, als Orthopädin in der Schwangerschaft zu operieren, fand eine spannende offene Gesprächsrunde über den Wiedereinstieg in den Beruf nach Schwangerschaften statt.

Einen sehr informativen Überblick über die Grundlagen des Arbeitsrechts mit ausführlicher Diskussion lieferte sodann die Rechtsanwältin Natascha Galke des Marburger Bunds.



Gastgeberin Dr. Anna Borys



Dr. Beatrice Hanslik-Schnabel, Dr. Karin Riedl, Dr. Sandra Breyer bei der Gesprächsrunde zum Wiedereinstieg in den Beruf nach Karenzierung (v.l.n.r.)



RA Natascha Galke, Marburger Bund

Als weiteres Highlight der Tagung hatten die Stipendiantinnen Dr. Stefanie Donner und Dr. Stefanie Hoffmann Gelegenheit über ihre Hospitationen zu berichten, die Sie mit Hilfe des vom Verein erteilten Reisestipendiums absolviert haben.

In den Pausen gab es neben einem köstlichen Buffet reichlich Raum sich untereinander auszutauschen. Am Abend folgte ein gemütliches Treffen in einem Münchner Wirtshaus. Auch beim Rahmenprogramm am 8. November kam das Netzwerken nicht zu kurz und die Vereinsmitglieder hatten zum Ausklang der Jahrestagung noch die Gelegenheit im Rahmen

einer spannenden Führung hinter die Kulissen der Bayrischen Staatsoper zu blicken.

Bewerbung

Die positiven Erfahrungen der letzten Jahre betätigten den Verein auch 2016 wieder zwei Reisestipendien zur Förderung der Mitglieder auszuschreiben. Die Reisen werden mit je **1000 Euro** unterstützt und sollten 14 Tage in orthopädischen oder unfallchirurgischen Zentren Europas absolviert werden.

Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in unserem Verein. Eine Bewerbung mit Motivationsschreiben, Lebenslauf und geplantem Reiseziel ist bis zum 01.03.2016 an den Verein zu richten (kontakt@orthopaedinnen.org).

Die Stipendiatinnen dürfen Ihre Reise im Rahmen der 8. Jahrestagung am 12. November 2016 in Salzburg präsentieren.

Wir freuen uns über stetigen Vereinszuwachs, um unser Netzwerk zu vergrößern.

Informieren Sie sich auf unserer Homepage www.orthopaedinnen.org, oder treten Sie unter kontakt@orthopaedinnen.org direkt mit uns in Kontakt. Zudem können Sie unsere Aktivitäten ab sofort in der Facebook-Gruppe „die Orthopädinnen e. V. - das Netzwerk“ verfolgen.



Dr. Katharina Gordon für den Verein

SAVE THE DATE!

12.-13. November 2016 in Salzburg

8. Jahrestagung „Die Orthopädinnen e. V. – Das Netzwerk“

Reisebericht Dr. Stefanie Donner

Das Reisestipendium habe ich im Juli 2015 für eine Hospitation bei Dr. Angela Simon, Chefärztin des Diakonie Klinikums Dietrich-Bonhoeffer in Malchin, verwendet.

Frau Dr. Angela Simon war von 2010 bis 2012 Präsidentin der GFFC und ist eine Koryphäe auf dem Gebiet der Fußchirurgie. Über das Mentorinnen Netzwerk des Vereins „Die Orthopädinnen e.V.“ hatte ich bereits seit 2009 Kontakt zu Dr. Simon geknüpft. Im Vorfeld hatte ich bereits regen Kontakt per Email/Telefon, somit war alles sehr gut organisiert.

Am ersten Tag meiner Hospitation wurde ich von einem der Oberärzte durch die Klinik geführt, einem Haus der Regelversorgung mit 100 Betten und einer hochspezialisierten Orthopädischen Abteilung. An den OP Tagen wurde ich intensiv in die Operationsabläufe eingebunden und hatte so die Möglichkeit Dr. Simon bei sämtlichen Fußoperationen von Vorfuß bis Rückfuß zu assistieren. Neben der klassischen Hallux valgus-Chirurgie standen

auch Arthrodesen des Mittel- und Rückfußes wie auch Arthroskopien des OSG auf dem OP Programm. Als klassische orthopädische Abteilung wird auch am Dietrich-Bonhoeffer Klinikum die Endoprothetik des Knie- und Hüftgelenks durchgeführt, hier ist insbesondere auch die Kurzschaff-Endoprothetik zu nennen.

An zwei weiteren Tagen konnte ich mit Frau Dr. Simon in ihrer Ambulanz fußchirurgische Fälle diskutieren und dabei von ihrem reichen Wissens- und Erfahrungsschatz profitieren. Interessant waren für mich vor allem auch die von ihr verwendeten Behandlungs- und Nachbehandlungsstandards wie auch der organisatorische Ablauf und die Koordination von Sprechstunde, OP und Station.

Neben der klinischen Erfahrung, dem Fachwissen von Dr. Simon und den OP Verfahren habe ich auch von der Erfahrung profitiert, den Alltag und die Herangehensweise an Probleme in einer Klinik der Grundversorgung in Malchin/Mecklenburg-Vorpommern kennenzulernen.

An vielen Stellen habe ich hier deutliche Unterschiede in der Charakter-Struktur und der Anspruchshaltung der Klinikmitarbeiter und der Patienten wahrgenommen.

Dr. Stefanie Donner



Chefärztin Dr. Angela Simon und Dr. Stefanie Donner im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Standort Malchin

Foto: Stefanie Donner

Reisebericht Dr. Stefanie Hoffmann

Ich konnte 2015 - durch das Reisestipendium des Vereins „Die Orthopädinnen e.V.“ unterstützt - zwei Wochen in zwei Kliniken meiner Wahl hospitieren. Aufgrund meiner Spezialisierung auf die Fußchirurgie entschied ich mich zum einen für das Department für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie am Annastift Hannover sowie zum anderen für die Abteilung Fußchirurgie des Universitätszentrums Orthopädie und Unfallchirurgie Dresden.

In Hannover wurde ich von der Chefärztin Frau Prof. Dr. Stukenborg-Coelsman und ihrem Oberarzt Dr. Plaaß die ganze Woche über betreut. Ich konnte im OP bei Operationen, den gesamten Fuß be-

treffend, teilnehmen, wobei ich komplexe Fälle sah und auch für die eigene Arbeit viele Tipps erhalten habe. Ich habe die Kollegen in der Sprechstunde begleitet und dort deren Herangehensweise an Fälle kennengelernt und diskutiert und Tipps für mein eigenes Vorgehen erhalten können. Zudem hatte ich Gelegenheit, nach Schlüsselqualifikationen für weibliche Führungskräfte zu fragen.

In Dresden wurde ich während der Hospitationswoche vom leitenden Oberarzt der Fußchirurgie, Prof. Dr. Rammelt, betreut. Er erklärte mir während der gemeinsamen Operationen und der Sprechstunde viel zu den Indikationen, seiner Herangehensweise und Nachbehandlun-

gen bei komplexen, aber auch häufigen Krankheitsbildern. Es blieb viel Platz für angeregte Diskussionen.

Insgesamt waren es zwei sehr interessante und lehrreiche Wochen, in denen ich viel gesehen und durch die intensiven Gespräche mit den Kollegen viel gelernt habe und mein Wissen erweitern konnte. Es war ein sehr kollegialer Umgang und ich konnte neue Kontakte knüpfen. Vielen Dank an „Die Orthopädinnen e.V.“, dass sie mir die Hospitationen ermöglicht haben.

Dr. Stefanie Hoffmann



Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner (von links)

INTERVIEW

Ein Jahr OPidS – Eine positive Bilanz

Das Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter, das sogenannte Mutterschutzgesetz, ist seit 1952 in Kraft. Trotz mehrerer Änderungen, vor allem in den 90er Jahren, finden viele junge Ärztinnen das Gesetz und vor allem die Auslegung des Gesetzes heute nicht mehr zeitgemäß. Deshalb gründeten vor einem Jahr Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner vom Jungen Forum der DGOU die Initiative „OPidS – Operieren in der Schwangerschaft“. Ein Blick zurück und nach vorn:

Seit einem Jahr klären Sie junge Chirurginnen auf, die trotz Schwangerschaft weiter operieren wollen. Wie ist Ihre Bilanz?

Maya Niethard: Die Nachfrage ist ungebrochen. Wir haben auch jetzt noch ein bis zwei Anfragen im Monat, obwohl die meisten Fragen inzwischen auf unserer Website ausführlich beantwortet werden. Aber mit speziellen Anliegen wenden sich die schwangeren Ärztinnen dann doch direkt an uns. Wir haben viele Kolleginnen mit Informationen versorgen können, sodass diese während ihrer Schwangerschaft weiter operieren konnten. Besonders freut uns, dass nicht nur Anfragen aus unserem Fach kommen, sondern z.B. auch von Augen-, Neuro- und Gefäß-Chirurginnen sowie von Allgemeinen Plastischen Chirurginnen und Gynäkologinnen.

Stefanie Donner: Interessanterweise gibt es ein Nord-Süd-Gefälle. In Bayern und in Baden-Württemberg wird das

Mutterschutzgesetz viel strenger ausgelegt als z.B. in Schleswig-Holstein. Es hängt viel von der Einschätzung durch die Mitarbeiter in den Dezernaten für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik ab. Unser Ziel ist eine bundesweit einheitliche Auslegung der Gesetze.

Das hört sich so an, als ob es ein großer Aufwand wäre, den Kliniken betreiben müssen, damit schwangere Ärztinnen weiter operieren können.

Maya Niethard: Oft heißt es, es wäre für den Arbeitgeber nicht zumutbar, den Arbeitsplatz umzugestalten. Dabei ist das gerade in der Orthopädie nicht besonders aufwendig. Ein HIV-Test kostet pro Patient rund 10 Euro, das ist doch eine vertretbare Summe. Viele Kliniken machen diese Untersuchungen sowieso vor jeder großen OP. Für viele Schwangere wird die Tätigkeit im OP generell ausgeschlossen, wobei nicht der Einzelfall geprüft wird. Da geht es nicht um die Schwangere und den Schutz des ungeborenen

Lebens, sondern um alte Denkweisen. Das monieren wir! Wir wollen, dass mit gesundem und medizinischem Sachverstand jeder Fall individuell geprüft wird, wie es das Mutterschutzgesetz fordert. Im Moment ist es noch so, dass viele Ärztinnen nicht sagen, dass sie schwanger sind, weil sie Sanktionen befürchten. Insbesondere am Anfang der Schwangerschaft fehlt oft die Information. Vielen Ärztinnen ist nicht klar, welche Auswirkungen ihre Schwangerschaft auf ihren Arbeitsplatz hat und wie er umgestaltet werden muss. Der Bedarf an Aufklärung ist ohne Frage da.

Das Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“ bietet die Grundlage für die Fortführung der operativen Tätigkeit. Wie wird es aktuell in deutschen Kliniken umgesetzt?

Stefanie Donner: Es gibt zwei Herangehensweisen in der Praxis. Zum einen haben viele Kliniken Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen das „Operieren in der

Aus unserem Fach

Schwangerschaft“ durch offizielle Vorgehensweisen und Anordnungen strukturiert wurde. Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein gibt es inzwischen den Leitfaden „Schwanger in der Chirurgie“. Zum anderen haben einige Chirurginnen an den jeweiligen Kliniken durch ihre individuellen Fälle „Präzedenzfälle“ geschaffen.

Welche Tätigkeiten bleiben schwangeren Chirurginnen, die nicht weiter operieren wollen oder dürfen? Womit müssen schwangere Ärztinnen rechnen?

Stefanie Donner: Chirurgie ist ein Handwerk. Indikationsstellung eine Kunst. Diese kann sehr gut in den Spezialambulanzen „perfektioniert“ werden, was vor allem in der Facharztweiterbildung sehr sinnvoll ist. Während meiner ersten Schwangerschaft habe ich mehrere Monate in der wirbelsäulenchirurgischen Ambulanz verbracht und sehr viel gelernt. In der Ambulanz muss man den angeblichen Schutz der werdenden Mutter jedoch auch in Frage stellen. Die Ansteckungsgefahr beim Kontakt mit unbekannten Patienten ist größer und weniger kalkulierbar als im OP, wo man Patienten operiert, bei denen vorher ein serologisches Screening auf HIV und Hepatitis C durchgeführt wurde und Schutzkleidung getragen wird.

In der Realität übernehmen schwangere Kolleginnen, die nicht operieren, admi-



Dr. Maya Niethard, Helios Kliniken

nistrative Aufgaben, sind auf den Stationen tätig oder intensivieren ihre Forschungsaktivität. Vorbildlich ist hier das Programm HeiSEP der Gynäkologischen Universitätsklinik Heidelberg, in dem die Zeit der Schwangerschaft und Elternzeit klar strukturiert wird.

Rund 18% der Orthopäden und Unfallchirurgen sind Frauen. Ist da „Operieren in der Schwangerschaft“ nicht nur ein Randthema Ihres Fachs?

Maya Niethard: Das sehen wir natürlich anders. Außerdem betrifft es ja nicht nur unser Fach. Wie gesagt, bekommen wir auch Anfragen aus anderen Fachgebieten. Außerdem wissen alle, dass immer mehr Studentinnen in den Hörsälen sitzen. Teilweise bis zu 75%. Das wird also ganz sicher ein großes Thema in der Zukunft.

Ihr Positionspapier markiert einen wesentlichen Schritt zu einer Verbesserung der Chancengleichheit von Frauen in der Medizin. Wo in der Chirurgie ist diesbezüglich noch Änderungsbedarf, damit Beruf und Familie besser unter einen Hut passen?

Stefanie Donner: Ich möchte an dieser Stelle unbedingt anmerken, dass wir mit dem Projekt OPidS schwangeren Chirurginnen die Möglichkeiten geben möchten, ihre operative Tätigkeit fortzusetzen, so wie es bei unseren europäischen Nachbarn z. B. in Frankreich und England auch üblich ist. Das deutsche Mutterschutzgesetz und die entsprechenden Richtlinien werden so streng ausgelegt wie nirgendwo in Europa. Ob das in Zukunft praktikabel ist, müssen auch die jeweiligen Chefärzte, Vorgesetzten und Klinikumsvorstände entscheiden. Was nach wie vor bleiben wird, ist die „natürliche“ Ausfallszeit durch Mutterschutz und Elternzeit. Je kürzer die „operative Abwesenheit“, desto leichter ist der Wiedereinstieg. Das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach der Elternzeit muss jede Mitarbeiterin in ihrem individuellen Fall mit ihrem privaten Umfeld, ihren Vorgesetzten und ihrem Team klären und dann von Tag zu Tag – möglichst zur Zufriedenheit aller – praktizieren. Eine Klinikums-Kita, in der die Kinder über die komplette Arbeitszeit gut betreut sind, stellt auf jeden Fall eine Erleichterung dar.

Maya Niethard: Auch heute hört man leider oft noch: „Frauen haben in der Chirurgie nichts zu suchen“. Das entspannt sich zwar so langsam, aber bei den Oberärzten ist die Anzahl der Frauen noch lange nicht auch nur annähernd proportional zu den Zahlen der Studentinnen und Weiterbildungs-Assistentinnen. Das ist für uns ein Zeichen, dass hier einiges anders werden muss. Wenn man sich mit Chirurginnen unter vier Augen unterhält, auch mit Ärztinnen im Praktischen Jahr, kommt man meist auf das althergebrachte Hierarchiedenken und die genderspezifischen Machtstrukturen zu sprechen. Aber das ist eigentlich ein anderes Thema.

Was sind die nächsten Schritte für 2016?

Stefanie Donner: Für Anfang 2016 ist eine Umfrage mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) geplant, auf deren Jahreskongress wir 2015 unser Projekt OPidS vorstellen durften. In der Umfrage soll die aktuelle Situation schwangerer Chirurginnen erhoben werden. Die DGCH ist ebenso wie unsere Fachgesellschaft an klaren Richtlinien und Handlungsempfehlungen interessiert. Außerdem ist das Bundesgesundheitsministerium auf unser Positionspapier aufmerksam geworden und hat uns kontaktiert. Im aktuellen Koalitionsvertrag ist die Anpassung des Mutterschutzgesetzes festgehalten. Hier ist die Einrichtung eines „runden Tisches“ geplant, zu dem Experten eingeladen werden sollen.

Was ist abschließend Ihre Botschaft an die Schwangeren und deren Arbeitgeber?

Maya Niethard: Wir wollen niemand in den OP drängen und wir wollen auch nicht, dass das Gesetz geändert wird. Jede Frau soll sich frei entscheiden können. Wenn eine Schwangere lieber ins Beschäftigungsverbot gehen möchte oder es medizinische Gründe gibt, dann ist das O.K. Das darf ihr nicht negativ ausgelegt werden. Diejenige aber, die operieren möchte, muss sich auch frei entscheiden können. So wie es jetzt ist, entscheiden in der Regel immer noch andere für die Schwangere. Wir finden, dass man als werdende Mutter nicht einfach aufs Abstellgleis geschoben werden darf. Wir wollen nicht die Errungenschaften des Mutterschutzgesetzes umgehen, sondern der mündigen schwangeren Chirurgin

ein Mitbestimmungsrecht geben, um unter bestmöglichen Schutzmaßnahmen ihre operative Tätigkeit fortzusetzen. Deshalb fordern wir alle Fachrichtungen auf, die Mutterschutzgesetze künftig nicht mehr restriktiv auszulegen, sondern zeitgemäß umzusetzen!

Vielen Dank für das Gespräch.



Foto: S.Herda

Das Interview führte Regina Radke-Lottermann, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU.

DR. MAYA NIETHARD

- Leiterin der Sektion Beruf und Familie des Jungen Forums der DGOU und Projektleiterin Operieren in der Schwangerschaft (OPidS)
- Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Oberärztin am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Department Tumororthopädie, HELIOS-Klinikum Berlin-Buch

Dr. Maya Niethard ist verheiratet und hat zwei Kinder (2 und 4 Jahre). Mit dem zweiten Kind war sie während ihrer Schwangerschaft bis zum 6. Monat operativ tätig.

DR. STEFANIE DONNER

- Stellvertretende Leiterin der Sektion Beruf und Familie des Jungen Forums der DGOU und Projektleiterin Operieren in der Schwangerschaft (OPidS)
- Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
- angestellt als Fachärztin in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden

Dr. Stefanie Donner ist verheiratet und hat zwei Kinder (1,5 und 4 Jahre). Mit dem zweiten Kind war sie während ihrer Schwangerschaft bis zum 9. Monat (07/2014) operativ tätig.

Jede Minute vertieft das Wissen

Kurs der Initiative '93 TO unterstreicht besondere Bedeutung der Technischen Orthopädie bei der Facharztweiterbildung.



Der 34. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie wurde Mitte September in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier und von PD Dr. Philipp Bergschmidt abgehalten. 15 Experten referierten in den Modulen 3 und 4 zu den Themen Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie und Querschnittläsion. Einer der Teilnehmer, Dr. Christoph Schulze (Westerstede), fasst seine Eindrücke des Kurses wie folgt zusammen: „30 Kursteilnehmer, Ärzte und Orthopädie-Techniker, waren der Einladung der Initiative '93 Technische Orthopädie nach Rostock gefolgt. In den ehrwürdigen Mauern des Institutes für Anatomie konnten sie ihr Wissen über Orthetik, Rollstuhl- und Hilfsmittelversorgung

in der Neuroorthopädie, bei Querschnittläsionen und in der Kinderorthopädie vertiefen. PD Dr. Philipp Bergschmidt, Kursleiter und Leiter des Endoprothesenzentrums des Klinikums Südstadt in Rostock, hatte mit einem Team aus erfahrenen und anerkannten Spezialisten in ihrem Gebiet ein Programm zusammengestellt, welches ohne Einschränkung für jeden Teilnehmer höchst interessant war. Beleg dafür waren die intensiven Diskussionen der einzelnen Vorträge, an denen sich viele Kursteilnehmer beteiligten. Der Kurs folgte inhaltlich den Indikationsgebieten von der Hand über die obere Extremität, vom Rumpf bis hin zur unteren Extremität und dem Fuß. Hierbei wurden in die Vortragsreihe jeweils passend hochspezialisierte Referenten eingefügt, die über besondere Themen der Kinder- und Neuroorthopädie sowie der entsprechenden Hilfsmittelversorgung berichteten. Mehrfach wurde auf die richtige Verordnung der Hilfsmittel und die unabdingbare Zusammenarbeit zwischen Orthopädie-Techniker und Arzt hingewiesen.

Dieses Zusammenspiel wurde am Ende eines jeden Vortragsblockes mit einem Workshop unter Leitung von Andreas Kohn (Rostock) praktiziert. Hierbei hat-

ten alle Teilnehmer die Möglichkeit, unter Anleitung von Orthopädie-Technikern Hilfsmittel anzulegen und die Funktionen der Orthesen zu testen.

Orthetische Versorgungen

Im Block 1 referierten Dr. Christoph Rank und Prof. Dr. Thomas Tischer (beide Rostock) über die orthetischen Versorgungen im Bereich der oberen Extremität. Vervollständigt wurde der Block mit den Vorträgen von Dr. Hans Ziegenthaler (Bad Klosterlausnitz) und Dr. Ulrich Hafkemeyer (Coesfeld) zur Kompressionstherapie und zum Vorgehen bei neuroorthopädischen Problemen.

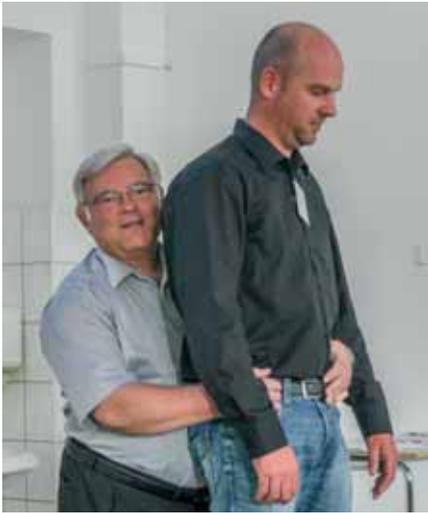
Im Block 2 berichtete Ludger Lastring (Dortmund) über orthetische Versorgungen an Fuß und Unterschenkel, bevor Dr. Susanne Fröhlich (Rostock) über die Versorgung des Klumpfußes referierte. Der letzte Vortrag in diesem Block über die Versorgung mit Rumpforthesen wurde von PD Dr. Lutz Brückner (Leipzig) beige-steuert. „Jede Minute vertiefte das Wissen“, dieser Kurs der Initiative '93 TO unterstreicht die besondere Bedeutung der Technischen Orthopädie bei der Facharztweiterbildung.



34. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative 93

Im Block 3 berichteten Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier und PD Dr. med. Philipp Bergschmidt über die orthopädietechnische Versorgung bei Wirbelsäulenbeschwerden sowie über die konservative Therapie der Skoliose. Passend zum Themenbereich Wirbelsäule erläuterte PD Dr. med. Frank Rainer Abel die besondere Versorgung querschnittgelähmter Menschen. Dieses Thema wurde abgerundet mit der Demonstration von speziellen Rollstuhlversorgungen durch Michael Giese (Rostock). Vor dem Abschlussvortrag des Tages durch Prof. Dr. Bernhard Greitemann (Bad Rothenfelde) zum Thema der orthetischen Versorgungsmöglichkeiten des Hüftgelenkes und des Oberschenkels berichtete Robert Lenz (Rostock) über die orthetische Versorgung bei Kniegelenkspathologien. Im ab-

Fotos: Wünschmann



Beim Kurs der Initiative 93 in Rostock

schließenden Block 4 berichtete Frau Dr. Melanie Horter (Münster) über die Versorgung bei angeborenen Deformitäten an oberer und unterer Extremität.

Jede Minute des zweieinhalbtägigen Kurses trug zur Vertiefung des Wissens im Themengebiet der Technischen Orthopädie bei. Die besondere Bedeutung der Technischen Orthopädie als elementarer Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie wurde unterstrichen. Die Teilnahme an den angebotenen Kursen der Initiative '93 Technische Orthopädie ist für jeden Arzt unerlässlich, der sich im Fachgebiet Orthopädie weiterbildet, da die Inhalte der derzeitigen Weiterbildung dieses Wissen nur unzureichend abfordern und die Vermittlung dieses Wissens nur sporadisch erfolgt. Bleibt also zu hoffen, dass die hochwertigen Kurse weiterhin guten Anklang finden und möglichst viele Kollegen die Möglichkeit zur Fortbildung auf dem Gebiet nutzen. Im Namen der Teilnehmer bedanke ich mich bei allen Organisatoren und Referenten für den hervorragenden Kurs.“

KURS 2016

Auch 2016 setzt sich der 35. Fort- und Weiterbildungskurs Technische Orthopädie aus vier Modulen zusammen: Die Module 1 und 2 (Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie) finden vom 19. bis 21. Februar 2016 an der Universitätsklinik Heidelberg unter der Leitung von Dipl.-Ing. Merkur Alimusaj und Dr. Sebastian Müller statt, die Module 3 und 4 (Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittläsion) vom 16. bis 18. September 2016 am Klinikum Bayreuth unter der Leitung von PD Dr. Rainer Abel.

Anmeldungen

E-Mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel.: +49 5424 220-100, Fax: +49 5424 220-444

*Nachdruck aus Orthopädie Technik
11/2015, Seite 53.*

Gold Open Access Journal für alle chirurgischen Fachgesellschaften

Auf der Basis der Berliner Erklärung verschiedener Wissenschaftsorganisationen über den offenen Zugang zu wissenschaftlichem Wissen aus dem Jahr 2003 wird die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie im Jahr 2016 eine eigene Open Access Zeitschrift mit dem Titel „Innovative Surgical Sciences“ herausbringen.

Ohne Prophet sein zu wollen – die digitale Revolution wird auch vor der Medizin keinen Halt machen! Bereits heute drängen eine Reihe internationaler Firmen und IT-Konzerne als Innovationstreiber in den Gesundheitsmarkt (1). Die Digitalisierung der Gesundheitsbranche findet allerdings nicht nur in der klinischen und experimentellen Medizin, sondern auch in der wissenschaftlichen Literatur statt (Übersicht bei 2). Dies ist der gesellschaftlichen Forderung nach Transparenz und freier Verfügbarkeit des Wissens im Zeitalter des Internets geschuldet. Darüber hinaus erschien bereits im Jahr 2003 das Bethesda-Statement zum Open Access Publizieren, und im selben Jahr wurde die gegenwärtig von 522 Forschungsinstitutionen weltweit unterzeichnete Berliner Erklärung zum offenen Zugang zu wissenschaftlichem Wissen verfasst (3,4).

In diesem Kontext vergeben eine Reihe von Wissenschaftsorganisationen Forschungsgelder nur dann, wenn die Ergebnisse der geförderten Forschung Open Access publiziert oder bereits publizierte Artikel über Open Access Repositorien zur Verfügung gestellt werden (5). Die Europäische Union hat unter dem Stichwort „Horizon 2020“ ein klares Bekenntnis zu Open Access gegeben (6), und selbst „Annals of Surgery“ hat sich positiv zu Open Access positioniert (2). In der kritischen Auseinandersetzung mit Open Access Journalen bestehen allerdings auch ernst zu nehmende Vorbehalte. Diese betreffen z. B. Fragen des Urheberrechtes und der Lizenzierung gemäß den sog. Creative Commons sowie die Problematik, dass die Open Access publizierten Artikel zumindest anfänglich keine Im-

fact-Faktoren generieren und somit gerade für den wissenschaftlichen Nachwuchs, auch unter dem Aspekt von LOM, uninteressant sind (7,8). Das Positionspapier der AWMF relativiert jedoch die gegenwärtige Ermittlung der Impact-Faktoren und mahnt Reformvorschläge an (9, vergleiche auch 10). Darüber hinaus haben inzwischen eine Reihe von chirurgischen Open Access Journalen substantielle Impact-Faktoren erzielt (11), wobei an der Spitze dieser Entwicklungen die Open Access Zeitschrift PLoS Medicine mit einem Impact-Factor von 14,43 (12) steht und durch detaillierte metrische Daten zudem neue Bewertungsmöglichkeiten von Publikationen aufzeigt (13).

Im Zusammenspiel dieser Entwicklungen hat sich die DGCH in ihren Gremien und in einer Projektgruppe mit Vertretern aller in der DGCH vereinten Fachgesellschaften intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob die DGCH ein eigenes Open Access Journal herausbringen soll. Des Weiteren wurden verschiedene nationale und internationale Verlage zur Abgabe eines Kooperationsangebotes aufgefordert. In einer Projektgruppensitzung stellten die Verlage ihre Angebote mit einer Präsentation und anschließender Diskussion vor. Um zu verlässlichen Ergebnissen zu gelangen, wurde eine externe Beratungsfirma hinzugezogen. In diesem Zusammenhang erfolgte zudem eine Marktanalyse, um ein Alleinstellungsmerkmal zu definieren, mit dem sich die neu zu gründende Zeitschrift von anderen Angeboten abhebt.

Im Ergebnis dieser Aktivitäten und Diskussionen hat die DGCH in ihrer Vor-



standssitzung am 23.7.2015 beschlossen, ein eigenes Open Access Journal herauszubringen. Als Kooperationspartner wurde der DeGruyter Verlag ausgewählt. Die Zeitschrift gehört der DGCH und trägt den Titel: „**Innovative Surgical Sciences – The Rapid Journal of the German Society of Surgery**“. Sie wird ausschließlich in englischer Sprache als Gold Open Access erscheinen und ist unter <http://www.degruyter.com/view/j/iss> – z. Zt. noch nicht frei geschaltet – aufrufbar (Abbildung 1). Die Ziele der Zeitschrift als „Aims and Scope“ sind wie folgt definiert:

Increased social demands for a free access to information and the initiative of international research-funding institutions (Berlin Declaration) encouraged the German Society of Surgery to launch a new open access surgical journal entitled *Innovative Surgical Sciences – The Rapid Journal of the German Society of Surgery*. It is the aim of the journal to create the future of free digital information to the surgical community worldwide in order to promote surgical and scientific knowledge.

***Innovative Surgical Sciences* is a double blind peer-reviewed journal and welcomes English-written original articles, review articles, case reports and letters-to-the-editors covering clinical and experimental studies in all surgical sub-specialties. All articles will be subject to a rapid peer-review process, allowing a publication within 30 days after submitting. In accepted and published articles the peer-review assessments will be published simultaneously together with the paper.**

Die Alleinstellungsmerkmale der Zeitschrift bestehen in einer angestrebten sehr kurzen Publikationsfrist zwischen Einreichen und Erscheinen (30 Tage) sowie in der Publikation der Peer-Review-Gutachten (anonymisiert oder mit Namensnennung). Dieses Vorgehen soll zur Transparenz beitragen und stellt auch im internationalen Vergleich ein Novum dar. Die Zeitschrift startet zum 1.1.2016, die erste Ausgabe ist für den 1.7.2016 vorgesehen. Für die ersten drei Jahre entstehen den Autoren bzw. den Fachgesellschaften keine Kosten. Diese werden von der DGCH übernommen und sind als ein weiterer Beitrag zur Einheit der Chirurgie zu verstehen.

Das Editorial-Board ist international zusammengesetzt und unterteilt sich in Executive, Associate und Co-Editors. Alle Fachgesellschaften der DGCH sind im Editorial Board repräsentiert. Für die DGU und DGOOC sind u.a. Tim Pohle, Reinhard Hoffmann, Henning Windhagen und Bernd Kladny benannt. Editor-in-Chief ist der Past-Präsident der DGCH und Autor dieses Artikels. Zur Vermeidung von Interessenskonflikten hat der Autor seine Mitarbeit im Herausgebergremium von „Der Chirurg“ im Einvernehmen mit den anderen Herausgebern und dem Springer-Verlag zum 31.12.2015 niedergelegt.

Es ist klar, dass eine neue Zeitschrift am Anfang wie ein zartes Pflänzchen ist – es braucht viel Hege und Pflege, um aus dem Pflänzchen eine Pflanze werden zu lassen. Deshalb hofft die DGCH, dass gerade auch seitens der DGU und DGOOC Beiträge eingereicht werden, um eine Listung bei Thomson-Reuters und bei PubMed zu erzielen. Im ersten Jahr des Erscheinens sind lediglich 20 Artikel notwendig, um diesen ersten Schritt erfolgreich zu bewältigen. Deshalb die herzliche Bitte an alle Mitglieder von DGU und DGOOC: Helfen Sie mit, damit die deutsche Chirurgie weltweit als das wahrgenommen wird, was sie ist – federführend in der Behandlung chirurgischer Patienten!

Literatur

1 Heike Krüger-Brandt: Medizinische Forschung – Club der Avantgarde. DÄ Jg 112, Heft 38, A1511-1514, 2015

- 2 Rikkers LF: The evolution and future of scientific communication. *Ann Surg* 260, 409-415, 2014
- 3 Bethesda Statement on Open Access Publishing <http://legacy.earlham.edu/~peters/fos/bethesda.htm#institutions>, abgerufen am 19.10.2015
- 4 Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities <http://openaccess.mpg.de/Berliner-Erklärung> und <http://openaccess.mpg.de/3883/Signatories>, jeweils abgerufen am 19.10.2010
- 5 Deutsche Forschungsgemeinschaft http://www.dfg.de/dfg_magazin/forschungspolitik_standpunkte_perspektiven/open_access/, abgerufen am 20.8.2015
- 6 Europäische Union http://cordis.europa.eu/news/rcn/29774_de.html, abgerufen am 20.8.2015
- 7 Rainer Kuhlen: Wem gehört da Wissen? *Chirurgie – Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 4, 176-181, 2014
- 8 Creative Commons Deutschland, <http://de.creativecommons.org/>, abgerufen am 20.10.2015
- 9 Christoph Herrmann-Lingen et al: Evaluation of medical research performance – position paper of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF). *GMS Ger Med Sci* 2014;12:Doc11, <http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2014-12/000196.shtml>, abgerufen am 19.10.2015
- 10 Christian Friedrich Vahl: Eine radikale Revolution auf dem Wissenschaftsmarkt: Impaktunkte im Abseits. *Chirurgie – Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 4, 167-168, 2014
- 11 Moritz N. Wente: Open Access in der operativen Medizin. *Chirurgie – Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 1, 22-25, 2015
- 12 PLoSMedicine Impact-Faktor http://www.researchgate.net/journal/1549-1676_PLoS_Medicine, abgerufen am 19.10.2015
- 13 PLoSMedicine <http://journals.plos.org/plosmedicine/>, abgerufen am 20.10.2015



Prof. Dr. Joachim Jähne,
FACS, MBA
Past-Präsident der
DGCH 2013/2014
Klinik für Allgemein-
und Viszeralchirurgie
Diakovere Henrietenstift
Email: Joachim.Jaehne@diakovere.de

FORTE

Junges Forum O & U der DGOU tritt FORTE bei



Foto: junges Forum

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) unterstützt den Vorschlag des Jungen Forums, Mitglied der Federation of Orthopaedic Trainees in Europe (FORTE) zu werden.

Gründung und Entwicklung von FORTE

FORTE wurde 2005 auf dem Jahreskongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) in Lissabon gegründet. Ziel ist es, die Kommunikation zwischen den europäischen Assistenzärzten zu verbessern, ein europäisches Netzwerk aufzubauen und die individuelle Weiterbildung zu fördern. Hierfür wurde 2013 erstmals ein Reisestipendium vergeben. Darüber hinaus starteten die Mitglieder ein Programm zur Entwicklung von Vorbereitungskursen und Lehrbüchern für das von dem European Board of Orthopaedics and Traumatology ausgerichtetem europäischen (Facharzt-) Examen.

FORTE Treffen 2015

Um die Aufmerksamkeit und Präsenz in der europäischen Vereinigung weiter zu steigern, lud FORTE Vertreter aus allen europäischen Fachgesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem

ersten gemeinsamen Treffen ein. Insgesamt nahmen im Februar 2015 18 Vertreter aus 12 europäischen Nationen teil, darunter auch der damalige EFORT-Präsident, Prof. Cannon, als Ausdruck der Unterstützung durch die EFORT. Aus Deutschland nahmen Vertreterinnen und Vertreter der DGOU, DGU und des BVOU teil. Darüber hinaus waren England, Frankreich, Italien, Türkei, Portugal, Finnland, Norwegen, Griechenland, Slowenien, Kroatien und Malta mit Abgesandten vertreten. Das Treffen zeigte, dass trotz der Europäischen Union die Inhalte der Weiterbildung deutliche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern aufweisen. Darüber hinaus zeigte sich, dass nicht alle europäischen Länder über eine strukturierte Weiterbildungsordnung verfügen. Um die Kommunikation auf europäischer Ebene auch auf Assistenzärzteebene zu verbessern, erklärten sich die anwesenden Länder bereit, sich innerhalb von FORTE zu engagieren.

Deutsche Beteiligung

Seit Oktober 2015 ist das Junge Forum O & U der DGOU offizielles Mitglied der FORTE und besetzt vier Vorstandspositionen (Dr. Matthias Klotz: Vorstandsmitglied Finanzen, Pouria Taheri: Vorstandsmitglied Weiterbildung, Dr. Francesca von Matthey: Vorstandsmitglied Mitgliederverwaltung, Dr. Matthias Münzberg: Nationaler Repräsentant). Derzeitige Ziele sind die Intensivierung der bestehenden Projekte sowie die Ausrichtung einer jährlichen „FORTE Summer School“ zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Die kommende „FORTE Summer School“ wird im August 2016 in Faro, Portugal stattfinden. Der BVOU hat diesbezüglich seine Unterstützung sowie sechs Teilnehmerplätze zugesagt, welche als Stipendien ausgeschrieben werden.



Foto privat

Dr. Matthias Klotz



Foto privat

Dr. Matthias Münzberg



Foto privat

Dr. Manuel Mutschler

Health-Commerce versus Health-Care

Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung hat sich im Oktober 2015 differenziert gegen Bestrebungen einer Normung ärztlicher Tätigkeit seitens CEN / CENELEC gewandt. Die Kernaussage der Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung zur Normung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen lautet: „gegen Normung ärztlicher Tätigkeit!“

... „Überall dort, wo in der Sozialversicherung Leistungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen gesteuert und nach bestimmten Verfahrensgrundsätzen erbracht werden, besteht die Gefahr der Entwicklung paralleler Strukturen, die letztlich zur Rechtsunsicherheit führen können bzw. die Gefahr, dass gesetzliche Vorgaben unterlaufen werden. Dies wäre insbesondere mit dem für die soziale und berufliche Wiedereingliederung geltenden Ansatz in der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Person mit allen geeigneten Mitteln wieder in das Arbeitsleben zurückzuführen bzw. am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen, nicht zu vereinbaren. So folgen beispielsweise in der gesetzlichen Unfallversicherung Leistungen der Rehabilitation einem individuellen, bedarfsorientierten Konzept. Dieser individuelle Leistungsansatz ist mit dem Ziel von Normung nicht in Einklang zu bringen. Gleiches gilt aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung im Hinblick auf ihre Bestrebungen, die Erwerbsunfähigkeit auch durch medizinische Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu verhindern. Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung trifft dies auch auf den Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozial- oder Hilfeleistungen zu. Die Pflegeberatung erstellt einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen oder medizinischen und pflegerischen Hilfen“ ... [1].

Gründe für ein Ablehnen der Normung ärztlicher Tätigkeit

Mit ihrer auf eine optimale Patientenversorgung in Deutschland fokussierenden, eine Normung u.a. ärztlicher Tätigkeit begründet ablehnenden Position finden sich die Deutschen Sozialversicherungsträger in durchaus veritabler Gesellschaft; nachfolgend genannte Institutio-

nen/Gremien lehnen eine Normung ärztlicher Tätigkeit ebenfalls ab. Gegen eine Normung ärztlicher Tätigkeit sprechen, wie teils bereits dargestellt,

- drohender Verlust individueller ärztlicher Gestaltungsmöglichkeiten bei in Deutschland erfreulicherweise möglicher, speziellen Patienten-Erfordernissen entsprechender Versorgung
- nationalstaatlich existente gesetzliche wie untergesetzliche Regelungen (auch Weiterbildung / Facharzt betreffend).

In diesem Sinne hatte Anfang 2015 das Bundesgesundheitsministerium dem Deutschen Institut für Normung die von CEN / CENELEC auf den Weg gebrachte Norm für „Ästhetische Chirurgie“ verboten zu veröffentlichen (wegen 19 Verstößen gegen geltendes Deutsches Recht). Dabei bleibt abzuwarten, wie das Prozedere bei der Veröffentlichung einer von CEN / CENELEC verabschiedeten Normung „Dienstleistungen von Ärzten mit Zusatzqualifikation in Homöopathie - Anforderungen an die Gesundheitsversorgung durch Ärzte mit Zusatzqualifikation in Homöopathie“ (!) in Deutschland erfolgen wird, da es bekanntlich eine Zusatzweiterbildung Homöopathie in den

Ärztlichen Weiterbildungsordnungen in Deutschland gibt.

Folgende Normungen mit Bezug zur Gesundheitsversorgung gibt es derzeit - meist unterstützt via CEN / CENELEC - bei unterschiedlichem Aktivitäts- / „Gültigkeits“-Level:

- Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Verfahren der ästhetischen Chirurgie
- Traditionelle chinesische Medizin
- Osteopathische Gesundheitsversorgung
- „Chiropraktoren“
- Dienstleistungen von Ärzten mit Zusatzqualifikation in Homöopathie - Anforderungen an die Gesundheitsversorgung durch Ärzte mit Zusatzqualifikation in Homöopathie

Interessierte „europäische“ Kreise diskutieren auch bei bekanntem Mangel von Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen von Gesundheitsfachberufen in Europa weitere medizinisch tätige Personengruppen in „Cross Border“-Health Care einzuführen bzw. zu integrieren. Und – incredible est dictu – der Artikel 168 des Vertrags von Lissabon, regelnd auch Teilaspekte der Gesundheitsversorgung – gibt das kurz gesagt her: Absatz 7 des genannten Artikels betont die mitgliedstaatliche,



Abb. 1 contra „EU“-CEN / CENELEC – Normung ärztlicher Tätigkeit



Abb. 2 Trend der EU-Kommission oder von CEN/CENELEC?

vorrangige Gültigkeit gesetzlicher Regelungen in der Gesundheitsversorgung. Absatz 2 demgegenüber lässt privatwirtschaftliche Aktivitäten zur Weiterentwicklung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung ausdrücklich zu. In diesem Sinne argumentiert demzufolge auch der Präsident von CEN/CENELEC, Friedrich Smaxwil.

An dieser Stelle sei ausdrücklich betont, dass auch auf CEN/CENELEC-Präsidiumsebene aktenkundig (sic!) bekannt ist, dass die Normung ärztlicher Tätigkeit ausdrücklich abgelehnt wird seitens DGOU, DGCh, BDC wie auch Bundesärztekammer und Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) [Dachorganisation Europäischer Ärztekammern].

Die privatwirtschaftliche CEN/CENELEC-Philosophie, die ebenso verständlich wie vordergründig Gesundheits-Qualität für europäische Bürger „predigt“, bringt damit Wasser auf die Mühlen merkantil interessierter Zertifizierungs- und Auditierungs-Unternehmen in einem Europa von 28+ Staaten. Die immanente Philosophie des Öffnens und Erweiterns von Märkten in Europa entspricht komplett dem politischen „mainstream“ des „Directorate General Growth“ der Europäischen Kommission.

Die Europaparlaments-Abgeordneten Andreas Schwab (PPE), Angelika Niebler (PPE) und Peter Liese (PPE) thematisierten in einer parlamentarischen Anfrage im Juli 2015 Intention und zutreffendenfalls Zulässigkeit von Normung ärztlicher Berufsausübung. Die zwei zu erwartenden Kernaussagen der Antwort des EU-Kommissars für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis, lauten: ... „Die Kommission hat in dessen nicht die Absicht, das CEN in naher Zukunft mit der Erarbeitung einer

Norm im Bereich medizinische Dienstleistungen zu beauftragen; dies gilt auch für die geplante Veranstaltung, die gemeinsam von der GFS, CEN/CENELEC und EARTO organisiert wird und im Oktober 2015 am Sitz der Gemeinsamen Forschungsstelle in Ispra stattfindet. Für Gesundheitsdienstleistungen berührende Aspekte sind freiwillige europäische Normen möglich, wenn die Akteure das für vorteilhaft halten. Private Normungsorganisationen sind vom Artikel 168 nicht betroffen“ ... [!]

Übrigens ist der EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis, chirurgischer Kollege. Laut Prof. Dr. Dr. Jürgen Ensthaler, Berlin, gilt zu Normen:

- Entlastungsfunktion bzw. eine Vermutungswirkung garantieren nicht gerade per se, dass ein Produkt oder eine Dienstleistung fehlerfrei ist
- Sie haben im Vergleich zu nicht genormtem Produkt / nicht genormte Dienstleistung (Mindeststandard) Anweisungscharakter mit faktischem Befolgungszwang.
- Bezogen auf ärztliche Leistungen wird der Arzt mit einer Norm angewiesen, wie er die ärztliche Leistung zu erbringen hat. Mit einer Normung wird die Therapiefreiheit des Arztes außer Kraft gesetzt.

Prof. Dr. Dr. Ensthaler's Fazit lautet demzufolge: **„Normen sind nicht geeignet, um ärztliche Leistungen abzubilden“** [3].

Fazit und Perspektiven

Evidenzbasiertes, ärztliches Handeln, leitlinienorientierte medizinische Versorgung ist und wird wird mittel- und

langfristig die tragfähige Basis darstellen für eine Versorgung der Aufenthaltsbevölkerung bei auch in Deutschland bei gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese „tour d'horizon“ zu Brüsseler Aktivitäten hinsichtlich einer Normung ärztlicher Tätigkeit lässt die veritable Stellungnahme der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung als außerordentlich wichtig und komplett richtig erscheinen.

Wie sich die Relation von Health Care versus Health Commerce im gegebenen europäischen Kontext weiter entwickelt – dies sollte nach Auffassung des Autors besser nicht abgewartet, vielmehr bestmöglich mitgestaltet werden.

Wohl-verstandenes und Wert-schöpfendes ärztliches Lobbying nota bene im Interesse von Patientensicherheit und damit unserer im Deutschen Sozialversicherungssystem höchst-wertigen Patientenversorgung gewinnt mehr denn je an Bedeutung.

Ceterum censeo: Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie als in mehrfacher Hinsicht starke Wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft sollte sich mit Blick auf optimale grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auch in Brüssel weiter positionieren – ggf. (initial) mit geeigneten Partnern.

Literatur beim Verfasser

INTERESSENKONFLIKTE

Folgende Interessenkonflikte werden angegeben:

Als Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer vertritt der Autor in CEN/CENELEC-Gremien als Delegierter des Deutschen Instituts für Normung (DIN) ausdrücklich die Interessen von Bundesärztekammer (BÄK) sowie Comité Permanent des Médecins Européens (CMPE) und ist Gast bei Besprechungen im Referat Internationale Angelegenheiten der DGOU.



Prof. Dr. med. Johann Wilhelm Weidinger
Chirurg, Notfallmedizin,
Qualitätsmanagement
Geschäftsführender Arzt
Bayerische Landesärztekammer
j.w.weidinger@blaek.de

Steuer

Foto: Marco2811 - Fotolia

STEUERRECHT

Müssen Preisgelder versteuert werden? In der Regel ja!

So groß die Freude der Preisträger über die ihnen zuteil gewordene Auszeichnung ihrer Leistungen und die Zuerkennung der damit häufig verbundenen Preisgelder zunächst ist, umso ernüchternder ist oftmals der Zugriff des Finanzamts auf den finanziellen Zuverdienst: Die Finanzämter ordnen nämlich das Preisgeld regelmäßig den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit zu und sehen es als steuerpflichtige Einnahme an.

Immer wieder ist die Steuerbarkeit von Preisgeldern bereits Gegenstand finanzgerichtlicher Auseinandersetzungen gewesen und meist ist die Ansicht der Finanzämter durch die Gerichte auch bestätigt worden. Verbände, Stiftungen oder wissenschaftliche Fachgesellschaften, die Preise verleihen, nehmen mit dem Inhalt der Ausschreibung und Auslobung der Preise einen gewissen Einfluss auf die Steuerbarkeit, sollten die (künftigen) Preisträger aber regelmäßig darauf hinweisen, dass unter Umständen eine Steuerpflicht der Preisträger für die Zuerkennung der mit den Preisen verbundenen Dotationen besteht.

1. Grundsätzlich können Preise der Besteuerung als Einnahme in Geld im Sinne von § 8 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes (EStG) unterliegen, die dem Preisträger im Rahmen der Einkunftsart nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 EStG bei seinen Einkünften aus unselbständiger Arbeit gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. Satz 2 EStG zufließen.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG gehören zu den Einkünften aus nicht-selbständiger Tätigkeit unter anderem auch Vorteile für eine Beschäftigung im öffentlichen oder privaten Dienst. Vorteile werden „für“ eine Beschäftigung gewährt, wenn sie durch das Dienstverhältnis veranlasst sind. Das ist der Fall, wenn der Vorteil mit Rücksicht auf das Dienstverhältnis eingeräumt wird und sich der Preis im weitesten Sinne als Gegenleistung für das Zurverfügungstellen der individuellen Arbeitskraft des Beschäftigten erweist bzw. wenn die Zuwendung sich als Frucht der Arbeit darstellt und im Zusammenhang mit dem Dienstverhältnis steht. Dies gilt auch, wenn die Zuwendung durch einen Dritten, also nicht direkt durch den Arbeitgeber, erfolgt.

Der einem Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber oder von einem Dritten verliehene Preis führt daher beim Preisträger regelmäßig zu steuerpflichtigen Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit,

wenn die Preisverleihung nicht vor allem eine Ehrung der Persönlichkeit des Preisträgers darstellt, sondern wirtschaftlich den Charakter eines leistungsbezogenen Entgelts hat und einen wirtschaftlichen Bezug zu der Tätigkeit des Preisträgers aufweist. Ob eher die berufliche Leistung des Preisträgers geehrt wird oder vornehmlich seine Persönlichkeit, sein Gesamtschaffen oder sein Lebenswerk, bemisst sich nach den jeweiligen Gesamtumständen des Einzelfalls. Dass ein sachlicher und persönlicher äußerlicher Zusammenhang zwischen dem Preisgeld und der Arbeitnehmertätigkeit besteht, ist unschädlich, solange dieser nicht die Intensität eines ertragsteuerlich relevanten wirtschaftlichen Leistungsaustauschs erreicht.

Für ein leistungsbezogenes steuerpflichtiges Entgelt sprechen z. B.

- die Verleihung des Preises für besondere Leistungen, Innovationen, Ablaufverbesserungen, Veranstaltungen oder realisierte Projekte in den von

dem Preisträgern wahrgenommenen Aufgabenbereichen in ihrer typischen beruflichen Tätigkeit oder

- bei einem Wissenschaftspreis die konkret ausgezeichneten Leistungen im Rahmen der Aufgaben eines Wissenschaftlers, zu dessen Aufgaben u. a. die Lehre und die Vermittlung des Fachwissens an Studierende gehört.

Ein Preisgeld kann auch dann eine leistungsbezogene steuerpflichtige Einnahme sein, wenn die ausgezeichnete Leistung bereits vor einer Auslobung oder unabhängig von einer möglichen Preisverleihung erbracht wurde oder wenn keine gesonderten Bewerbungen notwendig sind, sondern nur Kandidaten von Dritten vorgeschlagen werden können.

2. Kein steuerpflichtiger Arbeitslohn liegt demgegenüber vor, wenn die mit dem Preis verbundene finanzielle Zuwendung aufgrund sonstiger, nicht auf dem Dienstverhältnis beruhender Beziehungen gewährt wird. Demnach sind als persönlich veranlasste Preise solche anzusehen, die für das Lebenswerk oder das Gesamtschaffen des Preisträgers verliehen werden bzw. die die Persönlichkeit oder Grundhaltung des Empfängers ehren und seine Vorbildfunktion herausstellen sollen. Solchen Preisverleihungen liegt regelmäßig kein wirtschaftlicher Leistungsaustausch zugrunde. Ein dennoch bestehender äußerer Zusammenhang mit bestimmten beruflichen Leistungen ist unschädlich, wenn mit der Auszeichnung nicht in erster Linie eine bestimmte berufliche Leistung des Preisträgers, sondern seine Persönlichkeit geehrt werden soll. Dies kann ausnahmsweise auch angenommen werden, wenn zwar eine bestimmte Leistung Anlass für die Preisverleihung war, zur Auswahl des Preisträgers jedoch dessen Gesamtpersönlichkeit oder Gesamtschaffen entscheidend beigetragen haben (so insbesondere bei der Vergabe des Nobelpreises).

Gegen eine solche vorrangige Ehrung der Persönlichkeit und des Lebenswerks des Preisträgers können nachstehende Umstände sprechen:

- junges oder nur mittleres bzw. noch nicht fortgeschrittenes Alter des Preisträgers,

- die Auszeichnung nur bestimmter Leistungen oder Werke,
- das Fehlen einer Würdigung von Gesamtschaffen oder Gesamtwerk mit einer umfassenden Wertung aller Hauptwerke oder Hauptleistungen und aller von ihnen ausgestrahlten Wirkungen,
- die mehrmalige Auszeichnung mit dem gleichen Preis.

3. Aus den vorstehenden, in der finanzgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Abgrenzungskriterien lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

a. Bezeichnung der Preise

Als Indiz für die steuerliche Einordnung der Preise und der damit verbundenen finanziellen Dotation kann zunächst die Bezeichnung des Preises selbst dienen. So deutet z. B. die Bezeichnung „Hamburger Lehrpreis“ darauf hin, dass der Preis vorrangig und untrennbar auf die von Hochschullehrern im Rahmen ihrer Beschäftigung an Hochschulen erbrachten besonderen Leistungen in der „Lehre“ anknüpft und damit steuerpflichtig ist. Daher sollten bei der Benennung des jeweiligen Preises die damit verbundenen steuerlichen Implikationen berücksichtigt werden und ggf. eine bewusst weite Bezeichnung gewählt werden, die – wenn dies zutrifft – nicht auf einen speziellen Tätigkeitsbereich bzw. eine bestimmte Leistung des Preisträgers hinweist.

b. Öffentliche Darstellung des Preises

Auch der öffentlichen Darstellung des Preises kommt eine wesentliche Indizwirkung zur steuerlichen Einordnung der Preisgelder zu. Wird ein bestimmter Tätigkeitsbereich auch in der Auslobung, den Ausschreibungsbedingungen, in Preisverleihungsschreiben, -Reden und Pressemeldungen hervorgehoben, liegt die Annahme nahe, dass nicht die Persönlichkeit des Preisträgers insgesamt, sondern nur eine bestimmte Leistung geehrt werden soll und es sich daher um eine rein berufsbezogene Auszeichnung handelt. Gerade der Inhalt der Ausschreibung verdeutlicht, wem und wofür die Auszeichnung überhaupt zu Gute kommen kann.

Somit sollte bei der öffentlichen Darstellung bereits von Anfang an darauf geachtet werden, dass der Preis – so dies der Fall ist – nicht in Bezug zu einer bestimmten Leistung steht, sondern zu der auszeichnenden Person als Ganzes. Nicht das Werk, sondern die Persönlichkeit des Preisträgers sollte in diesen Fällen im Vordergrund der Ehrung stehen und dies sollte auch nach außen hin kundgetan werden. In entsprechenden Verlautbarungen über die Verleihung des Preises sollte man sich in diesen Fällen nicht auf die Hervorhebung bestimmter Leistungen des Preisträgers beschränken; vielmehr bietet es sich an, weiter auszuholen und über das Dienstverhältnis des Preisträgers hinaus sein gesamtes Tätigkeitsfeld mit seinem weit umfangreicheren und ebenfalls bedeutenden Gesamtschaffen lobend zu erwähnen. Dass hierbei auch auf einzelne besonders gelungene Verdienste Bezug genommen wird, ist unschädlich, solange der Schwerpunkt der Darstellung noch auf der Gesamtpersönlichkeit des Preisträgers liegt.

Muss zur Erzielung des Preises ein besonderes Werk geschaffen oder eine spezielle Leistung erbracht worden sein bzw. wird der Preis gerade wegen einer solchen Leistung vergeben, so liegt regelmäßig eine für den jeweiligen Preisträger steuerpflichtige Zuwendung vor. Dies ist insbesondere bei wissenschaftlichen oder künstlerischen Leistungen, die in Ausübung der jeweiligen beruflichen Tätigkeit des Preisträgers erbracht werden, regelmäßig der Fall.

Um Preisträger auf die eventuelle Steuerpflicht vorzubereiten, sollten sie im Zusammenhang mit der Preisverleihung von der jeweiligen Einrichtung darauf hingewiesen werden, dass das Preisgeld möglicherweise der Versteuerung durch den Preisträger unterliegt und nicht vor-schnell bzw. ohne Bildung von Rücklagen ausgegeben werden sollte.



Foto privat

RA Dr. Albrecht Wienke
 Fachanwalt für
 Medizinrecht
 Rechtsanwältin
 Linda Kuball
 Rechtsanwältin
 Wienke & Becker – Köln
 Sachsenring 6
 50677 Köln
 awienke@kanzlei-wbk.de



OLG STÄRKT CHEFÄRZTE

Mehrere ständige ärztliche Vertreter zulässig

Bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus bewegen sich Chefarzte auf dünnem Eis. Fehler in der Wahlleistungsvereinbarung können nicht nur ihre Unwirksamkeit und den finanziellen Verlust des Vergütungsanspruchs zur Folge haben, sondern sogar zur Strafbarkeit wegen (gewerbsmäßigen) Abrechnungsbetrugs führen.

Die Zivil- und Strafgerichte haben in jüngster Zeit zunehmend die Vertreterregelungen in den Wahlarztvereinbarungen genauer unter die Lupe genommen. Die zum Teil folgenreichen Konsequenzen einer für unwirksam eingestuftem Vertreterregelung wurden besonders am Beispiel eines im Jahr 2013 vor dem Landgericht Aschaffenburg geführten Strafverfahrens (Beschluss vom 29. Oktober 2013-104 Js 13948/07) deutlich. Angeklagt war der Chefarzt einer gynäkologischen Klinik, dem gewerbsmäßiger Abrechnungsbetrug im Zusammenhang mit der Durchführung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen vorgeworfen wurde. Das Gericht vertrat die Auffassung, dass die Wahlleistungsvereinbarungen, in denen sechs Oberärzte als ständige ärztliche Vertreter angegeben waren, rechtswidrig seien. Zulässig sei die Angabe nur eines ständigen ärztlichen Vertreters im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ. Auf dringendes Anraten des Gerichts erklärte sich der angeklagte Che-

farzt notgedrungen damit einverstanden, einen Betrag in Höhe von 150.000 Euro an eine gemeinnützige Einrichtung zu zahlen, damit das gegen ihn eingeleitete Strafverfahren ohne weitere Folgen eingestellt wurde. Die seit jeher strittige Frage nach der zulässigen Anzahl der ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ hat nun das Oberlandesgericht (OLG) Celle mit Urteil vom 15.06.2015 - 1 U 97/14 - eindeutig beantwortet: Die GOÄ setze nicht voraus, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben dürfe. Es sei vielmehr zulässig, dass die Wahlleistungsvereinbarung für verschiedene Arbeitsbereiche einer klinischen Abteilung jeweils einen ständigen ärztlichen Vertreter des liquidationsberechtigten Chefarztes bestimme.

In dem zugrundeliegenden Fall war die klagende Patientin in der Klinik für psychosomatische Medizin auf Grund einer

abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarung stationär behandelt worden. In der Wahlleistungsvereinbarung waren als ständige ärztliche Vertreter der Chefarztin zwei Oberärzte benannt. Die Patientin hatte die Rechnung der Chefarztin über die stationären privatärztlichen Leistungen zunächst anstandslos bezahlt und verklagte den Krankenhausträger später auf Rückerstattung der Behandlungskosten, weil ihrer Ansicht nach die wahlärztlichen Leistungen nicht von der Chefarztin persönlich erbracht worden waren. Die von der Patientin erhobene Klage auf Rückzahlung der Behandlungskosten hatte allerdings keinen Erfolg (LG Hannover-Urteil vom 11.11.2014 - 19 O 164/12). Auch das OLG Celle bestätigte das Urteil des LG Hannover aus der ersten Instanz. Die Wahlleistungsvereinbarung genüge den vom Bundesgerichtshof im Urteil vom 20.12.2007 - 111 ZR 1544/07 - gestellten Anforderungen und enthalte insbesondere eine wirksame Vertreterregelung. Da-

nach sei eine Klausel zulässig, in der die Einschaltung eines Vertreters des Wahlarztes auf die Fälle beschränkt sei, in denen dessen Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststehe (sog. unvorhersehbare Verhinderung). Ferner sei es erforderlich, dass als Vertreter der namentlich benannte ständige ärztliche Vertreter im Sinne der §§4 Abs. 2, 5 Abs. 5 GOÄ bestimmt und tätig geworden sei. Dass im vorliegenden Fall zwei Oberärzte als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin benannt worden seien, stehe der Wirksamkeit der Vereinbarung nicht entgegen. Die GOÄ setze nicht voraus - so das OLG -, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben dürfe. Es sei vielmehr zulässig, dass die Klinik für verschiedene Arbeitsbereiche jeweils einen anderen ständigen ärztlichen Vertreter bestimme. Die in Streit stehende Wahlleistungsvereinbarung sei so auszulegen, dass die benannten Oberärzte zwei verschiedene Zuständigkeitsbereiche der Chefärztin vertreten. Jeder der beiden Oberärzte vertrete die Chefärztin in der Leitung der Station, für die er zuständig sei. Aufgrund der wirksamen Wahlleistungsvereinbarung könne die Klinik neben den persönlich von der Chefärztin erbrachten Leistungen auch die weiteren erbrachten Leistungen abrechnen, da diese Leistungen als Bestandteil einer von der Chefärztin persönlich geprägten wahlärztlichen Behandlung der Patientin anzusehen seien. In diesem Zusammenhang legte das OLG noch einmal den Umfang der Pflicht zur persönlichen

Leistungserbringung des Wahlarztes dar. Grundsätzlich habe bei der Vereinbarung einer sog. Chefarztbehandlung der Chefarzt die Leistung selbst zu erbringen. Daran folge aber nicht, dass der Chefarzt jeden Behandlungsschritt persönlich auszuführen habe. Im Kern geht es dabei um die Frage, welche ärztlichen und sonstigen medizinischen Verrichtungen der Arzt im Sinne der gebührenrechtlichen Regelung des §4 Abs. 2 S. 1 GOÄ delegieren dürfe und welche er höchstpersönlich erbringen müsse. Im Bereich der nichtoperativen Fächer werde die Regie über die Diagnostik und die Therapie als nicht delegationsfähige Hauptleistung anzusehen sein, während Einzelschritte delegationsfähig seien. Bei einer internistischen oder einer psychiatrischen Behandlung sei es erforderlich, dass der Chefarzt der wahlärztlichen Behandlung durch persönliches Befassen mit dem Patienten zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung sein persönliches Gepräge gebe. Erforderlich und ausreichend sei es, dass die Chefärztin einer Klinik für psychosomatische Medizin das Behandlungskonzept ihrer Wahlleistungspatienten entwickelt und überwacht habe, selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchgeführt und die Behandlung im Übrigen durch Supervision, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und gesteuert habe. Bei operativen Fachgebieten hingegen müsse regelmäßig die Operation als Kernleistung vom liquidationsberechtigten Arzt höchstpersönlich durchgeführt werden, soweit kein zulässiger Vertretungsfall vorliege.

Fazit

Die Entscheidung des OLG Celle wird Vorbild für die zukünftige Rechtsprechung sein. Das Urteil hat Klarheit darüber geschaffen, dass die Benennung mehrerer ärztlicher Vertreter zulässig ist und nicht zur Unwirksamkeit der Wahlarztvereinbarung führt. Voraussetzung ist aber, dass die benannten ständigen ärztlichen Vertreter jeweils aus verschiedenen Arbeits- und Zuständigkeitsbereichen der Klinik des jeweiligen liquidationsberechtigten Chefarztes kommen. Die ständigen ärztlichen Vertreter müssen also jeweils einen eigenen fachlich und organisatorisch abgrenzbaren Arbeitsbereich der Klinik abdecken (z. B. in einer Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe: Bereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin; Bereich für gynäkologische Onkologie; Bereich für Kinderwunschbehandlung; Bereich für Kontinenz- und Beckenbodenzentrum etc.). Diese Auffassung berücksichtigt in angemessener Weise die mit einer Chefarztbehandlung gewünschte individuelle Schwerpunktbildung aus Sicht des Patienten.



Foto privat

RA Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für
Medizinrecht
Ines Martenstein,
LL. M. Medizinrecht
Wienke & Becker-Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
awienke@kanzlei-wbk.de



Blick auf die Altstadt Salzburgs mit der Festung Hohensalzburg



Fotos privat

Blick auf die Chirurgie des Landeskrankenhauses Salzburg (Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität)



Dr. Jörn Bengt Seeger (UKGM Gießen),
Dr. Claudia Reuther (Kreisklinik Ebersberg)

DVOST STIPENDIUM

Sportmedizin in Salzburg

Vom 5. bis zum 9. Oktober 2015 veranstaltete die DVOST (Deutscher Verein für Orthopädische Sporttraumatologie) ein Fellowship in der Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie des Landeskrankenhauses Salzburg (Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg) unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Konrad.

Ziel des Stipendiums ist es, junge Orthopäden insbesondere auf dem Gebiet der Sporttraumatologie und Sportmedizin zu fördern. Das Fellowship wird von der Deutschen Vereinigung für Orthopädische Sporttraumatologie organisiert und ermöglicht den ausgewählten Stipendiaten, sich im Rahmen einer 2-wöchigen Reise an nationalen und international anerkannten Zentren für Sporttraumatologie vorzustellen, Experten zu treffen und ihr Wissen zu vertiefen.

Nach der Ankunft in Salzburg sind wir von Herrn Prof. Dr. Auffarth begrüßt worden. Es folgten interessante Gespräche über Forschungsergebnisse bei Wiederherstellung von anterioren Glenoiddefekten mit J-Spahn bei posttraumatischer anteriorer Schulterinstabilität.

Den späten Nachmittag nutzten wir, um die Hohensalzburg, den Mönchsberg so-

wie die Altstadt Salzburgs zu erkunden. Die Geburtsstadt von W.A. Mozart hat neben dem „Wunderkind“ weitere Berühmtheiten wie Herbert von Karajan, Christian Doppler, Felix Baumgartner und Dietrich Mateschitz (RedBull) hervorgebracht.

Innerhalb der nächsten Tage hatten wir neben informativen wissenschaftlichen Meetings die Möglichkeit, bei zahlreichen sporttraumatologischen Operationen teilzunehmen. So erlernten wir verschiedene Abläufe sowie das Management in der Sporttraumatologie.

Danke!

Wir möchten uns bei dem Präsidenten der DVOST Dr. Detlev Rogmans und bei dem Geschäftsführenden Ehrenpräsidenten der DVOST Prof. Dr. Wolfgang Pforringer für die Ausschreibung dieses Sti-

pendiums bedanken, bei Herrn Prof. Dr. Konrad für die Planung und Aufstellung der Reise, bei Herrn Prof. Dr. Auffarth, Herrn Dr. Matis und Herrn Dr. Hartmann (interimistischer Leiter der Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie) für die Betreuung, bei unseren Kollegen zu Hause, die uns vertreten haben und insbesondere bei den österreichischen Kollegen, die uns einen tiefen Einblick in ihre Arbeit gegeben und uns so außerordentlich freundschaftlich empfangen haben.

Stipendiaten: *Dr. Jörn Bengt Seeger* (UKGM - Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Klinikstraße 33, 35392 Giessen)

Dr. Claudia Reuther (Kreisklinik Ebersberg, Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, Pfarrrer-Guggetzer-Str. 3, 85560 Ebersberg)



Werbung auf Chinesisch



Nebenstraße von Guangzhou bei Nacht



Ungebrochener Bauboom in der Stadt



Kongress Zentrum in Guangzhou



Fotos: Rüdert

Verbindung von alt und neu – Konservativem und Modernem



Regionale Kost



che und praktische Aspekte unseres Faches.

Wer geht zu solch einem Kongress? Unter dem Strich wahrscheinlich wirklich nur die, die ein wenig über den Tellerrand schauen und Kontakte knüpfen wollen. Ich kann es nur empfehlen. So ist es mir gelungen, innerhalb von drei Tagen praktisch alle potentiellen Partner für ein geplantes EU-Projekt zu akquirieren. Manchmal ist es gut, sich bei solchen Dingen in die Augen zu sehen.

Der zweite Hauptgrund für eine Teilnahme an einem SICOT Jahreskongress ist meines Erachtens das Interesse an Lehre und der Vermittlung von Wissen an noch nicht so weit entwickelte Länder. Es ist immer wieder erstaunlich, wie stark die Wissbegier der jungen Assistenten aus diesen Ländern ist. Besonders fällt das bei den SICOT Diploma Examinations auf, bei denen man als Prüfer mit ihnen in engeren Kontakt kommt. Insgesamt war die Teilnahme an den unterschiedlichen Sessions sehr gut, und eigentlich waren die Säle immer gut gefüllt. Das kommt bei solchen Kongressen nicht immer vor. Die Chinesen sind anscheinend wirklich an Wissenszuwachs interessiert.

Die Teilnahme aus Deutschland war sichtbar, allerdings habe ich meistens mit Franzosen in den Sitzungen verbracht und diskutiert (z.B. Jaques Caton, Philippe Hernigou, Laurent Sedel, Jean Louis Prudhon, Andre Ferreira, Marius Scarlat). Vielleicht hat ja der eine oder andere schon mal einen der Namen gehört. Der kommende SICOT Jahreskongress wird 2016 in Rom stattfinden. Reisetstipendien sind ausgeschrieben.

Natürlich hoffe ich sehr, den einen oder anderen bei unserem Kongress in Würzburg dieses Jahr zum 100jährigen Jubiläum des König-Ludwig-Hauses zu sehen. Es wird ein internationaler Kongress in Kombination mit einem SICOT Trainees Meeting werden. Thema ist die „Specialized Knee Surgery“.



Prof. Dr. Maximilian Rudert
SICOT-Nationaldeligierter Deutschland)



Maximilian Rudert und Marius Scarlat (Chief Editor von International Orthopaedics)

SICOT WELTKONGRESS

Wer war noch nie in China?

Wer war noch nie in China? Anlässlich des SICOT Weltkongresses für Orthopädie und Traumatologie in Guangzhou, vom 17.–19. September 2015, wäre es eine gute Gelegenheit gewesen, um Land und Leute ein wenig kennenzulernen und das Angenehme mit dem Beruflichen zu verbinden.

Wer von Guangzhou noch nichts gehört hat – macht auch nichts. Eine normale chinesische Stadt mit 20 Mio. (ausgesprochen Millionen!) Einwohnern, die trotzdem ausgesprochen höflich und zivilisiert miteinander und mit Fremden umgehen. Lediglich der Sinn für eine internationale Sprache ist dort noch nicht so ausgeprägt. Einen Vorteil hat es jedoch, wenn man sich mit Einheimischen

auf einem Weltkongress nicht so richtig gut unterhalten kann. Man knüpft umso mehr Kontakte mit dem Rest der internationalen Gäste aus der gesamten Welt. Wenn ich die Kongresseröffnung recht in Erinnerung habe, dann haben 39 Nationen teilgenommen. Eine wirklich faszinierende Mischung von unterschiedlichen Kulturen, Interessensgebieten und Herangehensweisen an wissenschaftli-



Fotos privat

Die Aktivisten der AFACOT: Dr. Sabine Mai, Kassel, Prof. Marc Thomsen, Baden-Baden, Dr. Pierre Henky, Strassburg, Kongresspräsident und französischer Sekretär der AFACOT, Prof. Joachim Pfeil, deutscher Sekretär der AFACOT, Drs Roswitha und Harald Kuhn Elmsteck (v.l.),

AFACOT

Deutsch-französischer Erfahrungsaustausch

AFACOT ist die Association franco-allemande des chirurgiens orthopédistes et traumatologues. Auch 2015 haben zwei Aktivitäten den Erfahrungsaustausch zwischen französischen und deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen weitergeführt.

Die DAF hatte die französischen Kollegen zu Ihrem Jahreskongress am 20. und 21. März nach Bayreuth eingeladen. Frankreich firmierte dort als Gastland mit reger Beteiligung französischer Kollegen. Der Kongresspräsident Dr. Heino Arnold entwarf ein zweisprachiges Programm. Eine Aktivität des Kongresses war die Sitzung «Gastland Frankreich».

Erfreulicherweise haben die französischen Kollegen die DAF als offizielles Gastland zu ihrem Fußkongress vom 26.-28.5. nach Marseille eingeladen. Nähere Informationen dazu können bei Dr. Arnold erfragt werden: orthopaedie_rehau@t-online.de

SOTEST

Im neu eröffneten Kongresszentrum Strassburg fand unter der Leitung von Pierre Henky ein gemeinsamer Kongress der SOTEST (Société d'orthopédie traumatologique de l'Est de la France – der Vereinigung der ostfranzösischen Kollegen) und der AFACOT statt. In einem

zweitägigen interessanten Programm wurde eine Vielzahl von Themen von Referenten beider Rheinseiten vorgetragen. Rege Diskussionen ergaben sich aufgrund der doch vielfach unterschiedlichen medizinischen Vorgehensweisen. Strassburg ist immer ein Besuch wert. Wir wurden von unseren französischen Gastgebern mit einem tollen «programme sociale» verwöhnt. Bei heißem Wetter wurde uns Strassburg von der schönsten Seite gezeigt.

Was ist für 2016 neben der Beteiligung am französischen Fußkongress geplant?

Beim Kongress der European hip society vom 6–8. September in München (Kongresspräsident Prof. Siebert aus Kassel) wird die AFACOT ein Symposium durchführen. Unsere französischen Kollegen werden zum Thema Double mobility ein weiteres Symposium dort abhalten, eine Technik die in der frankophonen Welt weit verbreitet ist.

Ein weiteres Highlight sind die:

36^{ème} Journées d'Orthopédie Ultramarine
3^{ème} Journées du Rachis de l'Océan Indien
28 mars 2016 au 02 avril 2016
Hôtel Lux, Saint Gilles, Ile de la Réunion

Lundi 28 Mars 2016
 Les différents chapitres de la Réunion dans les PTH
 Enquêtes épidémiologiques et impact de l'entretien
 Biomécanique, allongées dans les espaces de PTH

Mardi 29 Mars
 PEG Obésité et Sport
 PEG vue dérivante de plus de 10°
 Repère de PEG / Constantes biomécaniques ou chirurgie arthroscopique ?
 Réhabilitation rapide après chirurgie (RAC)

Mercredi 30 Mars
 Facteurs de l'échec et réparation de l'échec
 Facteurs de l'échec des implants de Rachis
 Le malin du corps
 Actualités sur le rachis des enfants

Jeudi 31 Mars
 Drenage à l'âge adulte des collections du pôle de l'endocrane
 Abandonner de Manches
 Traumatisme lombaire de l'adulte et de l'enfant
 Pathologies du T12

Vendredi 01 Avril
 Traitements percutanés de rachis lombo-cervical
 Arthroscopie ou pathologie du rachis cervical
 Prothèses distales lombaires
 Concomitance des déformations osseuses et du vieillissement

Programme scientifique : www.jofu.org
 Hôtel Clarion Vallée
 CHU de Martinique – Hôpital P. Zola de Guadeloupe – Secrétariat Scientifique d'Orthopédie OC
 CS 9002 – 97281 Fort de France Cedex
 Tél : +396 0596 53 21 78 - Fax : +396 0596 73 14 92
 Email : scs@scs.jofu.org

Organisation logistique : www.meetingsoctroum.com
 Meeting Outcomes
 Espace Clair – 97233 Schoelcher
 Tél : +396 0596 40 08 33 / Fax : +396 0596 43 37 44
 Email : contact@meetingsoctroum.com

Der Kongresspräsident Pr. Rouvillain möchte dort ein table ronde mit deut-

schen, respektiven deutschsprachigen Kollegen abhalten. Dr. Harald Kuhn koordiniert die deutschen Teilnehmer. Bei Interesse bitte mit Dr. Kuhn Kontakt aufnehmen. Email hkuhndr@aol.com.

Die AFACOT (<http://www.afacot.eu/>) ist eine Gesellschaft nach elsässischem Recht. Jeder kann Mitglied werden und

wird via email über alles informiert. Verpflichtungen oder Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Zielsetzung ist der freundschaftliche Austausch mit französischen Kollegen – auch ein kleiner Beitrag zum Verständnis in Europa. Bei Interesse an der Teilnahme bei der AFACOT bitte Kontaktaufnahme mit mir als deutschen Sekretär. Email pfeiljo@joho.de.



Prof. Dr. Joachim Pfeil
Chefarzt Klinik für
Orthopädie und
Unfallchirurgie
im St. Josefs-Hospital
Wiesbaden
www.joho.de
pfeiljo@joho.de

WORLD TRAUMA SYMPOSIUM

Erstmals deutscher Referent auf dem World Trauma Symposium

Zum dritten Mal fand im September 2015 das „World Trauma Symposium“ in Las Vegas statt. Ins Leben gerufen wurde dieses Symposium von Prof. Norman McSwain, dem Gründer und langjährigen Medical Director des weltweit etablierten PHTLS System und bis zuletzt Direktor des Spirit of Charity Trauma Center der Louisiana State University of New Orleans.



Foto: C. Wölfli

(v. l. n. r.) Der Autor, Will Chapleau, Lance Stuke, Matthias Münzberg

Christoph Wölfli sprach auf Einladung von Norman McSwain und Lance Stuke über das Thema „Human Factors in Preclinical and Clinical Major Trauma Care“.

Komplett neu war für die Teilnehmer das Thema „Human factors“. Dies zeigte sich auch an der regen Diskussion und dem positiven Feedback. Besonders begeistert waren die Teilnehmer von dem in diesem Zusammenhang vorgestellten Gemeinschaftsprojekt der DGOU und dem Luft-hansa Flight Training, dem „Interpersonal Competence Course“.

Gerade in den USA mit einer noch größeren Anzahl an unterschiedlichen Beteiligten in Rahmen der präklinische und klinischen Notfallmedizin sowie vielen organisatorischen Unterschieden, ein hervorragende Ansatzpunkt so die Organisatoren und ca. 300 Gäste.

Die Veranstaltung stand ganz im Zeichen des Todes von McSwain, der kurz zuvor an den Folgen eines Schlaganfalls verstorben war. Seiner Tochter und der amerikanischen Notfallmedizinfamilie überbrachte PD Dr. Wölfli die Anteilnahme der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Neben dem Mannschaftsarzt der Football-Mannschaft New Orleans Saints, der zum Thema SHT und Bewertung der Spieler und Ihrer Einsatzfähigkeit sprach, gab es interessante Beiträge zu den Themen Triage, Immobilisation, Organisation von Einsatzszenarien im Rahmen von Gewaltdelikten und weiteren Themen.



PD Dr. Christoph Wölfli

Personalia



Foto: privat

PD Dr. Christopher Bliemel, OA des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, hat sich mit der Arbeit „Die Femurfraktur des geriatrischen Patienten – Neue Erkenntnisse von der operativen Versorgung bis hin zur Rehabilitation“ an der Philipps Universität in Marburg habilitiert.



PD Dr. Nael Hawi hat sich am 11.11.2015 an der Medizinischen Hochschule/Unfallchirurgische Klinik mit der Arbeit „Intraoperative Verfahren zur Bestimmung von Fehlstellungen an der unteren Extremität bei der Behandlung von kongenitalen, posttraumatischen und degenerativen Krankheitsbildern“ habilitiert.



Foto: UKH

Prof. Dr. Karl-Stefan Delank wurde mit Wirkung zum 1.10.2015 Direktor der neuen Organisationseinheit „Department für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie“ am Universitätsklinikum Halle (Saale). Das UKH vollzieht damit eine bedeutungsvolle Umstrukturierung, die eine Stärkung des Faches in dem hoch kompetitiven Umfeld ermöglicht.



Univ.-Prof. Dr. Marcus Jäger, Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universität Duisburg-Essen, wurde im Fach „Biomaterialien“ (Fach 406-05) als Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gewählt. Aufgabe der Fachkollegien ist die wissenschaftliche Bewertung von Förderanträgen und die Beratung der DFG in strategischen Fragen der Forschungsförderung.



Prof. Dr. Marcel Dudda, früher an dem BG Universitätsklinikum Bergmannsheil, ist neuer stellv. Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Essen. Damit übernimmt er die ärztliche Leitung der Unfallchirurgie. Gleichzeitig hat ihn die Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen als Universitätsprofessor für das Fach „Spezielle Unfallchirurgie“ berufen.



PD Dr. Jan Philippe Kretzer erhielt mit seiner Arbeitsgruppe den AE-Preis für die Arbeit über kraftkontrollierte dynamische Abriebmessung am künstlichen Sprunggelenk. Das Forschungsteam der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg hat ein Modell für die Krafteinwirkung im Sprunggelenk entwickelt. Damit konnte erstmals der Verschleißprozess an dieser Endoprothese in einem Simulator realistisch abgebildet werden.



Foto: UKH

Dr. Natalia Gutteck, Department für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale), hat sich mit der Arbeit über „Klinische, anatomische und biomechanische Untersuchungen der OSG Arthrodesen mit der polyaxial-winkelstabilen Plattenosteosynthese über den posterolateralen Zugang“ habilitiert.



Prof. Dr. Hermann Mayr ist seit Anfang des Jahres Chefarzt im Fachzentrum für Knie-, Hüft- und Schulterchirurgie der Schön-Klinik München-Harlaching. Zudem ist er nun im Medizinischen Versorgungszentrum München-Harlaching tätig.



PD Dr. Stefan Grote ist seit dem 1.11.2015 Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum St. Elisabeth Straubing. Zuvor war er Bereichsleiter der Klinik für Allgemeine, Unfall-, Hand und Plastische Chirurgie Campus Großhadern an der Ludwig-Maximilians-Universität München.



PD Dr. Markus Muhm hat sich am 17.06.2015 für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg mit dem Thema „Versorgungsumstände und Einflussfaktoren auf Mortalität, Komplikationsrate und Verweildauer in der Behandlung hüftgelenknaher Femurfrakturen“ habilitiert.



Prof. Dr. Tobias Renkawitz, leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg, hat den Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Ruhr-Universität Bochum erhalten.



PD Dr. Arnold J. Suda, kommissarischer Sektionsleiter der Sektion für Septische Chirurgie der BG Klinik Ludwigshafen, hat sich mit dem Thema „Therapieresistente Infekte bei Endoprothesen und Osteosynthesen – neue diagnostische und therapeutische Ansätze“ mit Erteilung der Venia legendi am 27.11.2015 an der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg habilitiert.



Dr. Timm Schlummer hat zum 1.1.2016 die Position des Chefarztes der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am Josephs-Hospital Warendorf übernommen. Er wechselt vom Uelzener HELIOS Klinikum, wo er ebenfalls als Chefarzt tätig war.



Prof. Dr. Andre Steinert nahm im Rahmen des DGRh-Kongresses den Arthur-Vick-Preis 2015 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie für seine Arbeitsgruppe entgegen. Der mit 3000 Euro dotierte Preis wurde für die Arbeit „Armbruster N, Weber C, Wictrowicz T, Rethwilm A, Scheller C, Steinert AF: Ex vivo gene delivery to synovium using foamy viral vectors“ vergeben.



Foto: UKH

PD Dr. Anke Steinmetz ist seit 1. September 2015 als Chefarztin des Muskuloskeletalen Zentrums und der Abteilung Konservative Orthopädie der Loreley-Kliniken St. Goar-Oberwesel tätig. Sie war bisher Leiterin der Abteilung für konservative Orthopädie und Physikalischen Medizin im Department für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (Direktor Prof. Karl-Stefan Delank).



Foto: LMU München

Prof. Dr. Sandra Utzschneider wurde von der Ludwig-Maximilians-Universität München aufgrund außergewöhnlicher wissenschaftlicher Leistungen im verkürzten Verfahren zur außerplanmäßigen Professorin ernannt. Sie leitet den Schwerpunkt Kinderorthopädie an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Wir gratulieren...



Bild: acimas/Fotolia

Zum 80. Geburtstag

... Dr. Heinz Brebeck, Nürnberg
 ... Dr. Mahmoud El Masry, Augsburg
 ... Prof. Dr. Alfred Enderle, Göttingen
 ... Prof. Dr. Eckard Hertel, München
 ... Dr. Hans Kroll, Alpen-Veen
 ... Dr. Arsalan Nassiri, Emsdetten
 ... Dr. Udo Plaaß, Eckernförde
 ... Prof. Dr. Gebhard Ritter, Mainz
 ... Prof. Dr. Thomas Rüedi, Maienfeld, Schweiz
 ... Dr. Hans Schuischel, Hofheim

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Aflatun Bakhtari, Landau
 ... Dr. Dietmar Färber, Balingen
 ... Dr. Peter Fritz, Korntal
 ... Prof. Dr. Alois Kotter, Landau
 ... Prof. Dr. Günter Maria Lösch, Ratzeburg
 ... Dr. Gerd Schlufter, Nürnberg
 ... Dr. Ottmar Träger, Passau
 ... Dr. Klaus Zielke, Bad Wildungen

Zum 90. Geburtstag

... Dr. Josef Deister, Bad Nauheim
 ... Dr. Detlef Hollmann, Salzgitter
 ... Dr. Gertrude Lückeroth, Köln
 ... Dr. Wolfram Vogel, Bad Bevensen

Zum 95. Geburtstag

... Dr. Gerhard Enders, Stuttgart
 ... Dr. Erich Gattermann, Düsseldorf
 ... Dr. Minoru Yamazaki, HIRATSUKA-SHI 25

Ehrungen für sächsische Chirurgen in Tschechien

Anlässlich der XIX. Jahrestagung der Tschechischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (ČSOT) vom 16.–18. September 2015 in Prag wurden zwei Chirurgen aus Dresden für die langjährige Zusammenarbeit mit den tschechischen Kollegen und Nachbarn geehrt. Die Ehrungen fanden im Karolinum, der historischen Aula der Karls-Universität, statt. **Prof. Hans Zwipp**, emeritierter Direktor des UniversitätsCentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie (OUC) am Universitätsklinikum Dresden, wurde zum **Visiting Professor an der Karls-Universität Prag**, der ältesten Universität in Mitteleuropa, bestellt (► **Abb. 1**). **Prof. Stefan Rammelt**, Leiter der Sektion Fuß, Sprunggelenk und Kinderorthopädie am OUC in Dresden, wurde zum **Ehrenmitglied der Tschechischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (ČSOT)** ernannt (► **Abb. 2**). Gemeinsam erhielten beide zudem den **Zahradníček Gedächtnispreis** (► **Abb. 3**) für die beste Publikation des Jahres 2014 in der Zeitschrift *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Cechoslovaca*:

Rammelt S, Zwipp H. Fractures of the Calcaneus: Current treatment strategies. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 2014; 81:177–196

Die Zusammenarbeit setzte sich auch unmittelbar fort. Am 17.10.2015 fanden unter der Leitung von Prof. Jan Bartoníček im ehrwürdigen Anatomischen Institut der Karls-Universität Prag bereits zum 5. Mal die Tschechisch-Sächsischen Tage (Česko-Saské Dny), diesmal zum Thema „Frakturen des oberen Sprunggelenks“ mit über 130 Teilnehmern, statt. Die nächste Veranstaltung dieser erfolgreichen Reihe ist bereits für den Herbst 2016 in Ústí nad Labem (Aussig) geplant.

Wenn das Copyright nicht angegeben wurde, sind die Bildrechte privat.



Abb. 1: Der Rektor der Karls-Universität Prag, Prof. Tomáš Zima, bestellt Prof. Hans Zwipp zum Visiting Professor.



Abb. 2: Prof. Pavel Dungal (r), Präsident der ČSOT, ernennt Prof. Stefan Rammelt zum Ehrenmitglied der Tschechischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie.



Abb. 3: Prof. Martin Krbec (l), Chefredakteur der Zeitschrift *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Cechoslovaca*, und Prof. Oldřich Čech (r), Wissenschaftlicher Sekretär der Zeitschrift, überreichen Prof. Stefan Rammelt und Hans Zwipp den Zahradníček-Gedächtnispreis für die beste Publikation des Jahrganges 2014.



Abb. 4: Im Rahmen des Nationalen Kongresses wurde auch Prof. Rüdiger Krauspe (l.), amtierender Präsident der DGOOC, zum Ehrenmitglied der ČSOT ernannt, hier beim obligatorischen Erinnerungsfoto im Hof des Karolinums vor der Statue des ehemaligen Rektors der Karls-Universität, Jan Hus, mit Prof. Hans Zwipp, Kongresspräsident Prof. Jan Bartoníček und Prof. Stefan Rammelt (v. l. n. r.).



Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband
für Orthopädie und
Unfallchirurgie e. V.



Deutsche
Gesellschaft
für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie
und Orthopädische
Chirurgie e. V.



Deutsche
Gesellschaft
für Unfallchirurgie



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



Foto privat

Resort Arosa Scharmützelsee.

Brandenburger Orthopädentreffen vom 6. bis 7.11.2015 im A-ROSA Resort Scharmützelsee Bad Saarow

Dr. Petra Höfert

Unser Tagungsort in diesem Jahr liegt direkt am Wasser und wirbt als Wellness-Resort, Genuss-Paradies und Ruhepol für Menschen, die mal eine Auszeit nehmen und sich um nichts kümmern wollen. Das Resortgelände ist übrigens größer als die Fläche des Fürstentums Monaco. Was wir nicht buchen können, ist das Wetter. Das gibt es gratis dazu. Die Süddeutschen nennen es Martini-Sommer.

Aber wir sind zum Arbeiten gekommen und fangen auch pünktlich am Freitagnachmittag damit an. Der erste Vortrag informiert uns über die aktuellen Therapiemöglichkeiten des femuroacetabularen Impingements, dessen Sekundärpathologien und weitere Krankheitsbilder an der Hüfte. Ich persönlich bin den Arthroscopien am Hüftgelenk gegenüber noch sehr skeptisch. Gregor Möckel aus Birkenwerder bringt uns alles sehr lebendig und überzeugend nahe und steht Rede und Antwort.

Nach fünf Jahren ist auch wieder Kai Hermanns aus Berlin dabei und macht uns Mut zur Opioidrotation. Wir sollen mit Physio- und Psychotherapie kombi-

nieren. Einen Satz schreibe ich mit: Viele Süchtige waren früher Schmerzpatienten und Ärzte ihre Dealer. Er zitiert u. a. den alten Fontane vom 14. November 1866:

*Und ist auch noch so dünn der Tee
Und tut dir irgendwo was weh, –
Rum, Rum,
Und alle Schmerzen werden stumm.*

Nach diesen beiden Arbeitsrunden geht es ab in das wunderbare SPA-ROSA oder an die frische Luft und dann in die Abendveranstaltung, bei der uns vier junge Hornbläser aus Potsdam erfreuen. Einer von ihnen ist Kollegensohn und hat schon 2008 zu unserem Jahrestreffen in Petzow zusammen mit seinem Zwillingbruder unsere Bewunderung erhalten. Die jungen Leute ernten großen Beifall.

Am nächsten Morgen referiert Frau Hackemeier aus dem Immanuel-Krankenhaus in Wannsee über alternative Schmerztherapie und stellt ihre Tagesklinik vor. Dort wird „Integrative Medizin“ betrieben, also Schulmedizin und Naturheilkunde gleichermaßen. Wir aus Pots-

dam und Umland hoffen nun sehr, hier eine Möglichkeit zu finden, schwer erkrankte Patienten zur konservativen Therapie einweisen zu können. Erfahrungsgemäß gibt es ja in den umliegenden Krankenhäusern nur noch „operative Betten“. Wir Niedergelassenen werden hier bekanntermaßen völlig allein gelassen!

Burnout bei Ärzten ist das nächste hochaktuelle Thema. Herr Roth, ehemals aus der Oberberg-Klinik in Wendisch Rietz gleich nebenan, jetzt im Ruhestand, lässt uns oft die Luft anhalten und jeder erkennt wohl Sequenzen aus dem Vortrag bei sich selbst. Achtsamkeit, Resilienz im Arztberuf, emotionale Erschöpfung, Hörsturz („Ich will nichts mehr hören!“), Schwindel („Nackenschlag“) bei Angstneurosen oder larvierter Depression, Arbeitsverdichtung, fehlende Wertschätzung, Verlust von Autonomie und Selbstwirksamkeit, Arbeits=Sucht, Alkoholsucht bei Ärzten... Die beste Medizin für den Menschen ist der Mensch, notiere ich mir. Er empfiehlt die Bücher „Muße“ von Schnabel, „Die Tretmühlen des Glücks“ von Biswanger und „Der Gotteskomplex“

von Richter. Menschen sind nicht unmotiviert, sie sind ambivalent, wollen das Eine wie das Andere. Stimmt. Allgemeines tiefes Ausatmen. Wir kommen von den Emotionen weg zum Alltag zurück und Konstantin Eckert zeigt uns dann, wie man die KV- Abrechnung richtig lesen und interpretieren kann.

Auf seine Frage, wer denn seinen persönlichen Fallwert kenne, heben sich maximal fünf Hände. Mir geht es wie wohl vielen Kollegen im Raum- abheften und denken, man kann ja eh nichts ändern. Wir sollen uns regelmäßig die QZV anschauen, merken wir uns.

Inzwischen hab ich in die letzte Abrechnung geguckt, aber für einen Widerspruch war es wieder mal zu spät.

Als letzter Tagungsordnungspunkt steht die Wahl des Landesvorstandes Brandenburg an. Eigens dazu ist der neue Geschäftsführer des BVOU, Dr. Jörg Ansorg, angereist. Die Wahl geht relativ schnell. Henning Leunert wird einstimmig wieder gewählt, so auch Anne- Kathrin Keidel, Michael Wuttke und Reiko Mortag. Neu dabei ist Jan Brzezinski. Wir wünschen dem neuen Vorstand viel Kraft und Durchhaltevermögen bei unserer Interessenvertretung.

Wir danken dem Ehepaar Leunert für die Vorbereitung und Durchführung dieses zahlenmäßig wohl am besten besuchten Jahrestreffens.

In der ersten Novemberdekade 2016 haben wir hoffentlich wieder Martini- Wet-

ter! Wir werden den Scharmützelsee, das Märkische Meer nach Fontane, in sehr lebendiger Erinnerung behalten. Die Herbstfarben dort sind einfach umwerfend!



Dr. Petra Höfert

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Baden-Württemberg-Württemberg

Landeswahlen: **Dr. Burkhard Lembeck** aus Ostfildern wurde zum neuen Landesvorsitzenden gewählt. **Reinhard Deinfelder** aus Donzdorf übernimmt das Amt des zweiten Stellvertretenden Landesvorsitzenden.

Bezirk Ost-Württemberg: **Dr. Helmut Zehender** aus Schwäbisch Gmünd wurde neu als Bezirksvorsitzender gewählt.

Bezirk Neckar-Alb: **Dr. Markus Falck** aus Tübingen wurde neu als Bezirksvorsitzender gewählt.

Bezirk Heilbronn-Franken: Für die Dauer der laufenden Legislaturperiode wurde **Dr. Carlo Bussi** aus Bad Friedrichshall als stellvertretender Bezirksvorsitzender gewählt.

Bayern

Bezirk Mittelfranken: **Dr. Stefan Klug** aus Nürnberg wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt. Als Stellvertreter

wurden **Dr. Bernd Niedermeyer** aus Erlangen neu gewählt und **Dr. Torsten Freiheit** aus Nürnberg bestätigt.

Brandenburg

Landeswahlen: **Dr. Henning Leunert** aus Teltow wurde zum Landesvorsitzenden wiedergewählt. Als neuer Stellvertreter wurde **Dr. Jan Brzezinski** aus Werder gewählt.

Bezirk Brandenburg: **Dr. Ann-Kathrin Keidel** aus Brandenburg wurde wieder als Bezirksvorsitzende gewählt.

Bezirk Potsdam: **Dr. Henning Leunert** aus Teltow wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Bezirk Cottbus: **Dr. Michael Wuttke** aus Guben wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Bezirk Frankfurt/Oder: **Reiko Mortag** aus Frankfurt/Oder wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Niedersachsen

Bezirk Braunschweig: **Dr. Matthias Merkel** aus Gifhorn wurde zum Bezirksvorsitzenden gewählt. Als Stellvertreter wurde **Dr. med. Andreas Grunar** aus Braunschweig bestätigt.

Sachsen-Anhalt

Landeswahlen: **Dr. Ronny Jaekel** aus Genthin wurde wieder als Landesvorsitzender gewählt. Sein Stellvertreter bleibt **Dr. Ulrich Kuminek** aus Hettstedt.

Bezirk Dessau: **Dr. Thomas Marc Frenkel** aus Bitterfeld wurde als Bezirksvorsitzender gewählt.

Bezirk Halle: **Dr. Ulrich Kuminek** aus Hettstedt wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Bezirk Magdeburg: **Dr. Ronny Jaekel** aus Genthin wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.



Foto: privat

Auditorium Jahrestagung 2015

Jahrestagung des BVOU Mecklenburg-Vorpommern in Heringsdorf

Ulf Schneider, Mathias Träger

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU e.V.) Mecklenburg-Vorpommern führt seit 10 Jahren zwei zentrale Veranstaltungen durch, das Frühjahrssymposium im April und die Jahrestagung im November. Zusätzlich organisiert der BVOU regelmäßig regionale Qualitätszirkel (aufgeteilt in die Regionen Vorpommern, Mecklenburger Seenplatte, Region Rostock, Westmecklenburg).

Die gut besuchte Frühjahrstagung fand am 22.04.15 in Güstrow statt mit Referaten zur „Proximalen Femur-Fraktur bei Osteoporose-Patienten“ (CA Dr. Westphal, Rostock), zum „Zusammenwachsen von O(rthopädie) und U(nfallchirurgie) in Theorie und Praxis“ (PD Dr. Witt, Rostock), zu „Standards in der orthopädischen Schuhtechnik“ (Hr. Suhr, Stavenhagen), schließlich auch zu „Aktuellem aus dem BVOU in Bund und Land“ (Dr. Schneider, Anklam).

Zur diesjährigen Jahrestagung am 13./14.11.2015 kamen wieder ca. 60 Mitglieder unseres Berufsverbandes. Den Auftakt der Jahrestagung bildete diesmal ein Seminar zum Dauerbrenner der „Ärztlichen Privat-Abrechnung in O&U“ am Freitagnachmittag. Frau Dr. Leimer-Lipke (Berlin), in Personalunion niedergelassene Hausärztin und Chefin des

L&L-Instituts für Abrechnungsmanagement, war uns bekannt aus einem kurzweiligen Vortrag im Vorjahr. Zu damals noch zahlreich offen gebliebenen Fragen zur Liquidation im Rahmen der GOÄ, der BG und der IGeL konnte von ihr diesmal ausführlich im Frage-Antwort-Modus Stellung genommen werden, dies in gewohnt kompetenter, an den Praxis- und Klinikalltag orientierter Weise.

Das Hauptprogramm am Samstag bildete wieder ein breites wissenschaftliches und berufspolitisches Spektrum unseres „O & U“-Fachgebietes ab. An alle Vorträge schlossen sich recht ausgiebige, auch hier wieder interaktive Diskussionen an – ein Hinweis auf die Qualität der Referate, aber auch das Interesse der Teilnehmer an den gewählten Themen.

Zunächst stellte der neu berufene Geschäftsführer des BVOU, Dr. Ansorg (Berlin), sich und seinen (erstmalig auf unseren Tagungen präsenten) engeren Mitarbeiterstab der Berliner Geschäftsstelle vor, verbunden mit einem Auftaktreferat zu „Strukturen und Vorhaben des BVOU auf Bundesebene“.

Der folgende Vortrag von Prof. Jakob (Würzburg) war ein Highlight für alle Beteiligten! Im darstellungstarken Vortrag

„Der Osteozyt als zentraler Regulator im Knochenstoffwechsel“ wurde das gebündelte Wissen zum Stand der aktuellen Osteoporose-Forschung auf zellulärer Ebene vermittelt: Vom Zusammenhang zur Biologie mesenchymaler Stammzellen weiter über den Einfluss physikalischer Kräfte auf die Signaltransduktion und Änderung der Genexpression (Mechanosensitivität von Osteo-, Tenozyten) bis hin zur Osteozyten-Kommunikation zu skelettalen Vorläuferzellen, zur Regulation der Knochenmasse (Sclerostin) und zur Regulierung des Phosphathaushaltes (FGF23) es gab viel Beifall und viel Diskussion zum Vortrag.

Das Referat „Osteoporose und Sturzprophylaxe“ von CA Dr. Kupatz (Bad Döberan) schloss sich thematisch und zeitlich nahtlos an. Es wurden ausführlich die Ursachen und die medizinischen und gesellschaftlichen Auswirkungen der zunehmenden Sturzhäufigkeit in der rasch alternden Bevölkerung, auch unterlegt von eigenen Daten der Reha-Klinik Bad Döberan, dargestellt und diskutiert. – Dr. Kupatz bat den BVOU die Initiative der Ärztekammer M-V und weiterer Organisationen zur Sturzprophylaxe in den kommenden Jahren zu begleiten, z.B. analog der jährlichen BVOU-Aktionswoche „Zeigt her eure Füße“ für Grundschüler ...



Dr. Ansorg



Prof. Jakob und Dr. Schneider

Nach kurzer Kaffeepause folgte der Vortrag zur „Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung der Dysplasiehüfte“, kurzweilig präsentiert von OÄ Dr. Hayn (Berlin), für alle Kliniker und Niedergelassene unseres Fachgebietes von praktischem Interesse und Nutzen. Außerordentlich Freude bereiteten dem Auditorium und der Referentin die zahlreich vorgestellten und gemeinsam zu lösenden Fallbeispiele (und Fallstricke).

CA Dr. Fiene (Demmin) erläuterte nach der Mittagspause „Moderne Behandlungsstrategien bei Rheumatoidarthritis“, ausgehend von den inzwischen gemeinsam konsentierten Primärreaktionsorten (Mund/Rachen/Lunge vs. Darm), über gemeinsame Kriterien von ACR und EULAR zur (Früh-) Diagnostik der Rheumatoidarthritis hin zu diagnostischen und therapeutischen Standards. Zuletzt wurden u.a. die Möglichkeiten und Grenzen der inzwischen zahlreichen Biologika (und Biosimilars) übersichtlich nahegebracht. – Unter den Zuhörern waren viele O&U, die inzwischen BVOU-Zertifizierungskurse zum „Rheumatologisch fortgebildeten Orthopäden RheFO“ absolviert haben. Die berufspolitische

Ablehnung der internistischen Rheumatologen auf Bundesebene gegenüber den O&U (die den fertig diagnostizierten Patienten übergeben können!) wird vom BVOU im Land und im Bund kritisch gesehen, dem stimmte auch der Referent (Internist) in Kenntnis der guten „Vor-Ort-Zusammenarbeit“ zu.

Durch den (Reifenpannen-)Ausfall des geplanten Beitrages zu „Aktuellen Regelungen im Prüf- und Regressverfahren“ wurde der obligatorische zusammenfassende Jahresbericht des Landesvorstandes d. BVOU M-V Dr. Schneider (Anklam) zur Verbandsarbeit in Bund und Land vorgezogen. Der BVOU M-V kann auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken, u.a. wird ein maßgeblich vom BVOU vorbereiteter Strukturvertrag zwischen der BarmerGEK und der KV M-V zur besseren Diagnostik und Behandlung von Hochrisiko-Osteoporose-Patienten (seit Mitte 2013 in Kraft) bei Patienten und Orthopäden gut angenommen. – Die für unser Fachgebiet leider spezifische Regressgefahr für niedergelassenen Orthopäden im Rahmen der sogenannten Plausibilitätszeitprüfung konnte durch das Engagement unseres Verbandes in Kooperation

mit der KV M-V minimiert werden. – Die zahlreichen weiteren Aktivitäten und Pläne des BVOU-Landesvorstandes wurden im Vortrag erläutert.

Im nun abschließenden Referat erläuterte der Leiter der Vertrags- und Honorarabteilung der KV M-V Herr Martensen (Schwerin) u.a. die Ergebnisse des Landesschiedsamtes 2015 und die Honorarentwicklung 2015, brachte einen (Honorar-)Ausblick 2016, gab Auskunft zu aktuellen Gesetzgebungen (u.a. Terminservicestellen), zum aktuellen Stand der Sonderverträge im Land und zum Sachstand des angekündigten fachärztlicher EBM - wie im Vorjahr wieder ein für die niedergelassenen Kollegen sehr relevanter und hervorragend (auch verständlich) aufbereiteter Vortrag.

Die O&U in MeckPomm können auch nach anstrengender Tagung noch feiern ... das wurde wieder am Abend im Tagungshotel bewiesen - zusammen mit den Lebenspartnern wurde gesellig gefeiert bei reichlichem Büfett, bei Zaubereleinlagen, bei anregenden Getränken, beim Tanzen ...



Dr. Ulf Schneider, Anklam
Landesvorsitzender des BVOU

Matthias Träger, Neubrandenburg
Stellv. Landesvorsitzender des BVOU

Bericht über die Jahresversammlung Niedersachsen

Dr. Wolfgang Böker

Am 5. Dezember 2015 fand die Jahresversammlung des Landesverbandes Niedersachsen in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Hannover statt. Der Einladung in das vorweihnachtliche Hannover waren Mitglieder aus allen Landesteilen gefolgt. Insgesamt war die Veranstaltung sehr gut besucht. Das lag sicherlich auch an dem diesjährigen Top-Thema dem Antikorruptionsgesetz, welches voraussichtlich ab April 2016 greifen wird. Als Referent konnte Professor Thomas Rönnau von der Bucerius law school in Hamburg gewonnen werden. Herr Professor Rönnau ist Lehrstuhlinhaber für Strafrecht, ein ausgezeichnete Kenner der Materie, und unter anderem auch beratend für die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen tätig. Zunächst erfolgte, quasi als Einführung in das Thema, die Vorstellung des Gesetzestextes, den Paragraphen 299ff. StGB. Es handelt sich also um einen Straftatbestand der Wirtschaftskorruption. Hier ist jetzt auch die Bestechlichkeit im Gesundheitswesen im Paragraph 299a definiert. Was fällt aber unter die Bestechlichkeit? Wann besticht man, oder wann wurde man bestochen? Die Antwort ist grundsätzlich sehr einfach: Jede Zuwendung, die die wirtschaftliche, rechtliche und/oder persönliche Lage des Empfängers verbessert ohne dass ein Anspruch darauf besteht ist als Bestechung anzusehen. Das heißt übersetzt, wenn eine Leistung erfolgt, ohne dass eine adäquate Gegenleistung geboten wird.

Schneller Verdacht

In dem Zusammenhang kamen dann einige Fragen im Auditorium auf, zum Beispiel hinsichtlich des Sponsorings im Rahmen von Veranstaltungen und Kongressen. Professor Brandauer bezog eine eindeutige Stellung. Sobald eine Reise zu einem Kongress, in welchem Rahmen auch immer, gesponsert wird und keine adäquate Gegenleistung für das Unternehmen, welches die Reise bezahlt, erbracht wird, besteht zumindest der Verdacht auf eine Bestechung. Die bloße Teilnahme an einem Kongress rechtfertigt nicht die Übernahme der Kosten



Prof. Rönnau

tigt nicht die Übernahme der Kosten durch eine Firma, anders sieht es aus, wenn zum Beispiel ein Vortrag gehalten wird. Allerdings müssen sich die Kosten in einem entsprechenden Rahmen bewegen. Mehrtägige Luxusreisen gehören sicherlich nicht dazu. Auch die mitreisende Ehefrau ist sicherlich ein schlechtes Indiz für eine korrekte Abrechnung einer Vortragsreise.

Auch bei Zuwendungen, zum Beispiel Weihnachtsgeschenken von Pharmafirmen oder auch von Krankengymnasten oder Rehabilitationshäusern, ist Vorsicht geboten. Sollten die Geschenke einem Betrag von 50€ übersteigen, kann auch hier grundsätzlich der Anfangsverdacht für eine Bestechung bestehen. Auch eine zu enge Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern ist nicht angebracht. Hier muss im Einzelfall geprüft werden, ob zum Beispiel besondere vertragliche Beziehungen zwischen Arzt und Sanitätshaus rechtlich noch zu vertreten sind. Die Gewährung eines Raumes in der Praxis ist nur dann erlaubt, wenn die ortsübliche Miete nicht überschritten wird. Auch hier hat es in der Vergangenheit sicherlich Exzesse gegeben (Vermietung eines Schrankes für 1000€), die in Zukunft sicherlich gesetzlich sanktioniert werden können.

Allerdings, und dies wurde abschließend festgestellt, dürfte die weit überwiegende Mehrzahl der Kolleginnen und Kolle-



Dr. Hausdorf, Dr. Kleinstäuber, Dr. Böker (v.l.)

gen, insbesondere in unserem Fachbereich, niemals mit diesem Gesetz in Konflikt geraten. Großzügiges Sponsoring aus dem Pharmabereich kommt bei uns nur selten vor. Alle Kollegen allerdings, die sich angesprochen fühlten, sollten ihr Verhalten kurzfristig überdenken, eine rückwirkende Verurteilung für Dinge die in der Vergangenheit lagen gibt es nicht.

Neuwahl

Professor Rönnau wurde mit großem Applaus verabschiedet. Anschließend wurde die Wahl des Vorstandes des Landesverbandes durchgeführt. Der jetzige Vorstand mit Dr. Wolfgang Böker als Vorsitzenden, Dr. Marcus Hausdorf als Stellvertreter und Dr. Uto Kleinstäuber als zweiter Stellvertreter wurde einstimmig bestätigt. Abschließend wurden noch einige Einzelheiten zu der bevorstehenden Kammerwahl besprochen, und die Teilnehmer zum Weihnachtsshopping in die Hannoveraner Innenstadt verabschiedet.



Dr. Wolfgang Böker,
Landesvorsitzender
Niedersachsen



Foto: Baganz

Thomas Gottschalk, Prof. Karsten Dreinhöfer und KIKA Moderator Christian Bahrmann in der Papageno Grundschule, Berlin

Schöne Grüße an die Füße

Die Auftaktveranstaltung in Berlin mit Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Thomas Gottschalk und KIKA Moderator Christian Bahrmann in der Papageno-Grundschule

Hunderte von Orthopäden, über 500 Grundschulklassen in ganz Deutschland, tausende Kinderfüße. In Berlin fiel der Startschuss für die bundesweite Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“, vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V am 24. November 2015. Vizepräsident Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer besuchte zum Auftakt die Papageno Grundschule in der Gartenstraße in Berlin-Mitte und führte die Kinder spielerisch an das Thema Fußgesundheits und Bewegung heran.

50 Kinder aus zwei Schulklassen machten bei Übungen mit, die sie für die Wichtigkeit ihrer Füße und für ihren Körper im Wachstum sensibilisieren sollen. Begleitet

wurde er dabei von Thomas Gottschalk und KIKA Moderator Christian Bahrmann, der mit „Zeig her, wozu du Füße hast“ den Mitmach-Song zur Aktion Orthofit präsentierte und mit den Kindern gemeinsam sang, sprang und tanzte.

Denn Füße tragen uns durch das Leben: 98 Prozent der Säuglinge werden mit gesunden Füßen geboren. Bei den Erwachsenen sind nur noch 30 Prozent einwandfrei intakt. „In jungen Jahren lassen sich vor allem Haltungsschäden frühzeitig verhindern“, sagte Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident des BVOU, und freute sich, dass der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die bundesweite Initiative auch in diesem Jahr wieder unterstützt hat.

Im Spiel bewegen

„Heute ist Bewegung nicht immer cool. Da hocken viele mit einer App da und laden sich Spiele herunter. Wir haben als Kinder oft Spiele selber erfunden und uns dabei bewegt. Das kommt heute manchmal zu kurz. Deshalb unterstütze ich die Initiative der Orthopäden, da Kindern nicht früh genug der Spaß an Bewegung vermittelt werden kann“, sagte Thomas Gottschalk, der sich für die Aktion Orthofit begeisterte.

In der Papageno Grundschule ist die Aktion nicht nur bei den Kindern toll angekommen, auch die Lehrer und Lehrerinnen waren begeistert: „Kinder brauchen eine Umgebung, die sie zur Bewegung einlädt. Deshalb haben wir uns sehr gefreut, in diesem Jahr Teil der Aktion Orthofit zu sein. Für unsere Schülerinnen und Schüler war das eine tolle Gelegenheit, ihre motorischen Fähigkeiten selbstständig zu erproben und zu vertiefen. Das wirkt sich bekanntermaßen nicht nur positiv auf die Gesundheit, sondern auch positiv auf das Lernen und die Konzentration der Kinder aus.“ so Direktorin Stemmler.

Weitere Informationen und Impressionen ihrer Kollegen finden Sie unter:
www.aktion-orthofit.de
www.facebook.com/aktionorthofit



Foto: Baganz

Berufs-Rechtsschutz- Versicherung für BVOU-Mitglieder



Über den BVOU genießen Sie **automatisch durch Ihre Mitgliedschaft** Versicherungsschutz im Rahmen einer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung. Der Versicherungsschutz besteht für **alle Verbandsmitglieder** (einschließlich Studenten/Famulanten) und unabhängig von den Karrierestufen **kraft Mitgliedschaft im BVOU**. Gegenstand der Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung sind bestimmte, gemäß dem Vertragswortlaut berufsbezogene Risiken, insbesondere:

Straf-Rechtsschutz

Das beste Strafverfahren ist jenes, das gar nicht erst stattfindet und schon während der Ermittlungsphase eingestellt wird. Doch auch ein unberechtigter Vorwurf kann hohe Kosten verursachen und Ihr Image als Arzt erheblich schädigen. Der Spezial-Straf-Rechtsschutz schützt Sie!

Die Versicherung gewährt allen berufstätigen Mitgliedern des BVOU Rechtsschutz für die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit, die zu straf-, ordnungswidrigkeits-, disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt. Versicherungsschutz besteht, wenn gegen das Mitglied als Beschuldigten ermittelt wird.

Versicherungsumfang

Der Rechtsschutz umfasst bis zu einer Höchstgrenze von 1 Mio. Euro die Kosten des Verfahrens einschließlich der Entschädigung für Zeugen und vom Gericht beauftragte Sachverständige und die (gesetzliche) Vergütung des für das Mitglied als Verteidiger tätigen Rechtsanwaltes. Jedes Mitglied hat sich jedoch mit 500€ an den Kosten zu beteiligen (Selbstbehalt). Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ereignisse, die vor der Mitgliedschaft in den BVOU lagen.

Im Rahmen des Straf-Rechtsschutzes besteht der Versicherungsschutz für sämtliche Strafverfahren, auch für vorsätzliche Strafvorfälle, wie z. B. unterlassene Hil-

feleistung, Abrechnungsbetrug, unter dem Vorbehalt, dass sich der Vorwurf als unzutreffend erweist. Andernfalls kann der Versicherer im Falle einer Verurteilung die erbrachten Leistungen vom BVOU-Mitglied zurückfordern. Der Versicherungsschutz besteht ferner für strafrechtliche Ermittlungen, insbesondere gemäß dem Gesetz zur Korruptionsbekämpfung gemäß §299 a) und §300 StGB, im gleichen Umfang.

Es besteht auch Versicherungsschutz für die Verteidigung in Verfahren wegen des Vorwurfs einer Ordnungswidrigkeit oder Straftat gemäß §§43, 44 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Nicht gedeckt durch die Straf-Rechtsschutz-Versicherung werden Geldstrafen und Geldbußen.

Benennung des Verteidigers

Die üblichen Rechtsschutz-Versicherungen tragen grundsätzlich nur die gesetzlichen Gebühren des Rechtsanwaltes. Ein versierter Verteidiger ist aber oft nur gegen eine Honorarvereinbarung zu gewinnen, die wesentlich über den gesetzlichen Gebührensätzen liegt. Die Differenz trägt dann der Versicherungsnehmer. Zudem ist es für den einzelnen Arzt schwierig, einen Rechtsanwalt zu finden, der spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in Strafverfahren hat, die sich auf die ärztliche Berufsausübung beziehen.

Ihnen wird vorgeworfen, bei der Behandlung eines Patienten eine falsche Diagnose gestellt und hierdurch den Krankheitsverlauf verschlimmert zu haben. Die Staatsanwaltschaft erhebt Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung. Wegen des Umfangs und der Schwierigkeit der Angelegenheit wird mit dem von Ihrem Berufsverband empfohlenen Verteidiger eine Honorarvereinbarung geschlossen.

Die Einarbeitung, rechtliche Prüfung und diverse Stellungnahmen Ihres Verteidiger

ers erfordern einen Zeitaufwand von mehreren Stunden. Ferner ist für Ihre Verteidigung ein Sachverständigengutachten erforderlich.

Ein wesentlicher Zweck der Gruppen-Versicherung ist es deshalb, jedem Mitglied von Seiten des BVOU einen Verteidiger zu benennen, der solche speziellen Kenntnisse und Erfahrungen besitzt und dessen Kosten in der vom BVOU mit ihm vereinbarten Höhe (Honorarvereinbarung) von der Versicherung getragen werden. Der BVOU benennt auf Anfrage namhafte Verteidiger.

Die freie Wahl des Verteidigers wird dadurch nicht eingeschränkt. Die Versicherungsgesellschaft bezahlt für den Verteidiger, den das Mitglied frei wählt, grundsätzlich jedoch nur die gesetzlichen Gebühren.

Verfahren bei der Inanspruchnahme der Versicherung

Der Arzt, der die Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung in Anspruch nehmen will, unterrichtet schriftlich den Berufsverband über die gegen ihn erhobenen Beschuldigungen, den Namen des Geschädigten, das Datum des Ereignisses, den Stand des Verfahrens sowie darüber, ob er den vom BVOU benannten Verteidiger oder einen frei gewählten Rechtsanwalt mit seiner Verteidigung beauftragt.

Der Arzt beauftragt selbst den Anwalt mit seiner Verteidigung und erteilt ihm dafür Vollmacht. Es wird gebeten, den BVOU laufend über die wichtigsten Verfahrensabschnitte (Anklageerhebung, Urteile) zu unterrichten und ihm Ablichtungen der wesentlichen Schriftstücke zu übersenden.

Bitte machen Sie ohne Rücksprache mit Ihrem Verteidiger, außer Ihren Personalangaben, keine Aussagen gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft! Weisen

Sie darauf hin, dass Sie sich nach Besprechung mit Ihrem Anwalt schriftlich äußern werden.

Vorrang individueller Rechtsschutz-Versicherungen

Falls der Arzt eine individuelle Rechtsschutz-Versicherung abgeschlossen hat, so sollte er diese – unabhängig von der Anmeldung beim Berufsverband – über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens unterrichten. Die Leistungen dieser Versicherung, die denen unserer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung vorgehen, kommen Ihnen zur Deckung des Selbstbehaltes aus der BVOU-Rechtsschutz-Versicherung zugute.

Arbeits-/Verwaltungs- und Sozial-Rechtsschutz-Versicherung

Der BVOU hat in die Berufs-Rechtsschutz-Versicherung die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen seiner berufstätigen Mitglieder in weiteren gerichtlichen Verfahren einbezogen, nämlich in Prozessen

- angestellter Ärzte vor den Arbeitsgerichten und beamteter Ärzte vor den Verwaltungsgerichten wegen arbeits- und dienstrechtlicher Auseinandersetzung mit dem Krankenhausträger (z.B. des angestellten Arztes wegen Vertragskündigung, des beamteten Arztes wegen Abgrenzung der Dienst- aufgaben),
- vor Sozialgerichten in vertragsärztlichen Angelegenheiten (z.B. wegen Zulassung, Ermächtigung, Abrechnung).

Die Inanspruchnahme des Rechtsschutzes ist im Sozialrechtsweg jedoch auf Musterprozesse begrenzt, in den der BVOU diesen Rechtsschutz durch Mitteilung an die Versicherung in Anspruch nimmt. Diese Beschränkung soll eine übermäßige Kostenbelastung durch Prozesse vermeiden, die keine grundsätzlichen Fragen betreffen.

Die Versicherung erstattet die Kosten für einen Rechtsanwalt sowie die Gerichtskosten im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen bis zur Höchstgrenze von 1 Mio. €. Das Mitglied trägt für versicherte Verfahren vor dem Arbeits- bzw. Verwaltungsgericht sowie in Sozialgerichtsfällen (für Musterprozesse) je Schaden eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 Prozent mind. 100€, max. 500€.

Das Mitglied kann den Anwalt frei wählen.

Der Rechtsschutz gilt nur für die Kosten von Prozessen vor Arbeits-/Verwaltungsgerichten (in arbeits- und dienstrechtlichen Auseinandersetzungen)- und Sozialgerichten, nicht aber für die Kosten einer vorprozessualen oder außergerichtlichen anwaltlichen Beratung. Die Gewährung des Versicherungsschutzes setzt im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles (Klageerhebung) eine mindestens zweimonatige Verbandsmitgliedschaft voraus.

Anderweitig bestehende (individuelle) Rechtsschutz-Versicherungen gehen der vom BVOU abgeschlossenen Berufs-Rechtsschutz-Versicherung vor; die Leistungen, die das Mitglied von seiner evtl. anderweitig bestehenden individuellen Rechtsschutz-Versicherung erhält, werden jedoch auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

Die Versicherung kann Rechtsschutz allerdings versagen, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Mitglieds keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint. Wenn Sie den Rechtsschutz in Anspruch nehmen wollen, so müssen Sie das Verfahren unverzüglich schriftlich beim Berufsverband anmelden.

Damit die Versicherung rechtzeitig über die Deckungszusage entscheiden kann, übersenden Sie bitte vor Erhebung der eigenen Klage mit der Anmeldung einen Entwurf der Klageschrift. Werden Sie verklagt, so senden Sie uns bitte eine Durchschrift der Klageschrift. Bitte beachten Sie: In den Verfahren, die arbeits- oder dienstrechtliche Auseinandersetzungen betreffen, besteht Versicherungsschutz nur für Prozesse, die von dem versicherten BVOU-Mitglied dem BVOU innerhalb eines Monats ab Klageeinreichung (bei Aktivprozessen) bzw. innerhalb eines Monats nach Zustellung der gegnerischen Klage (bei Passivprozessen) gemeldet werden. Für verspätet gemeldete Verfahren besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Rechtsschutz bei Belegarzt-/Konsiliararzt- und Honorararzt-Verträgen

Ferner gilt die gerichtliche Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararzt-

Verträgen vor den ordentlichen Gerichten für alle BVOU-Mitglieder in der Eigenschaft als Arzt versichert.

Die Absicherung besteht subsidiär, d.h. sie greift nur, wenn kein anderweitiger Versicherungsschutz existiert. Die Versicherung mit einer Versicherungssumme von 1 Mio. € gilt in Europa und den Mittelmeer-Anrainerstaaten.

Hinweise zu den Ziffern 1. bis 3.:

Im Falle der Inanspruchnahme der Leistungen aus der Berufs-Rechtsschutz-Versicherung empfehlen wir die Kontaktaufnahme mit der Geschäftsstelle des BVOU.

Ergänzte Rechtsschutz-Versicherung

Zur Absicherung der darüber hinausgehenden beruflichen und privaten Rechtsschutz-Risiken unterhält der BVOU *Sonderkonditionen zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung*. Diese Spezial-Konditionen – exklusiv für BVOU-Mitglieder – sehen zudem die Mitversicherung von z.B. Widerspruchsverfahren, Wettbewerbs-Rechtsschutz (aktiv und passiv), Auseinandersetzungen im Berufs-Vertrags-Recht ab Gericht etc. vor. Verbandsmitglieder können diesen gegen Antrag beitreten. Die Konditionen dieses Rahmenvertrages schließen nahtlos an die Gruppen-Rechtsschutz-Deckung an. Überschneidungen und Doppelabsicherungen sind dabei ausgeschlossen.

Bei Interesse kann ein unverbindliches Angebot zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung zu exklusiven Sonderkonditionen für Verbandsmitglieder angefordert werden. Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch Ihren Betreuer beim Funk Ärzte Service und richten Sie Ihre Angebotsanforderung an unseren Versicherungsmakler Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH.

Nähere Informationen hierzu fordern Sie bei unserem Kooperationspartner

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Frau Olga Zöllner
Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg
fon.: + 49 40 35914-494
fax + 49 40 3591473-494
www.funk-gruppe.com
o.zoellner@funk-gruppe.de



**20%
Rabatt**

Das Beste, was man sein kann, ist immer noch man selbst. Darum setzt MUSTANG auf eine grundlegende Denim-Philosophie, bei der Natürlichkeit und Originalität im Vordergrund stehen. So erkennt man eine Jeans von MUSTANG immer daran, dass sie nicht nur in Größe und Schnitt, sondern auch sonst perfekt zu einem passt.



**12%
Rabatt**

Hotelopia ist Teil der TUI Travel PLC, dem weltweit führenden internationalen Touristikkonzern, der mehr als 30 Millionen Kunden in über 180 Ländern bedient. Sie erhalten hier exklusiv die Möglichkeit, Hotels, Transfers und andere touristische Angebote in den beliebtesten Destinationen der Welt zu Preisen unterhalb des Marktdurchschnitts selbständig zu buchen.



**18%
Rabatt**

Mister Spex, Deutschlands größter Online Brillen Versand, bietet Ihnen eine Auswahl von über 300 verschiedenen Skibrillen der Qualitäts-Marken von A wie Adidas über E für Elektric bis U wie Uvex. Zum Produktangebot gehören außerdem diverse Sonnen- und Korrektionsbrillen von Marken wie Ray-Ban, Esprit, Marc O'Polo, Prada und Tom Ford inklusive Premiumgläsern mit Ihrer individuellen Sehstärke.



**20%
Rabatt**

JUNIQUE ist dein Berliner Onlineshop für eklektische Kunst. Wir spüren talentierte Künstler aus aller Welt auf und präsentieren dir eine handverlesene Auswahl ihrer Arbeiten als Kunstdrucke für die Wand, Shirts, Accessoires sowie Wohntextilien wie Bettwäsche und Kissenbezüge.

Neue Mitglieder

PD Dr. Jens D. **Agneskirchner** · Hannover
 Maan **Al-Alwan** · Melle
 Dr. Yousef **Alrashidi** · Basel
 Dr. Philipp **Augustin** · Salzburg
 Prof. Dr.Dr.h.c. Arsen **Babayán** · München
 Knut-Karsten **Backhaus** · Delitzsch
 Jenny **Barkowski** · Rostock
 Dr. Katja **Baumgart** · Berlin
 Tadeusz **Brunn** · Zürich
 Dr. Christian **Dentsch** · Nürnberg
 Dr. Tobias **Donath** · Leverkusen
 Dr. Yvonne **Ebel** · Wernau
 Dr. Oliver **Eisele** · München
 Rani **Elias** · Rostock
 Dr. Stefan **Elsässer** · Freiburg
 Sandra **Flachsel** · Stuttgart
 Prim. Dr. Norbert **Freund** · Ried Innkreis
 Dr. Christian **Friz** · Balingen
 Faris **Gameel** · Berlin
 Dr. Tim **Geßner** · Neubrandenburg
 Annalice **Gode** · Lübeck
 Börries **Habild-Besdo** · Nienburg
 Omar **Habli** · Achern
 Thilo **Harbart** · Hildesheim
 Dr. Nicolas M. **Haupt** · Bad Saarow
 Dr. Rupert **Hettegger** · Salzburg
 Mohanad **Hmeidi** · Berlin
 Dr. Mathias **Hock** · Hamburg
 Dr. Kathrin **Hoffmann** · Nürnberg
 Christina **Hofgärtner** · Berlin
 Jan-Philipp **Holthoff** · Düsseldorf
 Pawel **Hunek** · Berlin
 Dr. Teresa **Huschenbeth** · Bayreuth

Annika **Jauch** · Bad Blankenburg
 Dr. Jana **Jeken** · Berlin
 Dr. Victoria **Jonas** · Zittau
 Taymas **Kamyab** · Freudenberg
 Bisera **Kirovska** · Seesen
 Sophie **Kirsch** · Greifswald
 Ulrike **Krameyer** · Hannover
 Dr. Elisabeth **Krewedl** · Ried im Innkreis
 Dr. Erwin **Kundtner** · Vöcklabruck
 Dr. Henning **Kunter** · Köln
 Dr. Beate **Kunze** · Stuttgart
 Dr. Michael **Lehmann** · Heidelberg
 Christiane **Leibold** · Thun
 Prof. Dr. Wolfgang **Linhart** · Heilbronn
 Prof. Dr. Philipp **Lobenhoffer** · Hannover
 Dirk **Löhn** · Leipzig
 Martin **Lützel** · Plauen
 Sandro **Meider** · Köln
 David **Mersch** · Berlin
 Dr. Mirko **Meszelinsky** · Leverkusen
 Dr. Martina **Milewski** · Hamburg
 Caroline **Moesta** · Hannover
 Oliver **Muhs** · Erfurt
 Julia **Ohde** · Berlin
 Dr. Evelien **Oosterhuis** · Kleve
 Atila **Parlayan** · Berlin
 Tomasz Marcin **Pawlik** · Berlin
 Marisel Pulido **Guevara** · Köln
 Dr. Abdelrahman **Qazzaz** · Bremerhaven
 Homan **Raffiee-Tary** · Kaufbeuren
 Gian Marco **Rizzuti** · Schweinfurt
 Dr. Nils **Rosshirt** · Heidelberg
 Prof. Dr. Martin **Russlies** · Lübeck

Dr. Nicolai **Rutkowski** · Berlin
 Matthias **Schmidt** · Höchst
 Marion **Scholz** · Magdeburg
 Dr. Marcel **Schwedler** · Markgröningen
 Thorsten **Siemssen** · Reinbek
 Stephanie **Simon** · Rostock
 Isabel **Sperrhake** · Thun
 Dr. Manfred **Stock** · Kirchdorf
 Heike **Suhren** · Ribnitz-Damgarten
 Dr. Jörn **Thiele** · Bruchsal
 Dr. Anke **Tobusch** · Berlin
 Dr. Markus **Tröger** · Hannover
 Dr. Ariane **Tutsch** · Nürnberg
 Prof. Dr. Karl-Ludwig v. **Hanstein** · Wiesbaden
 Dr. Guliyev **Vugar** · Frankfurt am Main
 Christopher **Wallraff** · Bersenbrück
 Dr. Roger **Weist** · Lübeck
 Dr. Miriam **Wellsandt** · Berlin
 Dr. Magdalena **Wenusch** · Kirchdorf a.d.Krems
 Lena **Wiegand** · Pirna
 Michael **Zenzen** · Berlin
 Dr. Veikko **Ziegler** · Taucha
 Dr. Dominik **Ziegler** · Ehingen
 Dr. Timo **Zippelius** · Eisenberg

Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder

Frau Dr. Ingeborg **Ast** · Reutlingen
 Herr Dr. Kuno **Baier** · Kiel
 Herr Dr. Erich **Biemer** · München
 Herr Dr. Wulf **Botterweck** · Kaarst
 Herr Dr. Rainer **Cording** · Würzburg
 Herr Dr. Alfred **Dieterich** · Nürnberg
 Herr Dr. Friedrich **Ernst** · Hamm
 Herr Dr. Erhard **Ettrich** · München
 Herr Dr. Albert **Faller** · Dogern
 Herr Volker **Franke** · Berlin
 Herr Dr. N. Graf **Stenbock-Fermor** · Aachen
 Frau Dr. Charlotte **Grande** · Neustadt
 Herr Dr. Klaus-Peter **Groß** · Berlin
 Herr Dr. Josef **Hammerschmidt** · Köln
 Herr Dr. Gerhard **Hauschild** · Lübeck

Herr Dr. Eberhard **Hedrich** · Konz
 Herr Dr. Klaus **Hoegen** · Münster
 Herr Dr. Günter **Könnecke** · Neu-Isenburg
 Herr Dr. Johannes **Kühn** · Forchheim
 Herr Dr. Armin **Kurz** · Sigmaringen
 Herr Dr. Klaus **Lehnhardt** · Bad Dürkheim
 Herr Dr. Siegfried **Maier** · Öhringen
 Herr Dr. Gerhard **Marx** · Bernau
 Herr Dr. Franz Josef **Meffert** · Bonn
 Herr Dr. Werner **Mey** · Heidelberg
 Herr Dr. Peter **Nerz** · Bad Dürkheim
 Herr Prof. Dr. Paul **Otte** · Großhandorf
 Herr Prof. Dr. Dietrich **Petersen** · Hannover
 Herr Daniel **Rathgeb** · Saarbrücken
 Herr Dr. Theo **Regensburger** · München

Herr Dr. Claus **Sanden** · Waldbronn
 Herr Dr. Wolfgang **Schlüter** · Neuburg a. d. Donau
 Herr Dr. Gösta Joachim **Schmidt** · Berlin
 Herr Dr. Carsten **Schmieder** · Chemnitz
 Herr Dr. Andreas **Schnabl** · Salzburg
 Herr Dr. Peter **Scholz** · Solingen
 Herr Dr. Werner **Schulz** · Mülheim
 Herr Dr. Wilhelm **Schwarte** · Lingen
 Herr Dr. Gerd **Schwiadernoch** · Osnabrück
 Herr Dr. Hans **Spiecker** · Rückersdorf
 Herr Dr. Jörg **Teitscheid** · Wiehl
 Herr Dr. Valentin **Wagner** · Bochum
 Herr Dr. Franz **Weimer** · Düsseldorf
 Herr Dr. Jörg **Zimmermann** · Berlin

Angebot für DGOU-Mitglieder

Zum Vorteilspreis online auf Medizinwissen zugreifen



Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) können jetzt von einem beson-

deren Angebot von Springer Medizin profitieren: Mit der Online-Bibliothek e.Med können sie auf das gesamte Portfolio von springermedizin.de zugreifen – zum Vorteilspreis von 299 € statt 399 € im ersten Jahr.

Über eine einfache Suchfunktion können Abonnenten in der Online-Bibliothek auf fast 2 Millionen Dokumente aus allen medizinischen Fachgebieten zugreifen, darunter 80 deutschsprachige Fachzeitschriften wie beispielsweise „Der Orthopäde“, „Der Unfallchirurg“ oder „Der Chirurg“ sowie weitere 420 internationale Titel. Zudem haben Abonnenten auf dem Portal Zugang zu Bilderstrecken und Videos sowie rund 500 zertifizierte, deutschsprachige CME-Fortbildungskurse im E-Learning-Format. Ebenso gibt es

einen Bereich mit aktuellen News aus verschiedenen Fachgebieten mit Hintergründen und neuen internationalen Forschungsergebnissen.

Als besonderes Extra können e.Med-Abonnenten zusätzlich eine deutschsprachige Zeitschrift aus dem Springer-Medizin-Portfolio auswählen, die dann als gedrucktes Exemplar nach Hause geliefert wird. Die Titel, die zur Auswahl stehen, umfassen neben vielen weiteren „Der Orthopäde“, „Der Unfallchirurg“, „Operative Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Arthroscopie“ und „Obere Extremität“.

Die Mindestbestelldauer des e.Med-Abos beträgt 12 Monate. Es gilt eine Kündigungsfrist von mindestens 30 Tagen vor Ende des Bezugszeitraumes.

WICHTIGE Beitrags- und Mitgliederinformation für 2016

Wie schon im letzten Jahr, möchten wir Sie auf wichtige Beitrags- und Mitgliederinformationen hinweisen.

Im I. Quartal dieses Jahres versenden wir die Finanzamtsbescheinigungen über den Beitrag des vergangenen Jahres zusammen mit den Datenüberprüfungen. Bitte kontrollieren Sie, ob Ihre Adressdaten, Ihre Stellung und insbesondere Ihre Kontaktdaten noch dem aktuellen Stand entsprechen. Bei Änderungen bitten wir Sie, uns umgehend zu informieren (per FAX, Email oder Post).

Weiterhin finden Sie in dieser Ausgabe ein Formular für Änderungsmeldungen, welches Sie zur Aktualisierung Ihrer Daten ebenfalls nutzen können.

Diejenigen Mitglieder, die Anspruch auf den ermäßigten Beitrag haben, bitten wir, uns Ihre „Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag“ 2016 bis spätestens 31.3. an unsere Geschäftsstelle zu senden (per FAX, Email oder Post). Das Formular finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe und auf unseren Websites.

Gemäß unserer Beitragsordnung werden Studenten, Assistenzärzten in Weiterbildung, Fachärzten in nichtleitender Position, Funktionsoberärzten und Angestellten in nichtärztlicher Tätigkeit ohne ltd. Funktion ein reduzierter Beitrag gewährt, der jedoch ausschließlich an die fristgerechte Einreichung der Bescheinigung gebunden ist. Erhalten wir die Bescheinigung nicht oder verspätet wird der regu-

läre Beitrag (160,00€ bei Lastschriften und 170,00€ bei Rechnungslegung erhoben) und kann nachträglich nicht zurückerstattet werden.

Der Lastschrifteinzug der Mitgliedsbeiträge erfolgt zum 30.4.2016. An dieser Stelle möchten wir noch einmal auf die neue Beitragsordnung hinweisen, die zum 1.1.2016 in Kraft tritt.

Ihre Mitgliederverwaltung

DGOU/DGOOC/DGU



Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag

(Bitte unbedingt jedes Jahr bis 31.03. einreichen, ansonsten wird der reguläre Beitrag in Höhe von 160,00 € erhoben und kann nicht zurückerstattet werden!)

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: _____

Klinik/Praxis: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer: _____

in unserem Haus beschäftigt ist als

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Studierende (0 €) | <input type="checkbox"/> DGOU |
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt in Weiterbildung (40 €) * | <input type="checkbox"/> DGOOC |
| <input type="checkbox"/> Facharzt in Zusatzweiterbildung (80 €) * | <input type="checkbox"/> DGU |
| <input type="checkbox"/> angestellter Facharzt ohne leitende Funktion (80 €) * | |
| <input type="checkbox"/> Funktionsoberarzt (80 €) * | |
| <input type="checkbox"/> Angestellter in nichtärztlicher Tätigkeit ohne leitende Funktion (40 €) * | |

Mitgliedschaft in

*** Bei Nichtteilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren erhöht sich der jeweilige Mitgliedsbeitrag um 10 €.**

Ort, Datum

**Stempel, Unterschrift des leitenden Arztes
(NUR GÜLTIG MIT STEMPEL!)**

**In Klarschrift
Titel, Vorname, Name des Vorgesetzten**

Einsenden an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
FAX: 030 - 340 60 36 01
E-Mail: mitglieder@dgou.de



Änderungsmitteilung

Um unsere Datenbank zu aktualisieren, bitten wir Sie, uns etwaige Änderungen an die Geschäftsstelle mitzuteilen.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. · Geschäftsstelle ·
Straße des 17. Juni 106 – 108 · 10623 Berlin
Tel.: 030/340 60 36 00 · Fax: 030/340 60 36 01 · E-Mail: office@dgou.de

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Mitgliedsnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Dienststellung: _____

Als Kontaktadresse verwenden:

Dienstadresse

Privatadresse

Dienstadresse:

Krankenhaus: _____

Klinik/Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (Dienst): _____

E-Mail-Adr. (Dienst): _____

Privatadresse:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (Privat): _____

E-Mail-Adr. (Privat): _____

Handy (Privat): _____

Kontoverbindung (bei Lastschrifteinzug anzugeben):

Lastschrift

Rechnung

(Bei Rechnungsstellung erhöht sich der jeweilige Mitgliedsbeitrag um 10,00 €!)

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Tätigkeitsbericht aus der AG Lehre der DGOU 2015

„Entwicklungsstand und weitere Vorhaben“

Dr. Susanne Fröhlich/Prof. Dr. Udo Obertacke

Im Hinblick auf das weitere Zusammenwachsen der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich die AG Lehre auch in diesem Jahr mit den Inhalten und der strukturellen Koordination der Lehre in O und U befasst.

1. Die Erarbeitung von bundesweiten Daten und Informationen über die studentische Lehre im Fach O & U

Der im Jahr 2011 von der AG Lehre der DGOU publizierte und eingeführten Lehrzielkatalog: *“An educational skills programme for undergraduate training in orthopaedic and trauma surgery”*. Z Orthop Unfall; 2011 Oct;149 steht aktuell nach einer Evaluation durch PJ-Studierende hinsichtlich der strukturellen und inhaltlichen Verteilung der Lernziele zur Auswertung an. Ziel dieser Projektarbeit ist eine Wissensanalyse, an der PJ-Studierende in ihrem Wahlterial teilnehmen. Es soll das Wissen zu Beginn des Wahlterials im PJ und zum Ende desselben evaluiert werden. Um einen größeren Querschnitt an PJ-Studierenden abbilden zu können, nahmen an diesem Projekt außer der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock zudem die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie der Universitätsmedizin Greifswald, die Sektion für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Schleswig Holstein in Lübeck sowie das Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (Klinik für Orthopädie) der Charité in Berlin teil. Die Ergebnisevaluation dient als Feedback, welches offenlegen soll, ob die im LZK geforderten Mindestinhalte erbracht werden konnten oder ob sich die Notwendigkeit einer Überarbeitung des Lehrzielkataloges ergibt.

2. Entwicklung und Prüfung von neuen Lehr- und Lernkonzepten

- Die AG Lehre verfolgt aktuell das Ziel, peer-review geprüfte Lehrvideos bezüglich Untersuchungstechniken

inkl. 3-D Animation der untersuchten Anatomie zu konzipieren und zu erstellen. Es existiert zwar ein Vielzahl von Lehrvideos im Internet, – diese sind jedoch in ihrer Struktur sehr inhomogen.

- Im Juni dieses Jahres sind ersten Pilotkurse des DGOU Kursformates „IC-Interpersonal Competence by DGOU and Lufthansa Flight Training“ erfolgreich gestartet. Ziel dieses wichtigen Projektes ist es, die interpersonellen Kompetenzen zu stärken, um Fehler, entstanden auf dem Boden der sog. „Human Factors“ (z. Bsp. mangelnde Kommunikation) im Klinikalltag zu reduzieren. Die AG Lehre hat die Konzipierung dieser Kurse mitbegleitet. Dieses Kursformat ist neu, ungewohnt, aber extrem wichtig. Und – es wird von den jungen Ärzten, welche bereits Gelegenheit hatten, die Kurse zu absolvieren begeistert aufgenommen. In naher Zukunft ist die Konzeptionierung entsprechender Aufbaukurse geplant, welche auf Entwicklungsstufen der ärztlichen Laufbahn zugeschnitten werden sollen.

3. Beratung des Vorstands der DGOU und des Ordinarienkonvents

- Im Rahmen des 76. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag (oMFT) in Kiel ist der NKLM (Nationaler kompetenzbasierter Lehrzielkatalog für Medizin) durch die Delegierten des MFT verabschiedet worden. Ob dieser eine Verbesserung in der Lehre bewirken wird, bleibt abzuwarten. Die Erprobungsphase soll im Jahr 2020 abgeschlossen sein. Die über 3000 Lehrziele sind zuvor in einem Delphi-Prozess (2 Runden) durch uns für die Fachgesellschaften DGU und DGOOC und den gemeinsamen Ordinarienkonvent abschließend kommentiert worden. Hinsichtlich der Überarbeitung wurde im Rahmen der letzten Vorstandssitzung die

mangelnde Transparenz seitens der NKLM-Redaktion bezüglich des Kommentierungsprozesses kritisiert.

- Die Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung sind beauftragt worden, einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu entwickeln, in welchem Maßnahmen und Umsetzungsschritte für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium gemeinsam festgelegt werden sollen. Zu den o.g. Unterpunkten hat die AG Lehre für die DGOU bei der AWMF (AG der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachverbände) Stellung bezogen, im Hinblick darauf, wie sich unsere Fachgesellschaft in den Masterplan mit einbringen kann bzw. wo substantielle Kritik an der Planung erforderlich ist oder wesentliche Themen nicht berücksichtigt wurden.

4. Neuigkeiten und Erkenntnisse in der Lehre – aktuelle Publikationen

Die aktuellen Publikationen der AG Lehre beziehen sich auf die Auswertung der im Jahr 2013 abgeschlossenen bundesweiten Umfrage von ca. 9000 Medizinstudierenden (vergleichende Evaluation der praktischen Anteile Medizinstudiums):

Physician Shortage: How to Prevent Generation Y From Staying Away - Results of a Nationwide Survey.

Kasch R, Engelhardt M, Förch M, Merk H, Walcher F, Fröhlich S. Zentralbl Chir. 2015 Sep 21. [Epub ahead of print] German. PMID: 26394048

Re: Surgical subinternships: bridging the chiasm between medical school and residency.

Wirkner J, Lange J, Napp M, Fröhlich S, Wetterau E, Merk H, Kasch R. Am J Surg.

Aus den Verbänden

2015 May 9. pii: S0002-9610(15)00218-4. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.02.001. [Epub ahead of print] PMID: 26072191

Importance of work-life balance among German medical students who wish to become gynecologists.

Kasch R, Stollhof L, Schulz AP, Froehlich S, Merk H, Kasch J.

Arch Gynecol Obstet. 2015 Feb;291(2):239. doi: 10.1007/s00404-014-3527-7. Epub 2014 Nov 8. PMID:25380990

In Arbeit befindet sich momentan die Auswertung des PJ und der Famulatur in der Chirurgie als auch in O & U.

Abschließend möchten wir allen aktiven Mitgliedern der AG für Ihr zeitaufwendig-

es Engagement in den letzten Jahren danken.



Foto: privat

Dr. Susanne Fröhlich / Prof. Dr. Udo Obertacke Leiter der AG Lehre der DGOU

AG O & U in Entwicklungsländern (AGOUE) re-konstituiert

Prof. Dr. Michael Oberst

Am 23.10.2015 fand im Rahmen des DKOU in Berlin die re-konstituierende Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Orthopädie und Unfallchirurgie in Entwicklungsländern (AGOUE) statt. Die AG war 2008 aufgrund des Engagements und der Initiative des damaligen Ordinarius für Orthopädie in Marburg, Prof. Dr. Peter Gris, als erste gemeinsame Arbeitsgemeinschaft der neu gegründeten DGOU ins Leben gerufen worden."

Nach dem leider viel zu frühen Tod des Kollegen Griss im Jahre 2012 konnte seinerzeit kein Nachfolger für die Leitung der AG gefunden werden, weswegen die AGOUE für mehrere Jahre ruhte. Auf Initiative der DfD-i (Doctors for Disabled international), konnte im Vorfeld des diesjährigen Kongresses der DGOU das „alte Netzwerk“ der AGOUE reaktiviert werden, so dass sich zur re-konstituierenden Sitzung am 23. Oktober fünfzehn Interessierte und größtenteils auch aktiv in der Entwicklungshilfe engagierte Kolleginnen und Kollegen zusammenfanden, um die AG wieder aufleben zu lassen.

Im ersten Teil der Sitzung berichteten die Kolleginnen A. Helmers und K. v. d. Busche

von ihren kinderorthopädischen Projekten in Westbengal bzw. Südindien. V. Wesselsky referierte über seine Erfahrungen der Behandlung hochgradiger rachitischer Beinfehlstellungen in Kaduna/Nigeria. B. Friemert informierte die Zuhörer über die humanitären Hilfen der Bundeswehr im Rahmen von Auslandseinsätzen, bevor die Vortragsrunde mit den ethisch-philosophischen Betrachtungen von U. Holz, „There is a duty to assist – Illusionen dieses Imperativs“, abgeschlossen wurde.

Ziele und Ausrichtung

Anschließend erfolgte eine intensive und fruchtbare Diskussion über die künftigen Ziele bzw. die Ausrichtung der AGOUE. Hierbei wurden folgende Themengebiete erörtert:

- Lobbyarbeit sowohl innerhalb als auch außerhalb der Fachgesellschaft
- Kontaktpflege mit Entscheidung/Gremien/Organisationen
- Erstellung einer Internet-Plattform mit Verlinkung zu verschiedenen Projekten, Aktivitäten, „Jobbörse“ etc.
- Künftige Anerkennung von humanitären Auslandsaktivitäten als Wei-

terbildungszeiten im Rahmen der Ausbildung zum FA O & U.

- Erleichterung der Tätigkeit/Beschäftigung von Gastärzten.

Das Protokoll der Sitzung sowie weitere Informationen zur AGOUE sind im Internet über die Homepage der DGOU abrufbar.

Die neu belebte AGOUE freut sich über weitere Kolleginnen und Kollegen die Interesse daran haben sich aktiv einzubringen! Unsere nächste Zusammenkunft findet im Rahmen der Frühjahrstagung der VSOU in Baden-Baden statt. Wir treffen uns am 30.4.2016 im Kongresszentrum in Baden-Baden um 10:30 Uhr im Sitzungsraum 11.



Foto: privat

Prof. Dr. Michael Oberst Leiter Arbeitsgemeinschaft Orthopädie und Unfallchirurgie in Entwicklungsländern



www.aga-kongress.info

GRENZEN ÜBERWINDEN

33. AGA KONGRESS

15.–17. September 2016 • Basel • Schweiz

AGA – GESELLSCHAFT FÜR ARTHROSKOPIE UND GELENKCHIRURGIE

Hauptthemen

- Intraoperative Problemlösungen
- Umgang mit Komplikationen
- Optimale Diagnostik
- Update Knorpelchirurgie
- Update Meniskusteil- und -vollersatz
- Update Bandchirurgie
- Patienten-spezifische Operationen
- Mini-Gelenkteilersatz

Sitzungsformate

- Instruktionkurse
- Forschungstag/ Internationaler Tag
- Berufspolitik
- Expertentreff
- OP Techniken
- Poster
- AGA-Studenten
- Forum AGA-Assistenzärzte

Kongresspräsidenten

PD Dr. med. Michael Hirschmann
PD Dr. med. Matthias Zumstein

Veranstalter & Kontakt

www.intercongress.de
aga@intercongress.de

Abstracteinreichung

DEADLINE: 15. Februar 2016

Veranstaltungsort

Congress Center
Basel



Ausschuss Wissenschaft und Forschung DGOU

Von der Grundlage bis zur Klinik

Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Prof. Dr. Anita Ignatius

In der öffentlichen Sitzung des Ausschusses Wissenschaft und Forschung der DGOU am 22.10.2015 auf dem DKOU wurde mit Fokus auf Nachwuchswissenschaftler ein Symposium gestaltet, das sich mit den grundlegenden Fragen für eine wissenschaftliche Aktivität befasste.

Herr Prof. Dr. Franz Jakob, Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Muskuloskelettales Zentrum Würzburg (MCW), eröffnete einen Blick auf Zukunftsthemen in O&U. Er empfahl, Fragestellungen aus der praktischen klinischen Arbeit interdisziplinär anzugehen und auch andere Fakultäten einzubeziehen. Eine Zielsetzung ist beispielsweise die Funktionswiederherstellung oder eine Verbesserung der Regenerationsfähigkeit. Dazu sollte geprüft werden, ob Partner gewonnen werden können, um z. B. High-tech-Methoden, Techniken und Instrumente mit einzubeziehen. Gerade wegen der Komplexität vieler Fragestellungen, ist die Bearbeitung mit Partnern essentiell. Als Beispiel führte er die Mechanobiologie an, also die Möglichkeit, Biomechanik und Gewebsveränderungen zu kombinieren, z. B. Forschung zur Stammzellbiologie und zur Gewebe-Regeneration, zur Mechanobiologie, zu Alterung und Epigenetik, zur Entzündung und Infektion sind alle von den Themen her nach wie vor hochaktuell. Man muss dies alles eben in dem interdisziplinären Kontext und dadurch dann auch auf höherem biologischem und technischem Niveau bearbeiten. Dann wird die Forschung in unserem Fachgebiet auch weiter sichtbar und konkurrenzfähig bleiben.

Innovation und Originalität

Zur Frage „Wie realisiere ich mein Forschungsprojekt?“ referierte Herr Prof. Dr. Thomas Pap, Institut für Experimentelle Muskuloskelettales Medizin (IEMM), in

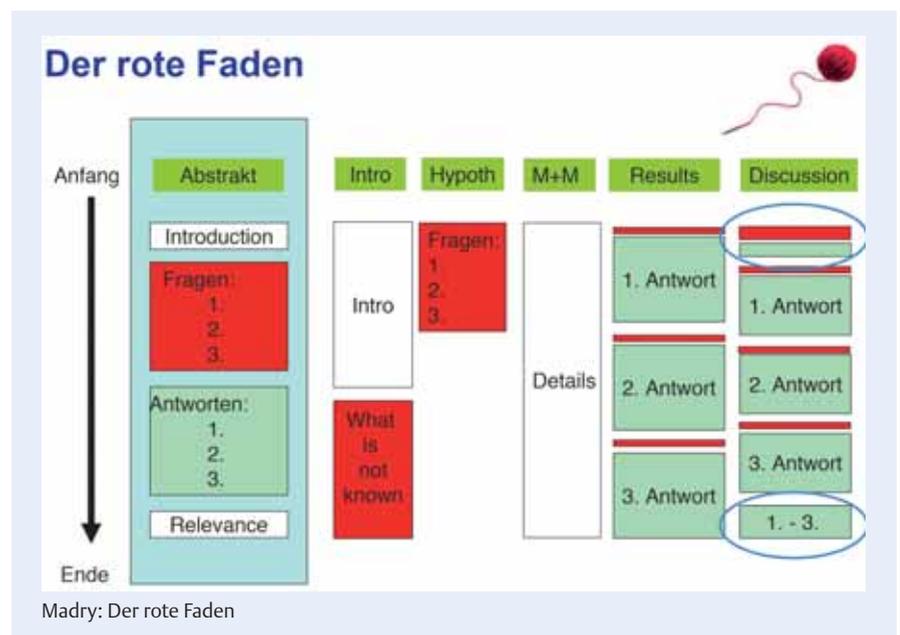
der Medizinischen Fakultät Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Er stellte die Innovation und Originalität als Schlüssel für eine erfolgreiche Antragstellung heraus. Dabei muss sichergestellt sein, dass geeignete Modelle, Techniken und entsprechendes Knowhow vorhanden sind. Antragsteller haben verschiedene Fördermöglichkeiten. Bei der DFG wird verständlicher Weise darauf abgestellt, dass der Bewerber entsprechende Vorarbeiten geleistet hat und somit auch die persönlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Projektdurchführung mitbringt. Die Antragsbewertung richtet sich streng nach wissenschaftlichen Kriterien.

Entsprechend empfiehlt er eine detaillierte Arbeitshypothese, die möglichst konkret ist und als Ausgangspunkt für das Arbeitsprogramm dient. Sie muss realistisch sein. Gegebenenfalls sind Alternativstrategien bei Schwierigkeiten aufzuzeigen. Neben den eigenen Vorarbeiten und den Er-

folgsaussichten ist auch ausreichend darzustellen, welche Arbeiten in dem angestrebten Forschungsbereich bereits von anderen Gruppen erfolgreich durchgeführt wurden. Dies dient auch dazu, abzuschätzen, welche Publikationen aus dem Projekt hervorgehen könnten.

Herr Dr. Matthias Pumberger, Virchow Klinikum Charité Berlin, Centrum Muskuloskelettales Chirurgie, berichtete über das spezielle „clinical scientist program“ der Charité Berlin.

Aufgrund der Arbeitsverdichtung in der klinischen Routine, steigender Fallzahlen bei kurzer Verweildauer und wegen der Anforderungen des Weiterbildungskataloges kann eine erfolgreiche Forschungstätigkeit nicht mehr begleitend zur klinischen Tätigkeit durchgeführt werden. Entsprechend hat die Charité nach dem 3. Weiterbildungsjahr ein spezielles Programm geschaffen, bei dem 50 Prozent der Arbeitszeit für Forschung



eingesetzt wird. In einem 3jährigen Zyklus wird ein beantragtes Forschungsprojekt nach einem festen Curriculum abgearbeitet.

2013 schrieb die Charité dieses Förderprogramm erstmals aus, das eine umfangreiche wissenschaftliche Ausrichtung mit modularen Ausbildungseinheiten und konkrete Projektarbeit mit regelmäßiger Evaluation beinhaltet. Seit 2014 sind an der Charité Junior Clinical Scientists mit klinischen und wissenschaftlichen Mentoren etabliert. Die partielle Auszeit von der klinischen Routine ermöglicht den Aufbau einer eigenen Arbeitsgruppe.

Die Struktur ist das Entscheidende

Die Erstellung einer wissenschaftlichen Publikation ist für viele Neulinge schwie-

rig. Prof. Dr. Henning Madry, Lehrstuhl für Experimentelle Orthopädie und Arthroscopie, Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, gab wertvolle praktische Tipps. Er stellte heraus, dass stets klare Fakten und klare Aussagen der Kern der Publikation sein müssen. Wie ein roter Faden muss sich die Struktur durch das Manuskript ziehen. Material und Methoden beschreiben Studiendesign. Die Resultate sollten kurz und prägnant dargestellt werden. Die Diskussion muss alle wesentlichen Arbeiten einbeziehen und sollte mit einer klinischen Perspektive enden sowie mit noch offenen Fragen. Er empfiehlt an einem Manuskript mehrfach, mit Zeitabstand, zu feilen und genügend Zeit für Graphiken und Tabellen aufzuwenden. Beispielhaft ist seine Übersicht, die in der Abbildung dargestellt ist.

Wir freuen uns, dass wir mit diesem Symposium das Interesse jüngerer Kollegen gefunden haben.



Prof. Dr. Dr. h.c.
Joachim Grifka



Prof. Dr. Anita Ignatius

Neue Mitglieder

Stefanie **Lajos** · Essen
 Dr. Stefan **Zwingerberger** · Dresden
 Dr. Miklos **Lovasz** · Crailsheim
 Dr. Philipp **Weber** · Duisburg
 Christian **Hipfl** · Berlin
 Dr. Philip Johannes Felix **Leute** · Göttingen
 Dr. Bernhard **Christen** · BERN 25
 Anja **Krull** · Salzwedel
 Dr. Florian **Ruß** · Nürnberg
 Dr. Tarek **Al-Malat** · Duisburg
 Dr. Patricia **Bauer** · Neumarkt

Pia **Brecht** · Frankfurt am Main
 Annalice **Gode** · Lübeck
 Elisabeth **Böhm** · Berlin
 Dr. Matthias **Russ** · Saarbrücken
 Thomas **Pfeiffer** · Köln-Merheim
 Dr. Christine **Dittrich** · Erfurt
 Marta **Thomanek** · Erlangen
 Johanna-Maria **Semik** · München
 Dr. Dorina **Tertiu** · Ingolstadt
 Hinnerk **Stubbe** · Ribnitz-Damgarten
 Dr. Mara **Friton** · Köln

Faleh **Mohedat** · Hünfeld
 Stephanie **Elvert** · Köln
 Kristina **Hüsers** · Frankfurt am Main
 Dr. Henri **Kettler** · Hannover
 Yann **Croissant** · Wiesbaden
 Dr. Arien **Dijkstra** · Almere
 Dr. Christoph **Steger** · Schwarzach
 Dr. Erik **Schiffner** · Düsseldorf
 Dr. Marek **Rayzacher** · Dessau-Roßlau

AG 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen

Prof. Dr. Marcus Schilttenwolf, Heidelberg

Auf der 88. Sitzung der AG 2 wurden neue Studien zur Schädigung der Rotatorenmanschette unter langjähriger Belastung des Schultergürtels vorgetragen: **Rotatorenmanschettenmanschettenläsion – Folge körperlicher Beanspruchung des Schultergürtels?**

M. Akbar, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sprach über Veränderungen der Rotatorenmanschette bei paraplegischen Rollstuhlfahrern.

Die aktuellen epidemiologischen Daten zeigen, dass in Deutschland im Jahre 2013 insgesamt 2000 Menschen eine akute Querschnittslähmung erlitten haben (227 Fälle pro 1 Million Einwohner). Es ist erwähnenswert, dass die Lebenserwartung querschnittgelähmter Menschen in den vergangenen Jahrzehnten aufgrund stetiger Verbesserungen und Fortschritte in der medizinischen und pflegerischen Krankenversorgung weiter verbessert werden konnte und sie mit der Lebenserwartung der Normalbevölkerung vergleichbar ist. Paraplegische Menschen sind zum Erhalt der Mobilität vom mechanischen Rollstuhl abhängig. Die Schultergelenke paraplegischer Menschen werden beim Antreiben des Rollstuhls und Tragen des Körpergewichts (Transfers) aufgrund unphysiologischer Bewegungen biomechanisch stark beansprucht. Rollstuhltypische Beanspruchung des Schultergürtels und höhere Lebenserwartung paraplegischer Menschen lassen das vermehrte Auftreten degenerativer Veränderungen und Erkrankungen des Schultergelenkes paraplegischer Menschen erwarten. Erkrankungen und Verletzungen der oberen Extremität haben für sie verheerende Folgen mit Verlust der Mobilität und Selbstständigkeit. Obwohl chronische Schulterbeschwerden bei 30 bis 67% der Patienten mit Rückenmarksverletzung beschrieben sind, unterscheiden die meisten Studien nicht zwischen spezifischen organpathologischen Veränderungen des Schultergürtels. Die hier vor-

gestellten Studien hatten die Zielsetzung, die Häufigkeit und Prävalenz der Rotatorenmanschettenruptur (RMR) bei paraplegischen Menschen zu analysieren, mögliche Risikofaktoren zu identifizieren (Alter, Lähmungsdauer, Lähmungshöhe, Sport etc.) und ihre Bedeutung bei der Entstehung von Schultergelenksbeschwerden bei paraplegischen Menschen zu evaluieren.

In der ersten klinischen Fall-Kontroll-Studie wurden 100 paraplegische Menschen (Durchschnittsalter 52 Jahre und durchschnittliche Lähmungsdauer 34 Jahre) alters- und geschlechtsgepaart mit 100 Probanden aus der Normalbevölkerung (Stichprobe) verglichen. Klinisch und mittels MRT wurden jeweils 200 Schultergelenke aus beiden Gruppen untersucht. In der Gruppe der paraplegischen Menschen hatten 63% (63 von 100) eine RMR, in der Probandengruppe nur 15% (15 von 100). Die Prävalenz der Sehnenrisse war in der paraplegischen Gruppe 4-fach höher im Vergleich zur Probandengruppe. Die paraplegischen Menschen mit einem Sehnenriss waren signifikant jünger als die Vergleichspersonen mit einer RMR. Zusätzlich konnte die Risikoanalyse zeigen, dass das Risiko einer RMR in der paraplegischen Gruppe 10-fach höher war im Vergleich zu der Probandengruppe.

In der folgenden Querschnitt-Studie wurden 317 paraplegische Menschen mit einem Durchschnittsalter von 49 (19–76) Jahren und einer durchschnittlichen Lähmungsdauer von 27 (5–56) Jahren eingeschlossen. 161 (51%) Patienten hatten keine RMR. 156 (49%) Patienten hatten eine RMR. Einen einseitigen Sehnenriss hatten 64 (20%) Patienten, einen beidseitigen 92 (29%). Die paraplegischen Menschen mit einem beidseitigen Sehnenriss waren signifikant älter und hatten eine signifikant längere Lähmungsdauer im Vergleich zu denen mit einem einseitigen Sehnenriss oder keinem Sehnenriss.

In einer weiteren Querschnitt-Studie wurden 296 paraplegische Menschen untersucht. Die Studienpopulation wurde in 2 Gruppen (Sport vs. kein Sport) unterteilt. In die Sport-Gruppe wurden 103 paraplegische Menschen (Durchschnittsalter 49 Jahre; durchschnittliche Lähmungsdauer 27 Jahre) eingeschlossen (1–2 mal pro Woche Überkopf-Sport), in der kein-Sport-Gruppe wurden 193 Patienten (Durchschnittsalter 48 Jahre, durchschnittliche Lähmungsdauer 25 Jahre) (weniger als 1 mal pro Woche Sport bis zu kein Sport) eingeschlossen. BMI betrug in der Sport-Gruppe durchschnittlich 22 kg/m² und in der Gruppe ohne regelmäßigen Sport 28 kg/m². BMI war in der Sport-Gruppe signifikant kleiner als in der Gruppe ohne Sport. In der Sport-Gruppe hatten 78 von 103 (76%) Patienten einen Sehnenriss, in der Gruppe ohne regelmäßigen Sport hatten 70 von 193 (36%) untersuchten Personen einen Sehnenriss. In der Studie konnte gezeigt werden, dass regelmäßiger Sport häufiger zu einem Sehnenriss der schulterumgreifenden Rotatorenmanschette führt und das Risiko um das 2-fache erhöht einen Sehnenriss zu entwickeln. Die Personen in der Sport-Gruppe waren insgesamt gesünder (niedriger BMI) aber hatten signifikant häufiger einen Sehnenriss.

In den Studien konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit und Prävalenz der RMR in der paraplegischen Population signifikant erhöht ist. Das Alter, die Lähmungsdauer und die regelmäßige sportliche Aktivität i. S. von Überkopf-Sport konnten als Risikofaktoren identifiziert werden.

M. Loew, ATOS-Klinik Heidelberg, stellte eine Untersuchung zu Rotatorenmanschettenläsionen (RML) bei beruflicher Überkopfbelastung vor.

100 angestellte männliche Maler und Gerüstbauer des Rhein-Neckar-Kreises (Gruppe A), die mehr als 10 Jahre (σ 20

Jahre) berufstätig waren, wurden unselektiert in eine Querschnittstudie aufgenommen und mit einer nach Alter gematchten Kontrollgruppe gleicher Probandenzahl (Gruppe B) verglichen (Gruppe A $45,8 \pm 8,7$, Gruppe B $46,2 \pm 9,3$ Jahre). Es wurden subjektive Beschwerden und der Constant Score zur Schulterfunktion erfasst. Bei allen Probanden erfolgte eine MRT-Untersuchung beider Schultern. Dokumentiert wurde das Vorliegen von RML.

82% aus Gruppe A und 25% aus Gruppe B gaben Schulterbeschwerden in der Anamnese an. In ärztlicher Behandlung deswegen waren 55% gegenüber 8%. Im MRT zeigten 39% aus Gruppe A und 29% aus Gruppe B eine ACG-Arthrose ($p=0,14$) und 6% gegenüber 0% eine Omarthrose ($p=0,02$) der dominanten Schulter. Eine RML fand sich auf der dominanten Seite in 52% von Gruppe A gegenüber 9% von Gruppe B ($p<0,01$), eine Komplettruptur (RMR) in Gruppe A 10% vs. Gruppe B 3%. Die Odds Ratio für das Vorliegen der RML

betrug 10,57. Ein signifikanter Unterschied im Auftreten von RML auf der dominanten Seite ergab sich in Abhängigkeit von der Dauer der Berufsausübung (<20 J: 30,2%; >20 J: 56,1%; $p=0,01$). Die Ergebnisse der Studie belegen, dass jahrelange berufliche Überkopfbelastung zu gehäuftem Auftreten von Rotatorenmanschettenläsionen auf der dominanten und auch der Gegenseite führt, die abhängig von der Zeitdauer der beruflichen Exposition sind.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die hier vorgestellten Arbeiten einen deutlichen Zusammenhang zwischen Belastung des Schultergürtels und beschleunigtem Verschleiß der Rotatorenmanschette belegen. Die medizinischen Grundlagen für eine berufsbedingte Rotatorenmanschettenschädigung infolge langjähriger Schulterbeanspruchung durch Kraftaufnahme und Überkopfarbeit sind wahrscheinlich.

Literatur:

- 1 Akbar M, Brunner M, Balean G, Grieser T, Bruckner T, Loew M, Fürstenberg CH, Raiss P. Etiology of rotator cuff tears in paraplegic patients: a case-control study. J Shoulder Elbow Surg. 2012 Jan;21(1): 23-8.
- 2 Akbar M, Brunner M, Balean G, Grieser T, Bruckner T, Loew M, Raiss P. A cross-sectional study of demographic and morphologic features of rotator cuff disease in paraplegic patients. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Oct;20(7): 1108-13.
- 3 Akbar M, Balean G, Brunner M, Seyler TM, Bruckner T, Munzinger J, Grieser T, Gerner HJ, Loew M. Prevalence of rotator cuff tear in paraplegic patients compared with controls. J Bone Joint Surg Am. 2010 Jan;92(1): 23-30



Foto privat

Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Heidelberg

Fotos: Jürgen Staiger



Willkommen in der AO Welt in Davos

Deutschsprachiger AO Trauma Master Kurs

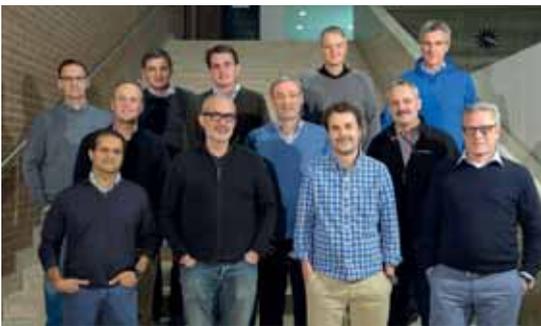
Paul Grützner, Ludwigshafen, Philip Wilbrandt, Reclin

Vom Sonntag, 6. Dezember, bis Donnerstag, 10. Dezember 2015, fand in Davos der einzige deutsch-sprachige AO Master Kurs weltweit statt, gemeinsam organisiert von der AO Trauma Deutschland, Österreich und Schweiz. Der ausgebuchte AO Master Kurs wurde von Paul Grützner (Ludwigshafen), Franz Kralinger (Wien) und Marius Keel (Bern) geleitet. 12 weitere Referenten aus drei Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz) unterrichteten 47 Teilnehmer aus Deutschland (30), Österreich (9), Schweiz (6), Ungarn (1) und Italien (1), was einem Betreuungsverhältnis von

unter 1:3 entspricht. Alle Teilnehmer waren erfahrene Fachärzte, davon die meisten in ihrer Klinik als Oberarzt oder Chefarzt tätig. 60% der Teilnehmer arbeiten in Einrichtungen der traumatologischen Maximalversorgung.

Inhaltlich lag das Augenmerk auf den komplexen Verletzungen am Ellenbogen, den operativen Strategien und Osteosyntheseverfahren bei proximalen Femurfrakturen und den komplexen Verletzungen des Sprunggelenks einschließlich rekonstruktiver Verfahren.

Jedes Modul umfasste eine Reihe von Impulsreferaten mit Darstellung der aktuellen, evidenzbasierten Therapiestandards. Fallgestützte Vorträge erforderten und ermöglichten einen interaktiven Austausch zwischen Dozenten und Kursteilnehmern. Diskussionen von Fällen in kleinen Gruppen dienten dazu, den Teilnehmern die Indikationsstellung und das Gesamtmanagement der Verletzung nachvollziehbar und einleuchtend aufzuzeigen. Es zeigte sich, dass gerade die offene Diskussion in der eigenen Muttersprache besonders fruchtbar und inspirierend für alle Beteiligten war.



Die Faculty des Master Kurses: 1. Reihe von links: Rohit Aroora, Marius Keel, Christoph Meier und Michael Raschke. Mittlere Reihe von links: Franz Kralinger, Pol Rommens und Florian Gebhard. Hintere Reihe von links: Lars Müller, Michael Plecko, Ulrich Stöckle, Jan van Recum und Paul Grützner.



Davos zu Kursbeginn noch ohne Schnee

Insgesamt wurde der Kurs außergewöhnlich gut evaluiert, besonders die Gruppendiskussionen! Als Feedback von den Teilnehmern kam: bester AO Kurs seit langem, Themen klinisch relevant, offene Diskussionen, sehr gute Qualität der Vorträge, Praxisrelevanz, internationales Flair im Kongresszentrum, self-directed learning modules sind eine sinnvolle

Ergänzung – und da diese nur in Davos während der AO Kurswochen möglich sind, lohnte sich die Reise in die Schweiz. Geschätzt wurde auch der intensive Austausch mit den Kollegen aus Österreich und der Schweiz und zwischen Teilnehmern und Faculty, die durch das hohe Niveau der Teilnehmer selbst erheblich profitieren konnten. Zusammenfassend

war dies ein Kurs im „Spirit der AO“ besten Sinne.

Der nächste deutsch-sprachige AO Master Kurs (und einzige weltweit) findet vom 4.–8.12.2016 in Davos, Schweiz, statt.

Neues aus der Deutschen AO

Prof. Michael J. Raschke (Präsident), Münster, Prof. Karl-Heinz Frosch (Community Development), Hamburg

Die AO bietet im Jahr 2016 wieder viele Veranstaltungen und Fördermöglichkeiten an. In Deutschland finden im Bereich Traumatologie für Ärzte 14 Kurse und 13 Seminare, für ORPs sieben Kurse und drei Seminare statt. Dazu kommen je zwei Veranstaltungen in den Bereichen Wirbelsäule, MKG und Veterinär sowie ein Neuro Kurs. Im folgenden Artikel weisen wir auf aktuelle Ausschreibungen hin.

Jahrestagung: Reisestipendium

Die Jahrestagung der Deutschen AO findet vom 5. bis 7. Mai 2016 in Bern, Schweiz statt. Es ist die gemeinsame 3-Ländertagung mit der AO Schweiz und AO Österreich. Auf dieser Tagung stehen u.a. Falldiskussionen zum proximalen Humerus, Hüftgelenk und Ellbogen im inhaltlichen Mittelpunkt. Für die Sitzung „Tipps & Tricks“ schreibt die AO drei Reisestipendien aus (Reise- und Übernachtungskosten werden bis zu einem Betrag in Höhe von 1000€ übernommen). Es werden insbesondere „junge“ Mitglieder ermuntert, sich auf diese Stipendien zu bewerben.

Einzureichen ist ein klinischer Fall aus einem der genannten drei Bereiche, der eine „take home message“ beinhaltet sowie ein Kurz-CV. Die Deadline ist der 29. Februar 2016. Die Fälle sind einzureichen bei Prof. Dr. Michael J. Raschke, Präsident der AOTD, Email: jutta.bergamos@ukmunster.de

Research Mini Grants 2016

Die AOTrauma Europe schreibt zum ersten Mal sogenannte „Research Mini

Grants“ aus. Diese fördern klinische und angewandte Forschungsprojekte aus dem Bereich der muskuloskelettalen Chirurgie mit bis zu 8000 CHF. Anträge müssen auf Englisch bis zum 29. Februar 2016 eingereicht werden. Die ausgewählten Projekte werden im April 2016 bekanntgegeben. Mehr Informationen und alle erforderlichen Unterlagen befinden sich auf der website www.aotrauma.org/research

Forschungsförderung der Deutschen AO

Die Deutsche AO fördert Forschungsprojekte des wissenschaftlichen Nachwuchses jährlich mit bis zum 75000€. Die Bewerbungsfrist der nächsten Ausschreibung endet am 31.03.2016. Bewerben können sich klinisch aktive AO Mitglieder mit Ausnahme von AOSpine. Bewerbungen sind zu richten an den AO Research Officer, Prof. Georg Duda, Email: georg.duda@charite.de.

Die Details der Ausschreibung befinden sich auf der website www.aotrauma.org/deutschland

Clinical Research Fellowship Program for Surgeons

Dieses 3-monatige Fellowship in Zürich, Schweiz richtet sich an klinisch aktive Chirurgen/-innen, die sich im Gebiet der klinische Forschung weiterbilden wollen. Während dieser Zeit gibt es sowohl Schulungen durch das AO CID Team als auch die aktive Mitarbeit an laufenden Studien, um alle Phasen einer klinischen Studie von Planung, Monitoring, Datenanalyse bis hin zur Publikation praktisch zu durchlaufen.

Bewerben können sich Mitglieder von AOTrauma und AOCMF, die mindestens schon einmal publiziert haben. Die Bewerbungsfrist endet am 31.03.2016. Bewerbungen sind zu richten an: Alexander Joeris, Email: aocidfellowship@aofoundation.org

Weitere Informationen und die Bewerbungsunterlagen sind erhältlich unter: www.aofoundation.org/CID

AOTrauma Fellowships 2017

Das Bewerbungsverfahren für die weltweiten AOTrauma Fellowships für das Jahr 2017 beginnt im April 2016. Die genauen Details standen beim Redaktionsschluss dieser OUMN Ausgabe noch nicht fest, aber wir möchten rechtzeitig darauf hinweisen, die entsprechende website zu konsultieren:

www.aotrauma.org/fellowship

Voraussetzung ist die Mitgliedschaft

Für alle Ausschreibungen gilt, dass die Mitgliedschaft in der AO vorausgesetzt wird (Eintritt ist bis zum jeweiligen Bewerbungsfristende möglich). In diesem Zusammenhang sei erneut darauf hingewiesen, dass Faculty an AO Kursen und Seminaren **AO Mitglied** sein müssen. Ausnahmen davon gelten für alle Nicht-Orthopäden und Nicht-Unfallchirurgen, z.B. Anatom, Psychiater, Medizin-Ethiker, Gefäß- oder Plastische Chirurgen oder Geriater.

Mehr Informationen unter www.aotrauma.org/deutschland

Ein Jahr im Amt: als Generalsekretär von DGOU und DGOOC



Prof. Dr. Bernd Kladny

Prof. Bernd Kladny ist seit Januar 2015 Generalsekretär der DGOOC und der DGOU. Das ist jetzt ein starkes Jahr gewesen. Jetzt wechselt er mit Prof. Hoffmann die Position und ist dann stellvertretender Generalsekretär der DGOU. Aber DGOOC-Generalsekretär bleibt er weiterhin. OUMN fragte ihn, wie es ihm in seiner Funktion ergangen ist und welche Erfahrungen er gesammelt hat.

Prof. Kladny, wie haben Sie Ihre beiden Ämter „neben“ Ihrer Klinik­tätigkeit bewältigt?

Mein Einkommen beziehe ich unverändert aus meiner Klinik­tätigkeit, ohne die mein Leben auch nicht vorstellbar wäre. Meine Geschäftsführung unterstützt mich außergewöhnlich und dafür danke ich den Herren Krotschek und Dahlhaus. Ohne diese Unterstützung wäre das nicht machbar. Gleiches gilt für die große Unterstützung durch mein Team in der Klinik. Eine sehr gut funktionierende Geschäftsstelle ist eine weitere wichtige Voraussetzung. Ich empfand einen großen Rückhalt durch die geschäftsführenden Vorstände unserer Fachgesellschaften. Die enge, vertrauensvolle und effiziente Zusammenarbeit mit dem korrespondierenden Generalsekretär Reinhard Hoffmann und mit dem Präsidenten des

BVOU Johannes Flechtenmacher ist eine weitere wichtige Grundlage. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass es auch einer nachsichtigen Familie und insbesondere einer verständnisvollen Ehefrau bedarf. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind und man bereit ist, den enormen zeitlichen Aufwand zu erbringen und man auch den unbedingten Willen dazu hat, dann ist es zu schaffen.

Sie haben mit den Herren Prof. Niethard und Prof. Siebert große Vorgänger. Welche Aufgaben haben diese Ihnen hinterlassen bzw. überlassen?

Wir haben alles bestens vorbereitet überlassen bekommen. Die Einarbeitung, die bereits Mitte 2014 begonnen hatte, war sehr hilfreich. Uns war klar, dass unsere Vorgänger extrem hohe Maßstäbe gesetzt haben. Was es bedeutet, dieses Amt auszuüben, merkt man aber erst, wenn man es antritt und wirklich in der Verantwortung steht.

Sicherlich müssen Sie Prioritäten setzen. Welche Aufgaben sind für Sie vorrangig?

Eine der vordringlichsten Aufgaben war es, den Geschäftsbetrieb und alles, was an Projekten auf den Weg gebracht worden war, fortzuführen. Die Geschäftsstelle war so zu organisieren, dass die Aufgabe für Reinhard Hoffmann und mich auch neben der Klinik­tätigkeit zu bewältigen ist. Die Umsetzung der Vorschläge des Strategietreffens Potsdam III beschäftigte uns gleich zu Beginn des Jahres. Weitere wichtige Herausforderungen sehe ich aktuell in der Entwicklung der Weiterbildungsordnung. Die Bildung einer starken Gemeinschaft der in Orthopädie und Unfallchirurgie engagierten und tätigen Kolleginnen und Kollegen, die sich auch mit dem gemeinsamen Fach klar identifizieren, ist für uns national enorm wichtig. Aber auch Internationalisierung und die Entwicklung auf europäischer Ebene werden für uns eine immer größere Bedeutung bekommen.

Haben Sie im letzten halben Jahr schon einmal bereit, diese Ämter übernommen zu haben?

Nein. Es sind sehr fordernde und herausfordernde Ämter, die nur mit sehr großer Anstrengung und Disziplin bewältigt werden können. Es ergeben sich aber auch Erlebnisse und Begegnungen mit Menschen, die ich sehr schätze und die ich nicht missen möchte.

Was muss getan werden, um O & U noch weiter zusammenzuführen?

Sicherlich sind wir hier auf einem guten Weg und schon recht weit gekommen. Es gibt viele junge Kollegen, die Orthopädie und Unfallchirurgie nur als ein Fach kennengelernt haben. Zahlreiche Projekte werden inzwischen als Projekte von Orthopädie und Unfallchirurgie begonnen und geführt, denken Sie nur an unser gemeinsames Projekt ICOU zusammen mit Lufthansa Flight Training. Das wird auch der Weg sein, der O und U weiter zusammenbringen wird, indem identitätsstiftende gemeinsame Aufgaben angepackt und bewältigt werden. Menschen müssen die Gemeinsamkeit leben und erleben. Wir werden aber auch unsere Strukturen auf den Prüfstand stellen und anpassen müssen. Noch „bewirtschaften“ wir etliches und möglicherweise zu vieles dreifach.

Wie ist die Zusammenarbeit mit dem Generalsekretär der DGU, Prof. Hoffmann?

Als man bei mir anfragte, ob ich mich der Herausforderung des Amtes als Generalsekretär der DGOOC stellen würde, war für die Entscheidungsfindung von sehr großer Bedeutung, dass Reinhard Hoffmann als Generalsekretär der DGU bereits feststand. Mit ihm verbindet mich seit unserer gemeinsamen Präsidentschaft im Jahr 2013 eine vertrauensvolle Freundschaft. Selbstverständlich ist uns bewusst, dass wir gelegentlich auch unterschiedliche Standpunkte zu vertreten

haben. Allerdings haben wir gerade was die Entwicklung von einem gemeinsamen O&U angeht die gleiche Zielvorstellung. Für das vergangene Jahr kann ich mich nur herzlich bei ihm für die sehr gute und angenehme Zusammenarbeit bedanken.

Wie weit ist die Kooperation mit dem BVOU gediehen?

Fachgesellschaften und Berufsverband haben per Satzung klar definierte unterschiedliche Aufgaben. Letztendlich geht es uns aber allen um O und U. Hierzu bedarf es einer guten Abstimmung, Ergänzung und Zusammenarbeit. Nur dadurch erreichen wir eine starke Orthopädie und Unfallchirurgie. Das geht nur über ein großes Maß an Vertrauen und eine gute Kommunikation sowie den unbedingten Willen der Beteiligten zum Erfolg der gemeinsamen Arbeit. Die Bedingungen hierfür sind aufgrund der derzeit handelnden Personen sehr gut.

Welche „Baustellen“ gibt es da noch?

Am wichtigsten erscheint mir, dass allen klar ist, dass es eine gemeinsame Baustelle ist. Weiterhin muss genauso klar sein, dass alle auf der Baustelle gebraucht werden. Es ist eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, dass die Vorstände, die planen und klar vorangehen, auch alle in dem Prozess mitnehmen.

Wie war kurz zusammengefasst Ihr beruflicher Werdegang?

Nach dem Studium in Erlangen begann ich meine Tätigkeit als Assistenzarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen bei Prof. Hohmann. In Hannover konnte ich in der Unfallchirurgischen Klinik bei Herrn Prof. Tscherne arbeiten,

ebenso bei Prof. Berger in der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie. Von dort kehrte ich zurück an die Orthopädische Universitätsklinik in Erlangen, wurde 1994 Facharzt und Oberarzt. 1996 habilitierte ich und wurde im selben Jahr Chefarzt an der Fachklinik in Herzogenaurach, an der ich bis heute tätig bin. 2003 wurde ich zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Erlangen ernannt. Im Jahr 2009 durfte ich als Präsident den Kongress der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden, jetzt Orthopäden und Unfallchirurgen, organisieren und im Jahr 2013 war ich Präsident der DGOOC.

Warum sind Sie Orthopäde geworden?

Bereits früh im Studium entwickelte sich aufgrund der zahlreichen Probleme von befreundeten Sportstudenten mein Interesse am Bewegungssystem. Das Interesse wurde letztendlich auch zur Freude und hat sich bis heute in Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten. Ich kann mir da

für mich keine bessere Wahl vorstellen nicht zuletzt auch aufgrund der enormen Breite unseres Faches.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ines Landschek.



Foto: Jonas Maron
Ines Landschek, Redakteurin OUMN

PRIVAT GEFRAGT

Wofür hätten Sie gern mehr Zeit?

Gerne hätte ich mehr Zeit für meine Hobbys und würde gerne mehr Sport machen.

Welche Hobbys haben Sie?

Ich bin in der glücklichen Lage, dass Arbeit und Hobby bei mir nicht klar abgrenzbar sind, da mir meine Aufgaben vergleichbar einem Hobby auch Spaß machen. Daneben ist meine Familie auch mein Hobby. Ich schätze Reisen bevorzugt als Fernreisen mit meiner Familie, spiele Saxofon und lese gerne.

Was lesen Sie gern?

Kriminalromane, bevorzugt von skandinavischen Autoren wie Mankell, Larsson oder Nesbø und alles, was mir über Philosophie in die Hände kommt.

Haben Sie Aussteigerträume?

Mein Leben macht mir sehr viel Spaß und Freude, warum sollte ich da aussteigen wollen?

Was würden Sie im „nächsten Leben“, wenn es denn eines gäbe, werden wollen?

Es ist gut, dass es kein zweites Leben gibt, nur dadurch wird dieses Leben einmalig. Und mit meinem Leben bin ich bislang so zufrieden, wie es war und ist und freue mich auf das, was noch kommt. Wie Sie sehen würde ich versuchen, es nochmals so hinzubekommen einschließlich der Berufswahl Orthopädie und Unfallchirurgie.

Sektionsbericht Vereinigung Technische Orthopädie 2015

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Darstellung der Aktivitäten der Vereinigung Technische Orthopädie und der Initiative '93 Technische Orthopädie im Jahre 2015.

1. AG Öffentlichkeitsarbeit (Prof. Greitemann)

Im Rahmen der **Öffentlichkeitsarbeit** erfolgten Beteiligungen und Vorträge an den wesentlichen orthopädischen Kongressen des Jahres 2015. Auf dem VSOU-Kongress in Baden-Baden 2015 führte die VTO am Tag der Technischen Orthopädie eine vielbesuchte und sehr beachtete Vormittagsession unter dem Thema „Qualitätsanspruch und Realität“ in Kooperation mit dem BIV Orthopädietechnik durch. Hier konnte auch mit führenden Kassenvertretern sowie Vertretern des Handwerkes interdisziplinär und teilweise auch recht kontrovers die derzeitige Hilfsmittelversorgung und Probleme der Hilfsmittelversorgung diskutiert werden, am gleichen Vormittag erfolgte das Symposium zur Versorgung von Patienten mit Querschnittsläsionen. Ein Highlight war sicherlich der Mittagsempfang mit beiden Präsidenten (Prof. Dr. Bühren, Prof. Dr. Horstmann) und der anschließende Brunch. Abgerundet wurde der Tag der Technischen Orthopädie durch ein Symposium der Nordamerika-reise – Fellows der Initiative '93 Technische Orthopädie zum Thema Behinderungssport.

Vertreten war die VTO mit Vorträgen auf dem Norddeutschen Orthopädenkongress in Hamburg 2015, auf dem ISPO-Jahreskongress in Wiesbaden 2015, auf dem ISPO-Weltkongress in Lyon 2015 (mehrere Vorträge). Es erfolgte eine kontinuierliche Mitarbeit und Unterstützung der DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) im Bereich Hilfsmittelausschuss, Prothetik und Rehathechnik. Vorstandsmitglieder und Mitglieder der VTO waren wie auch in den letzten Jahren aktiv in den Vorständen der ISPO Deutschland und ISPO international, im Fachbe-

rat Technische Orthopädie des Bundesin-nungsverbandes Technik, im Kompetenzzentrum des Bundesin-nungsverbandes Orthopädienschuhtechnik sowie in der DIN ISO Normengruppe mit beteiligt.

Im Bereich Öffentlichkeitsarbeit erfolgten Stellungnahmen zur Ausschreibung von Hilfsmitteln gemeinsam mit dem Fachbeirat Orthopädietechnik, eine Stellungnahme zu externen Hilfsmittelberatern sowie eine vielbeachtete Stellungnahme zur Dauer und Honorierung von Rehabilitation bei frisch amputierten Patienten.

2. Leitlinienkommission

Die lange schon fertig gestellte Leitlinie Rehabilitation nach Majoramputation an der unteren Extremität konnte jetzt nach intensiven Gesprächen mit der AWMF in der letzt gültigen Version als S2K-Leitlinie frei gegeben werden, der Vorstand der DGOOC hat diese Leitlinie durchgesehen. Besondere Beachtung findet derzeit eine internationale Konsensus-Leitlinie von WHO und ISPO international zur Amputationschirurgie und Rehabilitation nach Amputationen. Hier wird der Bereich der Amputationschirurgie vom Vertreter der VTO (Prof. Greitemann) mit koordiniert.

3. AG Forschung

Unter der Leitung von Prof. Dr. Braatz, Göttingen, arbeitet die AG Forschung. Hier haben sich im Wesentlichen zwei Forschungsansätze heraus kristallisiert. In der AG Biomechanik und Ganganalyse erfolgt unter Koordination von Prof. Braatz insbesondere eine intensive Absprache von Grundlagenforschungen der wesentlichen Zentren in Deutschland, im Bereich klinische Forschung soll unter Koordination von Prof. Mittelmeier und Prof. Greitemann klinische Forschung voran getrieben werden. Es erfolgte eine Befragung der Forschungsaktivitäten im Bereich der Technischen Orthopädie mit doch sehr interessanten positiven Ansät-

zen, unter anderem auch eingeworbenen EU-Projekten (Universität Hannover). Diese werden demnächst auf der Internetseite der VTO eingestellt.

4. AG Fort- und Weiterbildung (Initiative '93 Technische Orthopädie)

Die Fort- und Weiterbildungskurse der Initiative '93 Technische Orthopädie laufen weiter erfolgreich. Im Jahre 2015 wurden ein Basiskurs Technische Orthopädie an der Ärztekammer in Baden-Württemberg (Universität Heidelberg), ein Kurs auf dem Ärztetag Baden-Württemberg in Stuttgart sowie die erfolgreichen Grundkurse Technische Orthopädie im Rahmen des Zertifikates Technische Orthopädie in Göttingen (Prothetik und Schuhtechnik) sowie Rostock (Orthetik, Neuroorthopädie, Kinderorthopädie) mit jeweils etwa 35 Teilnehmern durchgeführt. Der chirurgische Kurs Amputationschirurgie an der Universität Innsbruck in Kooperation mit der ISPO Österreich war mit 70 Teilnehmern wieder voll gebucht. Im November findet der Prüfungskurs zum Zertifikat Technische Orthopädie mit 25 Teilnehmern in Dortmund statt.

Kurse für 2016

Die Kurse der Initiative '93 Technische Orthopädie 2016 finden mit den Themen Prothetik/Schuhtechnik an der Universität Heidelberg im Frühjahr 2016 statt, die Themen Orthetik/Neuroorthopädie in Bayreuth im September, der amputationschirurgische Kurs in Innsbruck ebenfalls im September 2016 und der Prüfungskurs an der BUFA in Dortmund wiederum im November 2016. Die genauen Kursdaten sind auf der Internetseite der Initiative '93 Technische Orthopädie www.technischeorthopaedie.de einsehbar. Frühzeitige Anmeldungen sind empfehlenswert.

Im Hinblick auf die Basiskurse Technische Orthopädie, die in Baden-Württemberg ja erfolgreich erprobt worden sind, sind weitere Gespräche innerhalb der DGOOC und DGOU erforderlich.

Im Jahre 2016 wird der **Reisefellowship Nordamerika** wiederum stattfinden. Als deutsche Vertreter fahren in der sechsköpfigen internationalen Gruppe mit Hr. Dr. T. Budny, Fr. Dr. C. Pütz, Hr. Dr. P. Schröter. Begleitet werden sie von einem österreichischen und einem schweizer Kollegen, sowie einem Orthopädietechniker. Wie auch in den letzten Jahren werden Centers of Excellence international besucht, die Reiseroute führt 2016 über Paris (Valenton), Toronto, Chicago, Orlando, Miami, Orlando, Washington D.C., Dallas, San Antonio, Minneapolis, Salt Lake City, Los Angeles, San Diego, Seattle. Dabei haben die Fellows die Möglichkeit, neben dem Besuch der Gastgeberkliniken auch den AAOS Kongress in Orlando und den Kongress der APOA in Orlando zu besuchen.

5. Beratungsausschuss für das Orthopädienschuhtechnikhandwerk

Der Beratungsausschuss für das Orthopädienschuhtechnikhandwerk der DGOC tagt zwei- bis drei Mal jährlich und bearbeitet hierbei fachliche und wissenschaftliche Fragen zu den Themen der Orthopädietechnik. Er hat es sich zur Aufgabe gemacht, mindestens einmal im Jahr eine Stellungnahme zu einem speziellen Thema zu veröffentlichen. 2015 erfolgte eine Stellungnahme zur Tragedauer orthopädischer Maßschuhe, vorgesehen ist 2015 ebenfalls noch eine Stellungnahme zur Erweiterung der Indikationsliste Diabetesfuß um den Total contact cast und Unterschenkelorthesen, ein gemeinsames Papier mit der DDG. Anfang 2016 erfolgte dann eine Stellungnahme zu sensomotorischen Fußorthesen (SMFO), auch als afferenzstimulierende oder propriozeptive Einlagen bezeichnet.

6. Mitgliederversammlung/Vorstand

Im Rahmen der Mitgliederversammlung erfolgten Vorstandsneuwahlen. Hierbei wurde der bisherige Vorstand wieder gewählt und in den Ämtern bestätigt. Der Vorstand der VTO setzt sich wie folgt zusammen:

1. *Vorsitzender* Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Bad Rothenfelde
2. *Vorsitzender* Prof. Dr. Frank Braatz, Göttingen

Schriftführer Dr. Johannes Schröter, Wiesbaden

Schatzmeister Bernd Wünschmann, Dortmund

7. Tag der Technischen Orthopädie auf dem DKOU Berlin 2015

Die Vereinigung Technische Orthopädie (VTO) organisierte, wie auch in den Vorjahren, in Kooperation mit dem Bundesinnungsverband Orthopädietechnik den Tag der Technischen Orthopädie auf dem DKOU. Im Rahmen der Mitgliederversammlung orientierte der Vorstand die Mitglieder über die zahlreichen Aktivitäten der Initiative, die im Bereich der Technischen Orthopädie stattfanden. Traditionell lud der Bundesinnungsverband Orthopädietechnik, vertreten durch den Bundesinnungsmeister Herrn Klaus Lotz, alle Freunde und Förderer der Technischen Orthopädie zum Mittagsbrunch ein. Die Kongresspräsidenten, Prof. Nerlich und Dr. Hesselschwerdt, begrüßten die Anwesenden. Im Rahmen ihrer Eröffnungsansprache wiesen sie dabei auf die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Technischen Orthopädie und die Bedeutung dieses Bereiches der konservativen Behandlung für das Fach hin. Klaus Lotz, Bundesinnungsmeister, betonte die Wertigkeit des in den letzten Jahren durch die intensive Zusammenarbeit immer stärker werdende Netzwerkes für das Fach Orthopädietechnik, dies spiegelt sich auch unter anderem in einer steigenden Anzahl von Forschungsprojekten wider. Für die VTO begrüßte Prof. Greitemann die Anwesenden.

Der traditionelle orthopädie-schuhtechnische Teil, der begründet auf den Veranstaltungen von Jürgen Eltze und dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen in Berlin anlässlich des Jahreskongresses stattfindet, widmete sich intensiv dem Thema der Behandlung des diabetischen Fußes. Prof. Greitemann ging in seinem einleitenden Referat auf Epidemiologie und Pathophysiologie sowie die ärztliche Behandlung bei diabetischem Fußsyndrom ein, bevor der Orthopädie-Schuhtechniker Ingo Hartmann detailliert schuhtechnische Versorgungsmöglichkeiten darstellte. In einer locker geprägten Seminaratmosphäre hatten

die zahlreich anwesenden Kollegen aus Klinik und Praxis anschließend in der länger andauernden Diskussion die Möglichkeiten für sie wichtige Praxisfragen mit den Experten zu besprechen.

Abgerundet wurde der Tag der Technischen Orthopädie durch die Veranstaltung zu handgelenksnahen Frakturen und Degenerationen. Nach dem bewährten Konzept der Darstellung konservativer und operativer Möglichkeiten sowie der Indikation und Versorgungsmöglichkeiten technisch-orthopädischer Behandlungen, erfolgten zunächst Übersichtsvorträge über die konservative und operative Behandlung handgelenksnaher Frakturen durch Prof. Langer, Münster, und über die Behandlung bei Degenerationen durch Dr. Lautenbach, Berlin. Trotz der Breite dieses Themas gelang es den beiden ausgewiesenen Experten im vorgegebenen Zeitrahmen jeweils klar strukturierte und beeindruckende Übersichtsvorträge darzubieten. Abgerundet wurde die Session durch Vorträge über die orthopädietechnischen Versorgungsmöglichkeiten an Unterarm und Hand durch Detlef Kokegei, 2. Vorsitzender der Bundesfachschule für Orthopädietechnik in Dortmund, und Frau Cornelia Paries, Bad Münde, die profunde die Möglichkeiten und Stärken jeweils der Orthopädietechnik und Ergotherapie darstellen konnten. Insgesamt konnte im Rahmen dieses Symposiums, bei einer trotz des späten Zeitansatzes dieser Veranstaltung, ausgesprochen zufriedenstellenden Teilnehmerzahl, klar Möglichkeiten und Grenzen von konservativer, operativer und technisch-orthopädischer Versorgung herausgearbeitet werden.

Der Vorstand der VTO bedankt sich ausdrücklich bei sämtlichen fachlichen Mitstreitern für die gute Unterstützung im abgelaufenen Jahr.



Prof. Dr. Bernhard Greitemann
1. Vorsitzender der VTO

Forum der nichtselbständigen Ärzte der DGOOC

Prof. Dr. Ralf Skripitz, Prof. Dr. Tobias Renkawitz

Das Forum der Nichtselbständigen Orthopäden ist die Zentrale Organisation aller Klinikfach- und Klinikoberärzte innerhalb der DGOOC. Es soll der großen Gruppe der nichtselbständigen Ärzte die Möglichkeit bieten, ihre vielfältigen Belange zu diskutieren und ihre mehrheitlichen Interessen im Vorstand der DGOOC zu vertreten. Dabei gilt es insbesondere, die Wünsche der Fach- und Oberärzte gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Mitarbeit und die Teilnahme an Veranstaltungen des Forums sind für Mitglieder der DGOOC/DGOU/DGU kostenfrei. Das Forum der Nichtselbständigen Orthopäden repräsentiert damit eine zahlenmäßig große Gruppe zentraler Leistungsträger an deutschen Kliniken mit besonderem Interesse an den Entwicklungen innerhalb der orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgesellschaften

Die aktuelle Stimmungslage unter den angestellten Fach- und Oberärzten innerhalb der DGOOC wurde im vergangenen Jahr im Rahmen einer bundesweiten Querschnittbefragung evaluiert. Dazu wurden zufällig 300 Mitglieder ausgewählt und gebeten, an einer schriftlich-anonymen Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquote hierzu betrug 29%, geantwortet haben 84% männliche und 16% weibliche Kollegen. Der Anteil an Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie betrug 79%, 16% der Befragten sind Facharzt für Orthopädie, 3% besitzen den Facharzt für Unfallchirurgie. Bei den Antwortenden handelte es sich bei 43% um Oberärzte, 29% um Fachärzte, 17% Leitende Oberärzte und 11% Sektionsleiter.

Die umfassende Darstellung der Befragungsergebnisse würde den Rahmen des vorliegenden Beitrags sprengen. Zusammenfassend zeigt sich im Kern, dass rund 13% der Befragten „sehr zufrieden“ und 58% „zufrieden“ mit der momentanen Arbeitssituation für Fach-/Oberärzte an deutschen Kliniken sind. Lediglich 8% der Befragten gaben an, mit der berufli-

chen Situation derzeit „unzufrieden“ zu sein.

Bezüglich ihrer beruflichen Perspektiven gaben 68% der Befragten an, die aktuelle Position beibehalten zu wollen und lediglich 14% der Befragten sahen es als erstrebenswert an, eine Position als Chefarzt bzw. Klinikdirektor zu erlangen.

Dieses und weitere zentrale Themen aus dem Berufsalltag von Fach- und Oberärzten an Kliniken wurde auf der Sitzung des Forum der Nichtselbständigen Orthopäden im Rahmen des DKOU-Kongresses in Berlin präsentiert und diskutiert. Dr. Pierre Göbel, Chefarzt aus dem Klinikum in Daun, lieferte dazu ein umfassendes update über Entwicklungen und Herausforderungen im DRG-System. Es wurde klar, dass grundlegende Kenntnisse in der Krankenhausfinanzierung für Klinikfachärzte weiterhin notwendig sind. PD Dr.-Ing. Daniel Klüß vom Forschungslabor für Biomechanik und Implantattechnologie aus Rostock gab dem Auditorium praktische Verfahrensrichtlinien für den Umgang bei Schadensfällen in der Endoprothetik an die Hand. Herr Thomas Knüppel, Rechtsanwalt aus Rostock, berichtete über Rechten und Pflichten von Klinikärzten, die im Angestelltenverhältnis Erfindungen etablieren. In der Diskussion zeigte sich, dass für Klinikärzte ein genaues Abwägen zwischen dem Entwicklungspotential derartiger Erfindungen und den sehr kostspieligen internationalen Patentverwertungen notwendig ist. Prof. Dr. Tobias Renkawitz, leitender Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg zeigte in seinem Referat konkrete Wege auf, um die besten Köpfe der „Generation Y“ für die Orthopädie und Unfallchirurgie zu begeistern. Prof. Dr. Dr. Wolf Drescher, Chefarzt am Krankenhaus Rummelsberg, schilderte seine Erfahrungen mit Auslandserfahrung als gezielten Karriereschritt in Vorbereitung einer Leitungsfunktion. Prof. Dr. Ralf Skripitz, leitender Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Rostock, berichtete abschließend über die

Ergebnisse und Perspektiven der bundesweiten Umfrage des Forums der Nichtselbständigen Orthopäden unter Fach- und Oberärzten.

In der anschließenden Sitzung wurde beschlossen, die Pilot-Befragung von Klinikfachärzten im nächsten Jahr weiter auszudehnen und damit noch repräsentativer zu gestalten.

Das Forum der Nichtselbständigen Orthopäden ist zentraler Ansprechpartner für die Wünsche, Sorgen und berufspolitischen Anliegen von orthopädischen Fach- und Oberärzten an deutschen Kliniken. Auf diesem Wege bitten wir Sie weiterhin um Mitarbeit. Lassen Sie uns wissen, welche Themen Sie bewegen. Auch im nächsten Jahr möchten wir eine Sitzung im Rahmen des DKOU-Kongresses organisieren, ergänzende Veranstaltungen mit zentralen Themen für Klinikfachärzte sind ebenso in Planung. Wir freuen uns schon heute auf Ihre Teilnahme!



Foto: privat

Prof. Dr. Ralf Skripitz



Foto: privat

Prof. Dr. Tobias Renkawitz

EPRD weiter auf Erfolgskurs

Insgesamt mehr als 200 000 übermittelte Fälle und neue personelle und organisatorische Strukturen

Die EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH (EPRD gGmbH), die das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) betreibt, feierte kurz vor Weihnachten 2015 ihren fünften Geburtstag. Nahezu zeitgleich wurde die Marke von 200 000 insgesamt in das EPRD gemeldeten Fälle überschritten. Allein in 2015 und damit im dritten Jahr des Registerbetriebs wurde mit mehr als 130 000 gemeldeten Fällen etwa ein Drittel aller in Deutschland in diesem Jahr durchgeführten endoprothetischen Hüft- und Kniegelenkseingriffe im EPRD erfasst. Im Jahr zuvor waren es noch zwölf Prozent. Ende 2015 hatten sich mehr als 660 Kliniken beim EPRD angemeldet, also mehr als 50% aller in der Endoprothetik aktiven deutschen Kliniken. In 2016 rechnet das EPRD deshalb mit einer Erfassungsquote von 50 bis 60%.

Neben dem Ausbau der Erfassung bildete die Übernahme der bisher vom BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH betriebenen EPRD-Registerstelle die größte Herausforderung der EPRD gGmbH im vergangenen Jahr. Nach mehr

als sechs Monaten Vorbereitung konnte das EPRD am 16.12.2015 die Umstellung seiner Dienste für den Betrieb der Registerstelle taggenau wie geplant durchführen und abschließen; das Projekt wurde seitens des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit 100 000€ gefördert. Mit dem Betrieb der Registerstelle in Eigenregie ist eine wichtige Grundlage für den weiteren nachhaltigen Ausbau des EPRD gelegt.

Nach dem Rücktritt von Herrn Prof. Dr. Joachim Hassenpflug von der Geschäftsführung der EPRD gGmbH Anfang September 2015 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) als Alleingesellschafter der EPRD gGmbH entschieden, die Position des Wissenschaftlichen Geschäftsführers bis auf weiteres nicht nachzubeseetzen, sondern Herrn Dr. Andreas Hey die Alleingeschäftsführung anzuvertrauen. Zugleich wurde Herrn Prof. Dr. Volkmar Jansson (Klinikum der Universität München) die Wissenschaftliche Leitung des EPRD und Herrn Prof. Dr. Carsten Perka (Charité Berlin) die Verant-

wortung für die „Außenrepräsentanz“ übertragen, unter anderem gegenüber dem BMG, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und internationalen Registern.

Mit diesen neuen personellen und organisatorischen Strukturen sieht sich das EPRD für 2016 gut gerüstet, um unter anderem die Politik bei ihren Überlegungen zum verpflichtenden Registeraufbau für implantierbare Medizinprodukte zu beraten und zugleich mit anderen Registern international über Kooperationen zu verhandeln.

KONTAKT

EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH
 Straße des 17. Juni 106-108
 10623 Berlin
 Tel.: +49 - (0)30 - 340 60 36 40
 Fax: +49 - (0)30 - 340 60 36 41
 E-Mail: info@eprd.de
 URL: <http://www.eprd.de>

Neue Mitglieder

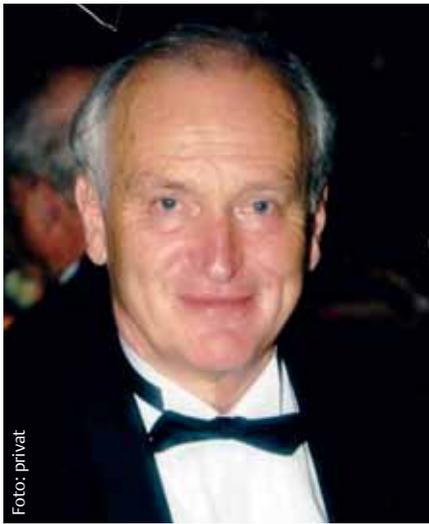
Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOOC gestellt. Laut Satzung der DGOOC §5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den O & U Mitteilungen und Nachrichten) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend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

MU Dr. Michal **Rybar** · Gengenbach
 Prof. Dr. rer. nat. Jessica **Bertrand** · Magdeburg
 Dr. Wolfram **Weschenfelder** · Eisenberg
 Dr. Philip Johannes Felix **Leute** · Göttingen
 Dr. Marcus R. **Streit** · Heidelberg
 Dr. Ulf **Brunnemer** · Heidelberg
 Prof. Dr. Frank **Hildebrand** · Aachen
 Dr. Joachim **Horn** · OSLO

Dr. Angela **Schädlich** · Köln
 Dr. Thae **Ali** · Bonn
 Dr. Arne **Hoffmann** · Köln
 Dr. Rakesh **Tikku** · Saarlouis
 Faleh **Mohedat** · Hünfeld
 Dr. Birgit **Plifke** · Köln
 Dr. Ulrike **Lorenz** · Arnstadt

Prof. Dr. Johannes Hellinger zum 80. Geburtstag

Dr. Heidrun Hornuf, Berlin



Prof. Dr. Johannes Hellinger

Johannes Hellinger wurde am 20. November 1935 in Marieney/Vogtland geboren. Nach dem Besuch der Grundschule in Marieney und der Oberschule in Oelsnitz/Vogtland studierte er von 1954 bis 1959 in Leipzig und Erfurt Medizin. Seine akademischen Lehrer waren Alverdes, Kaiser, Güthert, Sundermann, Schwarz und Usbeck. 1966 erhielt Hellinger die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie. Ab 1967 war er an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt tätig. Im Januar 1970 habilitierte sich Johannes Hellinger mit dem Thema „Der Einfluss von orthopädischen Operationen auf die Gerinnung und Fibrinolyse“ an der Medizinischen Akademie Erfurt. 1970 erfolgte die Berufung als Hochschuldozent für Orthopädie in Erfurt.

Studienaufenthalte am Zentralinstitut für Orthopädie und Traumatologie in Moskau, bei Maurice Müller in der Schweiz und bei Ilisarow in Sibirien folgten und führten zu bahnbrechenden Neuerungen in der operativen Tätigkeit an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt. Genannt seien nur ventrale Wirbelsäuleneingriffe, die perikapsuläre Ileumosteotomie nach Pemberton, Operationen bei Hämophilie, Extremitätenverlängerungen und Pseu-

darthrosenbehandlung mittels äußerer Fixation nach Ilisarow.

Im Oktober 1974 wurde Hellinger als ordentlicher Professor für Orthopädie an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden berufen. Durch außergewöhnlich hohen persönlichen Einsatz, den er auch von allen seinen Mitarbeitern forderte – oft in seiner „vogtländisch kantigen Art“, wie er heute selbst sagt – konnte die Orthopädische Klinik ihren traditionellen guten Ruf noch wesentlich verbessern. In kurzer Zeit erreichte die Klinik eine Spitzenposition innerhalb der DDR - Orthopädie. Diese Leistungen brachten ihm die Hochachtung seiner Kollegen, Schüler und unzähliger Patienten ein. Unter mehr als 100 neuen Operationsverfahren seien genannt die maximalinvasive Tumorchirurgie (Amputatio intercleidothoracalis, erweiterte Hemipelvektomie), Halbgelenkstransplantationen, die Erweiterung der operativen Skoliosebehandlung durch ventrale Eingriffe, Kolumnotomien bei verschiedenen Krankheitsbildern, transoropharyngeale Densverschraubung, externe Fixationsverfahren an den Extremitäten, Halo – Pelvic – Instrumentation bei Skoliose und schwerster lumbaler Lordose. Zunehmend vervollständigten auch traumatologische Indikationen das Operationsspektrum.

Auch im nichtoperativen Bereich wurden neue Maßstäbe gesetzt. Die Einführung erweiterter Röntgendiagnostik verbesserte die präoperative Planung. Ab 1974 erhielt jeder Arzt eine Anästhesieteil Ausbildung. Ab 1978 wurden viele Eingriffe in Lumbal-, Leitungs- oder Lokalanästhesie durchgeführt. Dadurch war es möglich, auch Patienten mit hohem Narkose- und Operationsrisiko zu operieren. 1978 wurde ein „Wachzimmer“ mit 7 Betten eingerichtet. Damit war es möglich, frischoperative und überwachungsbedürftige Patienten in der Klinik für Orthopädie zu betreuen. Nur Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung erforderlich war, mussten auf die chirurgische Intensivstation verlegt werden.

Johannes Hellinger hat sich immer für die Gesamtheit des Fachgebietes Orthopädie als Lehre von den Erkrankungen und Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates eingesetzt. Im Jahre 1978 setzte er sich als Vorsitzender der Gesellschaft für Orthopädie der DDR für die Integration der Manuellen Medizin auf wissenschaftlicher Basis in das Fachgebiet Orthopädie ein. Bereits 30 Jahre vor der vollzogenen Fusion von Orthopädie und Unfallchirurgie war Hellinger ein Verfechter dieser Zusammenführung. 1979 lehnte er den Ruf an die Charité Berlin ab, da zu diesem Zeitpunkt die von ihm geforderte Fusion von Orthopädie und Skelettraumatologie, wie sie in vielen Ländern ohnehin üblich war, gegenüber der Partei- und Staatsführung der DDR und deren Berater nicht durchgesetzt werden konnte.

Johannes Hellinger arbeitete in mehreren Gremien und Gesellschaften aktiv und prägend mit. So war er 1977 – 1979 Konsultant beim Aufbau des COZ der Charité Berlin, 1978 Vorsitzender der Gesellschaft für Orthopädie der DDR, 1979 - 1984 Chefredakteur der Zeitschrift „Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie“, 1979 – 1983 Mitglied des Rates für Medizinische Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR. Er ist Ehrenmitglied in mehreren internationalen Gesellschaften für Orthopädie, Traumatologie, Lasermedizin und Endoskopie der Wirbelsäule. Bereits 1975 erhielt Hellinger den Maxim-Zetkin-Preis der Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR.

Im Juni 1983 wurde Johannes Hellinger aus politischen Gründen fristlos entlassen. Bis zu seiner Ausreise in die BRD im August 1988 lebte er mit seiner Familie in Dresden. 1992 erfolgte in Dresden Hellingers Rehabilitation.

Seit 1990 war Johannes Hellinger nach mehreren Klinikhospitalationen und experimentellen Arbeiten am Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Erlangen zur laparoskopischen ventralen Fusion

L5/S1 als niedergelassener Orthopäde und Belegarzt an der Novamed - Klinik München, später im neuen ISAR- Medizin-Zentrum tätig.

In seiner Münchener Zeit beschränkt er auch im extrauniversitären Bereich neue medizinische Wege, wie die ventrale Wirbelsäulenstabilisation bei florider Spondylodiszitis, die pelvifemorale externe Distraction, dem Einführen der Laserdiskusdekompression und -nukleotomie mit dem Nd-YAG (1064nm)-Laser

und der weltweit ersten derartigen Operation an der Halswirbelsäule 1990. Mit J. Schimmler gelang 2005 die ventrale laparoskopische L5/S1 - Spondylodese mit unilateraler dorsaler interlaminärer Verschraubung.

Johannes Hellinger kann auf eine sehr umfangreiche Publikationstätigkeit zurückblicken. Ein Buch, 54 Buchbeiträge, 204 Veröffentlichungen in Periodika, 396 wissenschaftliche Vorträge, 2 wissenschaftliche Filme und 40 sonstige Veröffent-

lichungen zeugen von seiner Hingabe zu unserem Fachgebiet und dem Kampf für die Orthopädie und Traumatologie.

Im Jahre 2011 beendete Johannes Hellinger seine ärztliche Tätigkeit. Er lebt mit seiner Frau Gertraud, seinen Kindern und Enkelkindern in München. Gute Gesundheit, Ruhe und Zufriedenheit im Kreise seiner Familie sollen ihn noch viele Jahre begleiten.

Dr. Heidrun Hornuf

Prof. Dr. Hanns Hofer verstarb einen Tag vor seinem 90. Geburtstag

Prof. Dr. Hans Rudolf Henche, Rheinfelden

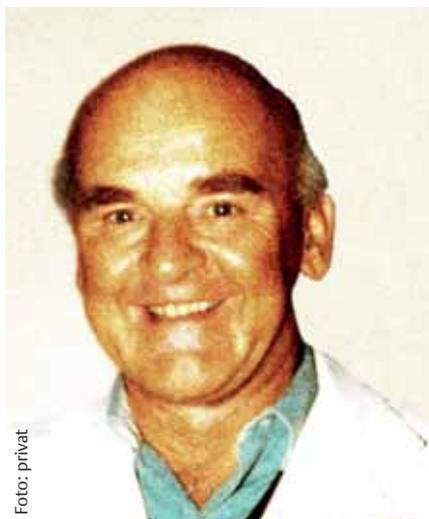


Foto: privat

Prof. Dr. Hanns Hofer

Hanns Hofer wollte so gerne seinen 90. Geburtstag am 22. Januar 2016 mit Familie, Freunden und einer großen Ehrung feiern. Es war ihm nicht vergönnt. Am 21.1. ist er ruhig eingeschlafen. Orthopäden und Unfallchirurgen trauern mit der Familie um den erfinderischen, char-

manten und lustigen Hannes. Schauen wir auf seine Lebensleistung.

Nach vielen Lehrjahren bei berühmten Orthopäden (Böhler, Chiari, Lange, Witt) wurde Hanns Hofer 1964 beauftragt, die erste Orthopädische Abteilung in einem öffentlichen Spital in Österreich (Salzburg) aufzubauen. Er tat es mit großem Erfolg. Zusammen mit Norbert Gschwend und anderen gründete er den Arbeitskreis Rheumatologie der DGOT und wenig später auch die Arbeitsgemeinschaft für Rheuma-Orthopädie (ARO)

Sein Einsatz bei den Süddeutschen Orthopäden wurde durch seine Präsidentschaft anlässlich der Jahrestagung in Baden-Baden 1989 gewürdigt. Nicht nur die Tagung war ein Erfolg, sondern auch der Festabend im „Trachtenlook“, gestaltet von seiner lieben Ursula, wurde ein Ereignis, das in Erinnerung bleibt. Große Verdienste hat sich Hanns Hofer auch auf anderen Gebieten erworben. Er war nicht nur Gründungsmitglied der

für Arthroskopie (AGA) 1983 in Zürich, sondern auch 1984 deren erster Kongresspräsident in Salzburg. Heute ist er Ehrenmitglied der AGA. Seine launigen und charmannten Reden beim „Essen nach der Schlacht“ sind allen, die damals schon dabei waren, noch in bester Erinnerung.

Hanns Hofer und Herr Imhoff sind die Väter der nach ihnen benannten Hüftgelenksschraubpfanne. Die bekannte HI-Schraubpfanne mit Flachgewinde war ein großer Fortschritt. Sie verhinderte das gefürchtete „Einklemmen“ der damals üblichen Schraubpfannen. Diese Pfanne wird auch heute noch weltweit mit großem Erfolg eingesetzt.

Hanns wollte mit seiner Ursula noch einige ruhige Zeit in dem schönen Haus bei Salzburg verbringen. Ursula wird ihn vermissen genauso wie seine vielen Freunde, deren Freundschaft das ganze Leben und darüber hinaus hält.

Prof. Dr. Hans Rudolf Henche

Psychische Traumatisierungen nach Unfällen und Gewalterfahrungen – eine therapeutische Herausforderung

Dr. Utz Ullmann¹, Dipl.-Psych. Gordon Krahl², Dipl.-Psych. Christina Krahl², Prof. Dr. Reinhard Hoffmann²

Das psychische Trauma nach Unfällen mit körperlicher Verletzung oder eine Schockreaktion aufgrund traumatisierender Ereignisse stehen im Fokus einer interdisziplinären Rehabilitation. Der Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung hat in diesem Zusammenhang in den letzten zwei Jahrzehnten enorm an Popularität gewonnen. Neben psychisch traumatisierten Patienten nach Unfällen im beruflichen Kontext aber auch nach Verkehrsunfällen oder Überfällen sind gerade im Jahr 2015 eine Vielzahl von nach Europa geflüchteten Menschen hinzugekommen, die durch Krieg und Terror gezwungen waren, ihr vertrautes Lebensumfeld zu verlassen. Durch diverse Stressoren kommt es dadurch oftmals zu verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen wie posttraumatischen Belastungsstörungen aber auch Angststörungen und depressiven Zuständen (siehe auch Angenendt, 2011).

In den letzten Monaten kam es außerdem durch brutale Terroranschläge im zivilen Leben zu einer hohen Zahl von akut traumatisierten Menschen in Europa, die einer Behandlung bedürfen. Durch gezielte Hilfen können Patienten mit psychischen Störungen wirksam therapiert werden, unbehandelt kommt es bei vielen Betroffenen zu Chronifizierungen mit erheblichen Folgekosten. Nach Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT-Newsletter) ist das psychotherapeutische Versorgungssystem aktuell unzureichend auf die neuen Anforderungen eingestellt. Spezialisierte Angebote sind wenig vorhanden, eine umfassende Bedarfsanalyse steht noch aus. Die Entwicklung spezifischer diagnostischer Instrumentarien, die Ausbildung sprachversierter Therapeuten sowie alternativ die Sicherung der Finanzierung professioneller Dolmet-

scher – in der Psychotherapie ist die Sprachbarriere ein wesentliches Hindernis – bzw. eine stärkere interkulturelle Ausrichtung der Versorgung durch die Integration entsprechender Inhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung sind notwendig.

Psychisches Trauma

Ein psychisches Trauma entsteht durch eine seelische Extremsituation während des Unfallgeschehens. Es kann als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten angesehen werden, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Nach dem erlittenen physischen Trauma können sich entsprechende psychische Störungen einstellen. Auch bleibende Behinderungen oder massive Änderungen im sozialen Kontext können zu psychoreaktiven Beeinträchtigungen führen. Unserer klinischen Erfahrung nach leiden ca. 20–30% aller Unfallverletzten an einer psychoreaktiven Störung. Diese können in verschiedene Störungsgruppen unterschieden werden (Krahl u. a., 2011). Einerseits ist häufig das Bild der akuten Belastungsreaktion (F 43.0, ICD 10) zu sehen (Drilling u. a., 2004). Diese ist gekennzeichnet durch eine Einengung der Aufmerksamkeit und offensichtliche Desorientierung. Weiterhin sind auch Ärger und verbale Aggression zu beobachten. Hauptsymptom ist die akute Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sowie eine unangemessene und sinnlose Überaktivität. Diese Störung kann sich in den ersten Tagen nach dem traumatisierten Ereignis dank einer Krisenintervention oder auch spontan zurückbilden bzw. geht in andere psychopathologische Phänomene über.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1, ICD 10) ist als Reaktionsweise auf ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß zu nennen, das zu einer tiefgreifenden Verzweiflung führen kann. Symptome sind anhaltende sich aufdrängende Nachhallerinnerungen und damit ein Wiedererleben der Belastung, die mit einer negativen Emotion verknüpft sind. Die Vermeidung traumaassoziiertter Reize und Themen führt zu einer Partizipationsstörung im Alltag, d. h., die Umstände, in der die Belastungen aufgetreten sind bzw. die der Unfallsituation ähnlich sind, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Auch alptraumartige Zustände verbunden mit Ein- oder Durchschlafstörungen sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Das Verhalten unterscheidet sich damit maßgeblich im Vergleich zu vor dem Unfallereignis.

Psychoreaktive Störung

Eine psychoreaktive Störung, die in der klinischen Praxis mit traumatisierten Patienten einen Schwerpunkt einnimmt, ist die Anpassungsstörung (F 43.2, ICD 10). Diese ist gekennzeichnet durch Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen und bei Störungen des Sozialverhaltens vorkommen. Es handelt sich dabei häufig um eine depressive Reaktion als Folge der unzureichenden Anpassung an die neuen Lebensbedingungen. Weiterhin sind soziale Rückzugstendenzen sowie das Auftreten von Ängsten und einem chronifizierten Spannungszustand zu beobachten. Ferner kann es zu einer Persönlichkeitsänderung nach Extremerfahrungen (F 62.0, ICD 10) kommen, die in eine Persönlichkeitsstörung münden kann und langfristig chronifizierte Beschwerden zur Folge hat.

¹ BG Klinikum Bergmannstrost Halle (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. G. Hofmann)

² BG Klinikum Frankfurt am Main (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. R. Hoffmann)

Ziel psychotherapeutischer Intervention bei traumatisierten Patienten ist die Kompensation von entsprechenden psychoreaktiven Störungen und der Vollzug der Reintegration in den beruflichen und sozialen Alltag (siehe Flatten u. a., 2011). Dazu leisten z. B. die psychologischen Abteilungen der BG-Unfallkliniken einen wirksamen Beitrag. Im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes kann eine frühzeitige und kontinuierliche Behandlung während der gesamten stationären Versorgung und im Rahmen einer ambulanten Betreuung erfolgen. Die psychologische Begleittherapie bei körperlich verletzten Patienten ist somit jederzeit transparent und wird nicht als stigmatisierend erlebt.

Zur verbesserten Identifizierung von Unfallverletzten mit psychischen Beeinträchtigungen im stationären Setting kommt ab 2016 regelhaft bei SAV-Patienten der Freiburger Screening Fragebogen (FSQ) in den BG-Unfallkliniken zum Ein-

satz. Dadurch wird die Heilverfahrenssteuerung optimiert und eine indikationsgerechte Erstbehandlung gesichert.

Literatur:

- 1 Angenendt J, Röhrich B, Riering A et al. (2011) Die Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II) Früherkennung, Diagnostik und Prävention psychischer Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen: Auswirkungen auf die Rehabilitation. Trauma Berufskh.13:56-64.
- 2 Angenendt, J.: Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung – Einführung aus medizinisch-psychologischer Sicht, MedSach 108 (2012) Nr. 3, S. 106–110.
- 3 DeGPT Newsletter. 11-2015.
- 4 Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Kapitel V (F). 5. Aufl., Bern: Huber.
- 5 Flatten, G. u. a. (2011). S2-Leitlinie – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma und Gewalt 5/3, S. 214-221.
- 6 Krahl, G; Krahl, C.; Ullmann, U. (2011): Psychische Beschwerdebilder nach Unfallereig-
- nissen; Freytag, H.; Krahl, G.; Krahl, C.; Thoman, K.-D. (Hrsg.): Psychotraumatologische Begutachtung (1. Aufl., S. 133–186), Referenz-Verlag, Frankfurt am Main.
- 7 Schulz, B.; Ullmann, U.(2007): Psychotraumatologische Versorgung im bg-lichen Heilverfahren. Trauma Berufskh [Suppl 1]:109-112.
- 8 Stieglitz, RD., Nyberg, E, Albert, M, Frommberger, U, Berger, M (2002). Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. Z. Klin.Psychol. Psychother. 31, 22-30.



Foto: BG-Kliniken

Dr. Dipl.-Psych.
Utz Ullmann
Medizinische
Psychologie
BG Klinikum
Bergmannstroß
Merseburger Straße 165
06112 Halle (Saale)
utz.ullmann@bergmannstroß.de

DGU ist Mitglied in der DIVI

Prof. Dr. Andreas Seekamp

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e.V.) wurde 1977 gegründet, damals zunächst als Dachverband derjenigen Fachgesellschaften, die in der Versorgung ihrer Patienten einen hohen Anteil an der Notfall- und Intensivmedizin hatten. Die vertretenden Fachgebiete waren die Anästhesie, die Chirurgie, die Innere Medizin, die Neuromedizin, und die Pädiatrie. Aus diesen Gebieten wurden Delegierte der jeweiligen wissenschaftlichen Gesellschaft und des Berufsverbandes in die DIVI entsandt. Im Jahre 2008 wurde die DIVI umstrukturiert und aus einem Dachverband wurde eine eigene wissenschaftliche Fachgesellschaft, in welcher auch eine Individualmitgliedschaft möglich wurde, und zwar nicht nur für Ärzte sondern auch für nichtärztliches Personal aus dem Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin. Neben der neu etablierten Mitgliederversammlung blieben die einzelnen Fachgruppen weiterhin durch entsprechend benannte Delegierte in dem Fachbeirat wie auch in dem Präsidium der DIVI vertreten.

Einer gemeinsamen Initiative des DIVI-Präsidiums wie auch der DGU ist es zu verdanken, dass die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie ab dem 01. Januar 2016 eigenständiges Mitglied in der DIVI ist. Sie folgt damit dem Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, welche ebenfalls selbstständiges Mitglied der DIVI sind.

Gemeinsame Interessen

Bisher war die DGU allein über die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in der DIVI vertreten. An dem Stimmenverhältnis bzw. der Fachvertretung innerhalb der DIVI verbleiben die Delegierten, wie bisher, unter dem Fachbereich Chirurgie,

allerdings wird die Unfallchirurgie nun zukünftig fest mit zwei Delegierten in der Chirurgischen Fachgruppe der DIVI vertreten sein. Die DGU verbleibt aber, wie die anderen Fachgesellschaften auch, mit der DGCH fest verankert und die Interessen der Chirurgie werden weiterhin gemeinsam und einstimmig in den DIVI Gremien vorgetragen.

Neben der durch die Mitgliedschaft für die Zukunft fest gewährleisteten Vertretung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Fachbeirat der DIVI, ermöglicht die direkte Mitgliedschaft auch eine Vergünstigung der Mitgliedsbeiträge für eine Individualmitgliedschaft in der DIVI für DGU Mitglieder. Diese Mitgliedschaft kann als ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaft beantragt werden, je nachdem in welchem Abschnitt seiner Weiterbildung zum Facharzt man sich befindet. Für die ordentliche Mitgliedschaft ist es erforderlich, dass die Facharztausbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen abgeschlossen ist und man eine der Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin oder Notfallmedizin erworben hat. Durch die Mitgliedschaft der DGU in der DIVI reduziert sich der Mitgliedsbeitrag von jährlich 150,00€ um ein Drittel auf jetzt 100,00€ pro Jahr. Die außerordentliche Mitgliedschaft ist gedacht für Fachärzte in der Zusatzweiterbildung und Ärzte in Fachweiterbildung, hierzu zählen auch diejenigen, welche noch vor dem Erwerb eines Facharztes eine Zusatzbezeichnung Notfallmedizin erworben haben. Dieser Mitgliedsbeitrag reduziert sich von ursprünglich 75,00€ pro Jahr um ein Drittel auf 50,00€ pro Jahr.

Seitens des Vorstandes der DGU wird die Mitgliedschaft in der DIVI sehr begrüßt, da hierdurch das kontinuierliche Engagement unserer Fachgesellschaft in der In-

tensiv-, vor allem aber auch in der Notfallmedizin eine entsprechende Anerkennung seitens der DIVI findet. Insofern wäre es auch äußerst begrüßenswert, wenn sich möglichst viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem individuellen Engagement und einer entsprechenden Mitgliedschaft in der DIVI entschließen könnten. Das hiermit verbundene Erfordernis einer Zusatzqualifikation in Intensiv- oder Notfallmedizin ist seitens der DGU dabei ausdrücklich gewünscht, damit wir auch zukünftig in diesen Bereichen unsere Kompetenz, insbesondere im Bereich der Traumaversorgung, mit einbringen können.

Für eine zu erwartende Zusatzqualifikation zur leitenden oder dauerhaften Tätigkeit in einer Notaufnahme wird im Übrigen mit Sicherheit auch die schon bestehende Qualifikation für präklinische Notfallmedizin gefordert werden. Insofern sollte dies auch für Interessierte Anlass sein, sich mit den bestehenden Zusatzqualifikationen für die Intensivmedizin aber auch für die Notfallmedizin zu befassen.

Nach meinem persönlichen Eindruck legt die DIVI einen großen Wert auf unsere Mitarbeit und betrachtet uns mittlerweile als *den wichtigen* Partner aus der Chirurgie. Hierauf sollten wir dringend aufbauen.



Prof. Dr. Andreas Seekamp

Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU 2017-2019 gesucht!

Sehr geehrte Mitglieder der DGU, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ich möchte Sie wie jedes Jahr dazu aufrufen, dem Präsidium unserer Gesellschaft Kandidaten für den Nichtständigen Beirat vorzuschlagen.

Der Nichtständige Beirat ist vornehmlich die Vertretung der Jüngeren, Nichtselbstständigen, was jedoch nicht ausschließt, dass auch selbständige Mitglieder in den Beirat gewählt werden können.

Die insgesamt zwölf Mitglieder des Nichtständigen Beirats haben im Präsidium der DGU Sitz und Stimme. Ende 2016 läuft die Amtszeit folgender Mitglieder des Nichtständigen Beirats aus:

- Prof. Dr. Markus Arand, Ludwigsburg;
- Dr. Thorsten Hammer, Freiburg;
- Dr. Philipp Wilde, Frankfurt/Main.

Für diese drei Kollegen müssen dem Präsidium Kandidatinnen oder Kandidaten für die Amtszeit 2017 bis 2019 vorgeschlagen werden. Das Präsidium wählt daraus sechs aus, die der Mitgliederversammlung beim DKOU 2015 in Berlin zur Wahl der drei Plätze vorgeschlagen werden.

Ich darf noch darauf hinweisen, dass gemäß unserer Satzung nur Mitglieder der DGU wählbar sind, und dass unmittelbare Wiederwahl nicht möglich ist. Bitte auch das schriftliche Einverständnis des Vorgeschlagenen einholen!

Senden Sie uns bitte per Mail, Fax oder per Post Ihre Vorschläge **bis zum 31.3.2016** zu. Vielen Dank!



Prof. Dr. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
 für Unfallchirurgie
 DGU-Geschäftsstelle
 Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
 Fax: 030 – 340 60 36 21
 E-Mail: office@dgu-online.de

Neue Mitglieder

Benjamin **Barth** · Würzburg
 Alexander **Pflügler** · Landshut
 Saleem **Jabbor** · Koblenz
 Dr. Stefanie **Hölscher-Doht** · Würzburg
 Dr. Michael **Caspers** · Köln

Dr. Sven **Weisser** · Tübingen
 Dr. rer. nat. Melanie **Haffner-Luntzer** · Ulm
 Dr. Michael **Lang** · Murnau
 Kristin **Ostehr** · Magdeburg
 Golnessa **Rommelfrancier** · Düsseldorf

Carina **Büren** · Düsseldorf
 Dr. Johannes **Flechtenmacher** · Karlsruhe
 Stefan **Weber** · Bremen
 Dr. Jörg-Martin **Lück** · Lauf
 Faleh **Mohedat** · Hünfeld

Abschied von OMR Dr. Klaus Welz

Prof. Dr. Jürgen Probst



OMR Dr. Klaus Welz

Mit Klaus Welz, der am 7. Oktober 2015 nach kurzer schwerer Krankheit starb, ging ein Unfallchirurg der ersten Generation und ein hoch angesehener Förderer und Verfechter unseres Faches von uns. Am 31. Januar 1934 in Berlin geboren, studierte er an der dortigen Humboldt-Universität und wurde dort auch mit seiner unfallchirurgischen Dissertation „Serumeiweißuntersuchungen bei Fraktu-

renverletzungen“ promoviert. Seine chirurgische und speziell traumatologische Ausbildung vertiefte er in Studienaufenthalten bei E. Sander, J. Manninger, R. Szyszkowitz, B. G. Weber, Maurice Müller, P. Matter.

1971, erst 37-jährig, zum Gründungs-Chefarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie im Bezirkskrankenhaus Cottbus berufen, baute er diese zur Maximalversorgung und zum Akademischen Lehrkrankenhaus der Charité sowie zu einer der wenigen traumatologischen Weiterbildungskliniken der DDR aus. Zahlreiche Ehrenämter, u. a. Vorstandsmitglied und Generalsekretär der Sektion Traumatologie, kennzeichneten seine unermüdlichen Aktivitäten. Schon 1990 berief ihn die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie durch Kooptation in ihr Präsidium. Maßgeblich trug er zur Einbindung der Kollegen aus den neuen Bundesländern und zur Übernahme der Berufsgenossenschaftlichen Verfahren bei. Die DGU verlieh ihm, dem Chefarzt des Carl-Thiem-Klinikums, die Carl-Thiem-Gedenkmünze. Unermüdlich setzte er sich in Fortbildungskursen der

AO sowie deren Beirat ein und wurde Gründungsmitglied deren Arbeitsgemeinschaft „Ökonomie und Ethik“, in der er bis in sein letztes Lebensjahr mitwirkte. Wir verdanken ihm auch aufschlussreiche Beiträge zur Geschichte der Unfallchirurgie in der DDR, die er ebenso exakt wie wirklichkeitsgetreu verfasste (Suppl. MuN 1/2008).

Klaus Welz bestach in wissenschaftlichen Diskussionen durch die unbeirrbare Klarheit seiner auf fundierte Kenntnisse und Erfahrungen gestützten Argumentationen, doch niemals verletzend, immer preußisch korrekt und gleichwohl verbindlich um tragfähige Ergebnisse bemüht, dabei ein großzügiger Gastgeber. Die überaus große Trauergottesdienstgemeinde ließ noch einmal erkennen, welches Ansehen und welche Beliebtheit, denen der Theaterchor zu Herzen gehenden Ausdruck verlieh, Klaus Welz noch im hohen Alter in seiner Klinik, seiner Stadt und der Cottbuser Kulturgemeinde, genoss. Wir haben einem tüchtigen Unfallchirurgen und liebenswerten Kollegen das letzte ehrenvolle Geleit gegeben.

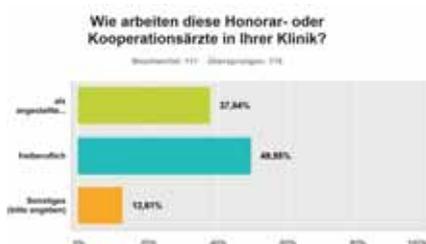
Das Honorararztwesen in Deutschland – wem nutzt es, wem schadet es?

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Das Honorar- und Kooperationsarztwesen ist mittlerweile fester Bestandteil des Klinikalltages. Die Sektorengrenzen weichen mehr und mehr auf. Vorrangiges Ziel ist die Budgeterreichung und die Steigerung der Fallzahlen, häufig auf Wunsch der Verwaltung und des Kooperationsarztes. Die Zufriedenheit der nachgeordneten Mitarbeiter und auch die Zufriedenheit des leitenden Arztes leiden tendenziell unter diesem Konstrukt.

Seit Jahren diskutieren wir die Bedeutung des Honorararztwesens für die orthopädische und unfallchirurgische Kliniken. Im Jahr 2015 haben wir eine Umfrage zu diesem Thema unter den 700 Mitgliedern des VLOU durchgeführt. Die Rücklaufquote lag bei 228.

48% der Kollegen hatten die Facharztbezeichnung Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Unfallchirurgie, sodass von einer hälftigen Verteilung bezüglich originärer Orthopäden und Unfallchirurgen ausgegangen werden kann. 60% bezeichneten ihre Klinik als überwiegend orthopädisch ausgerichtet. 90% der teilnehmenden Kollegen waren Chefärzte, die zu 57% länger als 10 Jahre in ihrer Position tätig waren. Die Verteilung bezüglich der Versorgungsstufe der Krankenhäuser kann als homogen betrachtet werden. Unikliniken etwa 10%, Maximalversorger 15%, Schwerpunktkrankenhäuser 40% und Grundversorger 30%. 70% der Häuser waren Lehrkrankenhäuser.



42% aller Häuser gaben an, ein Medizinisches Versorgungszentrum mit orthopädisch-unfallchirurgischem Schwerpunkt zu führen. 35% waren in öffentlicher Trägerschaft, 22% in privater Trägerschaft und 25% gehörten zu einem kirchlichen Träger. 40% der Kliniken hatten weniger als 50 Betten, 71% weniger als 75 Betten, 53% der antwortenden Kollegen hatten ihre Wirkungsstätte in einer Stadt mit unter 100.000 Einwohnern, wobei über 50% angaben in einem Ballungszentrum tätig zu sein. 60% der Kliniken waren Endoprothesenzentren, 30% sowohl Endoprothesen- als auch Traumazentren.

56% der antwortenden Kollegen gaben an, dass es in Ihrer Klinik Honorar- oder Kooperationsärzte gäbe, von denen aber nur etwa 15% im Stellenschlüssel berücksichtigt seien. 50% der Honorar- und Kooperationsärzte seien freiberuflich beschäftigt, 38% als angestellte Ärzte.

Die Entlohnung dieser Honorar- und Kooperationsärzte erfolge zu 55% über eine DRG-bezogene Vergütung und zu 13% ausschließlich über ein Angestelltenhonorar. In 20% erhalten diese ein festes Honorar zuzüglich einer DRG-bezogenen Vergütung.



70% der Honorarärzte behandeln auch Privatpatienten. Eine eigene Liquidationsermächtigung haben jedoch nur 40%.



Befragt nach der Konzeption der Abgaberegulation gaben 70% an, dass diese nicht der Abgaberegulation der anderen im Krankenhaus beschäftigten Ärzte entspreche. Beantwortet wurde die Frage allerdings nur von 72 der 121 Kollegen, in deren Klinik Honorarärzte beschäftigt sind. Nur 55% haben Kenntnis von einem Vertrag zwischen Honorararzt und der Klinik. Vertragsdetails kennen nur 24% der antwortenden Kollegen. Befragt nach der Auswirkung der Beschäftigung des Honorararztes auf die Zufriedenheit der festangestellten Mitarbeiter gaben immerhin 44% an, dass die Mitarbeiter dadurch unzufriedener geworden seien.



87% geben an, dass das Spektrum der Operationen, welches durch die Honorarärzte durchgeführt werde, begrenzt sei. 55% der Honorarärzte betätigen sich im Bereich der elektiven Endoprothetik und 19% im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. 70% geben an, dass die Leistungen

der Honorärärzte dem Spektrum der Klinik entsprechen, nur in 30% seien dies additive Leistungen. Die Indikationsstellung der Honorar- und Kooperationsärzte wird in 59% nicht seitens des Chefarztes der Abteilung kontrolliert und 76% aller Honorar- und Kooperationsärzte nehmen nicht an den Indikationsbesprechungen teil. 26% der Honorar- und Kooperationsärzte sind Hauptoperateure des Endoprothesenzentrums. 23% der Honorärärzte verfügen über die Zusatzbezeichnung spezielle orthopädische Chirurgie.

In 37% kam der Wunsch zur Beschäftigung des Honorararztes von der Verwaltung und in 33% vom Honorar- und Kooperationsarzt selber, nur 12% der leitenden Ärzte hatten den Wunsch zur Beschäftigung eines Honorar- oder Kooperationsarztes. Dennoch erfolgte die Einstellung in 82% im Konsens mit dem Chefarzt. 63% sehen den Honorar-/Kooperationsarzt als in die Klinik integriert an.

85% der befragten Kollegen geben an, dass die Beschäftigung des Honorar- und Konsiliararztes sich positiv auf die Budgetentwicklung auswirke und 50% geben an, dass ohne oder Kooperationsärzte mit rückläufigen Fallzahlen zu rechnen sei. Somit läge der wesentliche Nutzen bei 86% in der Vermehrung der Fallzahlen, bei 31% in der Erweiterung des Spektrums und nur 13% geben an den Honorar- und Kooperationsarzt zu benötigen, um ihre Mindestmengen zu erreichen. 55% geben an, dass sie dem Honorar- und Kooperationsarzt weisungsbefugt seien.



Fazit

Auch wenn immerhin 33% der angeschriebenen VLOU-Mitglieder antworten, so ist die Aussagefähigkeit dieses Surveys natürlich hierdurch eingeschränkt. Beeindruckend hoch ist die Rate der Kliniken (220 Antworten) mit einem medizinischen Versorgungszentrum. Die Bettenzahl zeigt, dass tendenziell eher die kleineren Kliniken geantwortet haben, mit einem leicht überwiegenden Schwerpunkt in Mittel- und Kleinstadt.

Die Rate an Kliniken, die Honorar- und Kooperationsärzte beschäftigen ist unter den Beantwortenden mit 56,5% hoch und übertrifft meine kühnsten Erwartungen. Dass immer noch 50% als freiberuflich beschäftigt gelten, verwundert ein wenig, da diese Konstellation juristisch durchaus diskutabel ist. Die DRG-bezogene Vergütung ist immer noch die Entlohnung der Wahl, häufig in Kombination mit einem festen Grundgehalt. Auch wenn 70% der Honorar- und Kooperationsärzte Privatpatienten behandeln, so haben nur 40% eine eigene Abrechnung, d.h. der Rest scheint über den Chefarzt abzurechnen. Die Abgaberegulierung ist in einem hohen Maße anders als der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte, was durchaus zum Denken anregt. Ich persönlich gehe davon aus, dass diese nicht unbedingt niedriger liegt, sondern tendenziell höher. Vertragsdetails sind in 75% nicht bekannt.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter sinkt erwartungsgemäß, was verschiedene Aspekte haben kann, so z. B.

- a die Entlohnung der Honorar- und Kooperationsärzte
- b deren Operationszeiten
- c deren Bereitschaft zu Assistieren.

Dass die Endoprothetik den Hauptbereich der Betätigung der Honorärärzte darstellt, ist zu erwarten gewesen. Beeindruckend, insbesondere unter Berücksichtigung der kommenden Verschärfung der Qualitätssicherung im Krankenhaus, ist, dass in 60% die Indikationen nicht überprüft werden und dass die Honorar- und Kooperationsärzte in 76% nicht an der Indikationsbesprechung teilnehmen. Weiterhin beeindruckend ist die hohe Rate an Beschäftigungsverhältnissen, die auf Wunsch der Verwaltung oder der Honorar- und Kooperationsärzte selbst zustande kam. Deswegen ist es umso erstaunlicher, dass viele befragte Kollegen dennoch mit diesem Konstrukt zufrieden sind.

Dass die Budgetentwicklung in 85% positiv beeinflusst wird, ist nicht verwunderlich und scheint einer der Hauptanreize für die Beschäftigung von Honorar- und Kooperationsärzten zu sein, insbesondere da etwa 50% der Kollegen sonst rückläufige Zahlen hätten.

Diese Befragung zeigt beeindruckend die aktuelle Situation des Honorar- und Kooperationsarztwesens in Deutschland. Die Rate an Kliniken mit Honorar- und Kooperationsärzten ist hoch. Die Strukturen, insbesondere bezüglich der Bezahlung, sind uneinheitlich. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter sinkt. Diese Sachverhalte mögen Grund dafür sein, dass auch die Zufriedenheit der Chefarzte im Allgemeinen, wir hatten hierüber bereits ausführlich berichtet, deutlich rückläufig ist. Wenn es möglich ist, als Honorararzt mehr Einkommen zu erzielen als als Chefarzt, der die Gesamtverantwortung für die gesamte Klinik trägt, so darf es nicht verwunderlich sein, dass die Fluktuation im Chefarztsegment zunimmt.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter sinkt erwartungsgemäß, was verschiedene Aspekte haben kann, so z. B.



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



Dieter Kohn (Hrsg.)
Expertise Knie
Thieme 2015.
Preis: 199,99 Euro

Von der Anatomie bis zur Amputation

Das Buch erscheint in der sogenannten „Expertise“ Reihe des Verlags, Untertitel: „Exzellenz in der Orthopädie und Unfallchirurgie“. Hier erfährt man das gesamte aktuell gesicherte Wissen rund ums Knie, von der Anatomie bis zur Amputation. Es ist dem Herausgeber gelungen, hervorragende Autoren zu versammeln und gleichzeitig ein homogenes Erscheinungsbild der einzelnen Kapitel zu erhalten. Die Kombination von kompakten Texten, übersichtlichen Tabellen, guten Abbildungen macht das Buch gut lesbar. Zum Inhalt ist hier eine Auflistung der Themen entbehrlich: es steht einfach alles drin. Nur exemplarisch sind zu nennen: Arthroskopie, Ligamentrekonstruktion, Frakturen, das Sportlerknie,

Arthrosebehandlung, hierbei auch eine notwendig-kritische Diskussion der sogenannten patientenspezifischen Implantate. Obwohl die Autoren überwiegend aus dem klinischen Bereich kommen und daher operative Techniken im Vordergrund scheinen, werden auch die jeweiligen konservativen Behandlungsmaßnahmen ausführlich dargestellt. Damit ist dieses Buch eine klare Empfehlung für jeden in Klinik oder Praxis Tätigen, der sich über den aktuellen Stand von Diagnostik und Therapie der Erkrankungen rund ums Knie informieren will.

Prof. Jobst-Henner Kühne, München



Diane R. Frank, Wolfgang A. Schmid (Hrsg.)
Recht für Ärzte von A - Z
Haftungsrisiken nachschlagen, kennen und vermeiden
Thieme, 2015.
Preis: 39,99 Euro

Mediziner werden ohne juristische Sensibilisierung

Die Praxis lehrt, dass Ärzten der Umgang mit der juristischen Denkweise schwerfällt, woraus sich viele, z.T. bittere Erfahrungen mit Rechtsfällen im Klinik- und Praxisbetrieb erklären. Diese Situation hat sich mit der oft beklagten Verrechtlichung der Medizin verschärft; die neueste Gesetzesinitiative, eine lex specialis Korruption der Ärzte ist hierfür nur ein aktuelles Beispiel. Das vorgelegte Buch gibt sich nicht auf den Weg einer langatmigen Erklärung der verschiedenen, sehr zahlreichen Rechtszweige, mit denen der Arzt – täglich! – in Berührung kommt, sondern greift buchstäblich praktisch eine Vielzahl von Rechtsfällen heraus; jedem dieser ist ein realer Casus (Szenario) vorangestellt, meist solchen, in denen das Problem aus Unkenntnis der Tragweite des Geschehens oder des eigenen

Handelns entstand. Die von Abfallentsorgung und Abrechnung über Bestechlichkeit, Kick-Back-Zahlungen und Risikomanagement bis Werbung und Wirtschaftlichkeitsprüfung alphabetische Gliederung erleichtert die Suche nach dem jeweiligen Thema, das ohne juristische Paragraphenauslegung die Rechtslage medizinverständlich erklärt. Nicht nur Unfallchirurgen und Orthopäden werden in größerem Umfang für Gutachten in Anspruch genommen und solche wie auch Routine-Auskünfte haben oft ungeahnte Auswirkungen; deswegen wäre dieses Kapitel deutlich ausführlicher zu verfassen. Dennoch: Empfehlenswert.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



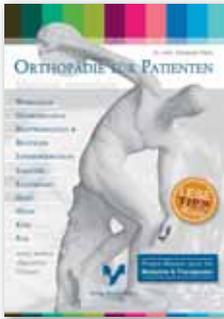
Fritz Hefti
Kinderorthopädie in der Praxis
Springer, 3. Auflage 2015
Preis: 199,99 Euro

Kinderorthopädisches Urgestein

Fritz Hefti, eines der kinderorthopädischen Gründungsmitglieder der Vereinigung Kinderorthopädie, legt uns sein zum Standard gewordenes Buch in aktualisierter Auflage vor. Die größte Stärke des wie gewohnt umfassenden Buchs liegt in der, sowohl junge, in Ausbildung befindliche wie auch erfahrene Kollegen mitnehmenden Darstellung der einzelnen Bereiche. Mehr als 150 neue Illustrationen sind dazu gekommen, dazu aber auch klinische Bilder, Röntgenaufnahmen und Schema-Zeichnungen. Zu loben sind synoptische Darstellungen, welche bildgebende Verfahren und welche physiotherapeutische Möglichkeiten, regional gegliedert, bei den aufgelisteten häufigsten Erkrankungen und Verletzungen in Frage kommen. Erfreulich ist auch die durch die Annäherung der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Kindertraumatolo-

gie bedingte Hereinnahme zahlreicher, allerdings nicht sämtlicher relevanten Verletzungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Auch kinderrheumatische Erkrankungen würden möglicherweise ein eigenes Kapitel verdienen, wie auch Hinweise zu Sportverletzungen und sportlichen Überlastungssyndromen in Kindes und Jugendalter fehlen. Alles in allem besticht jedoch auch die Neuauflage. Dass das Buch mit dem Carl-Rabl-Preis der Vereinigung süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen und dem Debrunner-Preis der schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie ausgezeichnet worden ist, ist eine hohe und wohlverdiente Ehre.

Dr. Martin Ihle, Berlin



Dr. Christoph Klein
Orthopädie für Patienten
Verlag Michels-Klein,
Remagen, 2014
Preis: 49,95 Euro

Verständlicher Orthopädie-Ratgeber für Patienten

Ein Arzt-Patient-Gespräch dauert durchschnittlich knapp zehn Minuten. Wenig Zeit für Fragen des Patienten und Erklärungen des Arztes. Nicht selten tauchen Fragen erst zu Hause auf. Gut, wenn das Nachschlagewerk „Orthopädie für Patienten“ im Bücherregal steht. Denn der Ratgeber beantwortet leicht verständlich viele Fragen rund um Knie, Hüfte, Wirbelsäule und Co. Das kommt bei Lesern und Kritikern sehr gut an: 2015 hat die Jury der „Bild der Wissenschaft“-Wahl zu den Wissensbüchern des Jahres das Nachschlagewerk in der Rubrik Überblick auf den 2. Platz gewählt. Von den Lesern des Wissens-Magazins ist das Buch in dieser Kategorie sogar auf den 1. Platz gewählt worden. Auf mehr als 800 Seiten erklärt der Orthopäde Dr. Christoph Klein allgemeinverständlich Ursachen und Herkunft von Erkrankungen, skizziert Sympto-

me und Beschwerden und nennt mögliche Untersuchungsmethoden und diagnostische Verfahren sowie die wichtigsten Therapieformen und Behandlungsmöglichkeiten am Bewegungsapparat. Für den schnellen Überblick sind am Ende jedes Kapitels die fünf wichtigsten Informationen zusammengefasst. Neben rund 100 einzelnen Erkrankungen vermittelt der klar strukturierte Ratgeber anhand von vielen Illustrationen anatomische Grundlagen. Fast 1.000 Zeichnungen, Fotos, Röntgenbilder sowie Kernspintomographie- und Ultraschallaufnahmen veranschaulichen die Erläuterungen. Medizinische Fachbegriffe werden verständlich erklärt. Übungen für Rücken, Fuß und Schulter runden das Angebot ab.

Regina Radke-Lottermann, DGOU-Pressestelle, Berlin



J. Jerosch, J. Heisel,
C. Tibesku:
Knieendoprothetik
2. Auflage Springer, 2015
Preis: 249 Euro

Spektrum der Komplikationen

Nach der Erstauflage aus dem Jahr 1999 ist es nun Zeit geworden für ein Upgrade dieser damals gut eingeführten ersten Monographie zur endoprothetischen Versorgung des Kniegelenks. Wesentliche Neuerungen der jetzt vorliegenden Neuauflage beziehen sich auf die Darstellung der operativen Planung und auf Grundzüge, wann welche Operationen durchgeführt werden sollte und mit welchen Komplikationen oder Problemen vor, während und nach der Operation zu rechnen sein könnte. Der Inhalt reicht von der Biomechanik und Pathophysiologie, die für den Kniegelenkersatz zu berücksichtigen sind, ergänzt durch einen Einschub über präoperative Möglichkeiten und Gelenk erhaltende Maßnahmen bis zu einem Überblick, welche Prothesenmodelle aktuell für das Kniegelenk angeboten werden. Neu ist ein eigenständiges Kapitel zu

operativen Zugangswegen. Der Hauptteil des Buchs wird durch die Darstellung der Grundzüge der Operationstechnik bestimmt. Die große Stärke des Buches ist die Darstellung der vielen intra- und perioperativ möglichen Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten. Das Werk trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die Implantation von Kniegelenk-endoprothesen nach vielen Jahren operativer Erfahrung heute ebenso wie die viel länger praktizierte Hüft-Endoprothetik Aufschluss zulässt über die Bandbreite möglicher Komplikationen. Ein weiteres wichtiges Kapitel stellt die postoperative Rehabilitation dar. Das Werk ist aus der Bibliothek, mehr noch aber aus dem Sprechzimmer von Spezialisten in Knie-Endoprothetik nicht wegzudenken.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Karl-Heinz Deeg, Volker Hofmann, Peter F. Hoyer
Ultraschalldiagnostik in Pädiatrie und Kinderchirurgie
Thieme, 4. Auflage 2014
Preis: 257,10 Euro

Ins Kind geschaut

Naturgemäß bilden Erkrankungen des gesamten Kindesalters das umfangreichste Sujet des schwergewichtigen Bandes, der aber auch einen allumfassenden Einblick in die heutigen Möglichkeiten der Sonografie gewährt. Für die Kinderchirurgie nicht nur ein Gewinn, sondern unumwunden unverzichtbar, für die Weiterbildung ebenso wie für die aktuelle Information umso wertvoller, als klinische, pathologisch-anatomische und ggf. notwendige CT-Querverbindungen einbezogen sind. Die auf der Hand liegenden Vorteile der Ultraschalldiagnostik sind die Vermeidung der ionisierenden Strahlenbelastung und die Sofortbildverfügbarkeit. Ein Kapitel ist auch der 3-D-Sonografie gewidmet. Unfallchirurgisch sind insbesondere die Kapitel Oberbauch-

trauma, Milzverletzungen, stumpfes Bauchtrauma, aber auch Genitalverletzungen und Hodentorsion bereichernde Beiträge, die zeigen, wie die Sonografie die klinische Diagnostik nicht nur ergänzt, sondern ihr einen therapeutischen Zeitvorsprung verschafft. Die Kapitel Säuglingshüfte, Skelettmuskulatur und Gelenke dürften auch der Orthopädie willkommen sein. Beigefügt ist dem Band der abrufbare Zugangscode zu einem reichhaltigen Videomaterial, das über die Standbilddiagnostik hinaus führt – das verleiht dem Lehrbuch einen noch höheren Lerngewinn.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder und Interessenten,

nachfolgend eine umfangreiche Kursauswahl.

Für weitere Informationen sprechen Sie uns gerne an unter 030. 797444-59 oder schreiben Sie uns eine E-Mail an: info@institut-ado.de. Bitte verwenden Sie für die Anmeldung zu unseren Veranstaltungen bevorzugt unser Online-Anmeldeformular unter: www.bvou.net/ado. Als Veranstalter sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien gern behilflich.

Stand 06.01.2016

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

Facharztvorbereitungs-Refresherkurs Berlin 20. & 21. FAB 2016						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	20. Facharztvorbereitungs-kurs	27.06.–02.07.2016	Dr. T. John Prof. Dr. M. Wich PD Dr. St. Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	590 € ¹	47
	21. Facharztvorbereitungs-kurs	21.11.–26.11.2016			790 € ²	

Rheuma-Zertifizierungskurse I / II / III in 2016						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hannover - Lehrte	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	12.03.2016	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 125 € ¹	6
Baden-Baden (VSOU)	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	29.–30.04.2016			Kurs II: 150 € ¹ 175 € ²	16
Frankfurt am Main	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	04.06.2016			Kurs III: 200 € ¹ 250 € ²	6
Ludwigshafen	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	01.–02.07.2016				16
Frankfurt am Main	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	24.09.2016				6
Berlin (DKOU)	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	27.10.2016				6
Berlin (DKOU)	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	28.–29.10.2016				16

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

Rheuma Refresherkurse						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden (VSOU)	Auffrischung der Rheuma-Zertifizierungskursreihe I/II/III	28.04.2016	Dr. U. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	48 € ¹ 58 € ²	4 ADO Zusatzpunkte (für RheFO)
Berlin (DKOU)		26.10.2016				4 ADO Zusatzpunkte (für RheFO) + ca. 3 CME-Punkte

ORFA - Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin, Kursreihe 2015 / 2016 Berlin (Module I bis VII)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	ORFA - Modul VI	05.03.2016	Dr. U. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 + 7 50 € ¹ (Praxisinhaber) 75 € ²	
	ORFA - Modul VII	13.04.2016				
					Modul 2 – 6 150 € ¹ (Praxisinhaber) 175 € ²	

6. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin 2016						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	09.–10.12.2016	Prof. Dr. Ekkernkamp Prof. Dr. Wich Prof. Dr. Barthlen	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 240 € ²	n. n.

Kinesio-Logic-Taping Kurse 2016						
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-Crashkurs (nur Ärzte)			Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	190 € ³ 230 € ² Crashkurs: 120 € ²	n. n.
Baden-Baden (VSOU)	Obere & untere Extremität, Wirbelsäule	29.04.2016				
Berlin (DKOU)	Obere & untere Extremität, Wirbelsäule	25.10.2016				
Tapingkurs 1						
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	11.–12.03.2016				
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	09.–10.09.2016				
Tapingkurs 2 (Teil I erforderlich)						
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	22.–23.04.2016				
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	07.–08.10.2016				

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Myofasziale Triggerpunkt Therapie						
Berlin	Triggerpunkte	10.–11.06.2016	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	190 € ¹ 230 € ²	n. n.
VSOU 2016- Kursangebote						
Baden-Baden (Bitte beachten: Für Kurse im Kongresszentrum erhalten Sie keine gesonderten CME-Punkte!)	Rheuma Refresherkurs	28.04.2016	Dr. Uwe Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	48 € ¹ 58 € ²	4 ADO Zusatzpunkte (für Rhefo)
	GHBF „Haltungs- und Bewegungsdiagnostik“	28.04.2016	Dr. Michael Kaune		kostenlos	
	Extrakorporale Stoßwelle als wirkungsvolles Werkzeug zur Behandlung myofaszialer Schmerzen.	28.04.2016	Dr. rer. Nat. Markus Hansen		125 €	
	AK niedergelassene Operateure des BVOU	29.04.2016	Dr. Peter Heppt Dr. Helmut Weinhart		kostenlos	
	AK Oberflächen EMG in der Orthopädie	29.04.2016	Dr. rer. Nat. Markus Hansen		kostenlos	
	DIGEST—Fachkunde ESWT Modul 3	29.04.2016	Dr. Martin Ringeisen		290 € ³ 310 € ¹ 330 € ²	11
	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	29.04.2016	Dr. Holger Jahn		150 € ¹ 200 € ²	
	K-Logic-Taping Crashkurs	29.04.2016	Ingo Geuenich		120 € (nur für Ärzte)	n. n.
	MRT-Kurs: Besondere Gelenkbefunde	29.04.2016	Dr. Axel Goldmann Dr. Frieder Mauch		kostenlos	
	Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurs III	29.–30.04.2016	Dr. Uwe Schwokowski		200 € ¹ 250 € ²	
	Röntgen UpDate Skelettsystem	30.04.2016	Dr. Johannes Flechtenmacher		BVOU und VSOU-Mitglieder 200 € Ass.ärzte BVOU-Mitglieder 100 € Nichtmitglieder Ärzte 400 € Nichtmitglieder Assistenzärzte 200 €	16
	DIGEST—Fachkunde ESWT Modul 5	30.04.2016	Dr. Martin Ringeisen		290 € ³ 310 € ¹ 330 € ²	8
	4D-motion Kurs	30.04.2016	Dr. Holger Jahn		150 € ¹ 200 € ²	11
	Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback m. Oberflächen EMG	30.04.2016	Dr. Maximilian Meichsner		125 €	

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ DIGEST-Mitglieder

ADO Kooperationen

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2016

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

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden-Baden / VSOU	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	29.04.2016	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	150 € ¹ 200 € ²	
Baden-Baden / VSOU	4D-motion Kurs	30.04.2016			150 € ¹ 200 € ²	

Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG

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

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
			Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	125 € inkl. Kursunterlagen und Verpflegung	n. n.
Baden-Baden (VSOU)	Kompaktkurs: „Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG“	30.04.2016				
Berlin (DKOU)	Kompaktkurs: „Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG“	28.10.2016				

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2016

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Prien	Weiterbildung Manuelle Medizin „GK1 (Grundkurs 1)“	24.01.–28.02.2016	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale Medizin (DGMSM) e.V. – Akademie Boppard kontakt@dgmsm.de Tel. 06742/8001-0 www.dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www.dgmsm.de	36
Boppard		09.03.–13.03.2016				49
Hamburg		13.04.–17.04.2016				40
Boppard		25.05.–29.05.2016				49
Bad Füssing		20.07.–24.07.2016				40
Boppard		24.08.–28.08.2016				49
Boppard		02.11.–06.11.2016				49

Service / Fort- und Weiterbildung

GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik Termine 2016						
Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensorische, propriozeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Grassau	Kompaktkurs	26.-28.02.2016	Dr. G. Pfaff Prof. W. Laube M. Kaune	GHBF e.V. Haimhauserstr. 1 80802 München Tel: 089-330 370 53 Fax: 089-330 371 31	455 € GHBF-Mitglieder: 364 € In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	25
		17.-19.06.2016				
		09.-11.09.2016				
		18.-20.11.2016				

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/DGOU/ DGOOC-Mitglieder 295 €	47

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

Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e. V. Manuelle Medizin Termine 2016

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München/Glonn	AE-Tutorial Endoprothetik des Kniegelenkes	04.-06.02.16	auf Anfrage	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	auf Anfrage
Dresden	AE-ComGen-OP-Personalkurs	25.-26.02.16				
Ulm	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	26.02.2016				
Ofterschwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte	07.-09.04.16				
Köln	AE-Masterkurs Knie	22.-23.04.16				
Baden-Baden	AE-Basis-Kompaktkurs	28.-30.04.16				
München	AE-ComenGen-OP-Personalkurs	29.-30.04.16				
Karlsruhe	AE-ComenGen-OP-Personalkurs	03.-04.06.16				
Berlin	AE-Kurs Hüfte	10.-11.06.16				
Mainz	13. AE-ComGen-Symposium	24.-25.06.16				
Berlin	AE-Kurs für Schulterchirurgie	07.-08.07.16				
Frankfurt	AE-Masterkurs Hüfte	08.-09.07.16				
Berlin	AE-Masterkurs Knie	15.-16.07.16				
Heidelberg	AE-ComGen-OP-Personalkurs	15.-16.07.16				
Kassel	AE-Kompaktkurs Infekt und Zement	26.08.2016				
Köln	AE-Kurs Knie	02.-03.09.16				
Hamburg	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenkes	08.-10.09.16				
Berlin	AE-Masterkurs Hüfte	16.-17.09.16				
Berlin	AE-Masterkurs Knie	30.09.-01.10.16				
Hamburg	AE-Kurs Teilgelenkersatz Knie	07.10.2016				
Köln	AE-Masterkurs Hüfte	07.-08.10.16				
Berlin	AE-Kompaktkurs Zement u. -iertechnik	12.10.2016				
Berlin	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe	13.-14.10.16				
Bern	AE-Kurs Hüftchirurgie	11.-12.11.16				
Ofterschwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie	17.-19.11.16				
Hannover	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	25.11.2016				
Tirschenreuth	AE-Kompaktkurs Zementiertechn./Perip.Inf.	25.-26.11.16				
Tirschenreuth	AE-ComGen-OP-Personalkurs	25.-26.11.16				
Berlin	AE-Gesundheitspolitisches Symposium	08.12.2016				
Berlin	18. AE-Kongress	09.-10.12.16				

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Initiative '93 Technische Orthopädie 2016						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Heidelberg	Modul 1 und 2 Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie	19.–21.02.2016	Dipl. Ing. M. Alimujaj Dr. S. Müller	Tel. (0 54 24) 220-1 00 Fax (0 54 24) 2 20-4 44 Heike.schulz@initiative93.de	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300 € Nichtmitglieder: 400 €	23
Bayreuth	Modul 3 und 4 Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittläsion	16.–18.09.2016	Priv.-Doz. Dr. R. Abel	Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwie 11 49214 Bad Rothenfelde		n.n.
Innsbruck (Österreich)	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	23.–24.09.2016	Dr. Landauer			n.n.
Dortmund	Modul 5 Refresher + Prüfung	25.–26.11.2016	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			n.n.

MRT Kurse Erlangen 2016 / 2017						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Erlangen	Kurs 1 Obere Extremität	30.–09.-01.10.16	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 www.orthopaeden.com	Pro Kurs: 320 €	Pro Kurs 17
	Kurs 2 Wirbelsäule	11.–12.11.16				
	Kurs 3 Untere Extremität	16.–17.12.16				
	Kurs 4 Weichteil Knochen Gelenke	13.–14.01.17				
Berlin	MRT-Refresher-Kurs	10.–11.02.17				

MRT Kurse Stuttgart 2016 / 2017						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	Kurs 1 Obere Extremität	15.–16.04.16	Dr. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111 Fax: 0711/5535-188 schneider.bettina@ sportklinik-stuttgart.de www.sportklinik- stuttgart.de	Pro Kurs: 320 €	Pro Kurs 16
	Kurs 2 Wirbelsäule	03.–04.06.16				
	Kurs 3 Untere Extremität	23.–24.09.16				
	Kurs 4 Differentialdiagnose in der MRT	14.–15.10.16				
Berlin	MRT-Refresher-Kurs	10.–11.02.2017				

VFOS Kursreihe „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ 2016						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München			Dr. Mellerowicz	MVZ am Nordbad Schleißheimer Str. 130 a.kugler@sport-ortho.de www.vfos.info Tel. 01523/8476601 Fax. 089/1233 052	Grundkurs 380 € Aufbaukurs 380 € Abschlusskurs 280 € Refresherkurs 170 €	30
	Aufbaukurs	04.–06.03.2016				
	Abschlusskurs	19.–20.11.2016				
	Refresherkurs	20.02.2016				

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

D.A.F. Kurse 2016 (Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgiekurse			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	n.n.
Greifswald	I - Anatomischer Präparationskurs	04.-05.03.2016	J. Lange			
Düsseldorf	I - Anatomischer Präparationskurs	04.-05.03.2016	J. Andermahr T. Filler			
Aachen	III - Operationskurs Arthrodesen	18.-19.03.2016	D. Frank M. Abbara-Czardybon A. Prescher			
Köln	I - Anatomischer Präparationskurs	07.-08.04.2016	J. Andermahr			
Düsseldorf	II - Operationskurs Vorfußchirurgie	22.-23.04.2016	J. Dohle			
Bochum	III - Operationskurs Arthrodesen	29.-30.04.2016	U. Klapper			
Schwarzenbruck	VII - Operationskurs Traumatologie	29.-30.04.2016	M. Richter			
Augsburg	IV - Operationskurs Sehnenchirurgie	03.-04.06.2016	M. Jordan			
Bad Saarow	V - Operationskurs Rheumafuß	17.-18.06.2016	J. Osel			
Würzburg	VI - Workshop Kinderfuß	10.-11.06.2016	P. Raab			
Greifswald	II - Operationskurs Vorfußchirurgie	16.-17.09.2016	J. Lange			
Hannover	IV - Operationskurs Sehnenchirurgie	23.-24.09.2016	C. Stukenborg- Colsman			
Augsburg	V - Operationskurs Rheumafuß	07.-08.10.2016	H. Waizy			
Stuttgart	II - Operationskurs Vorfußchirurgie	11.-12.11.2016	M. Gabel U. Gronwald			
München	VI - Workshop Kinderfuß	18.-19.11.2016	J. Hamel			
Augsburg	IV - Operationskurs Sehnenchirurgie	25.-26.11.2016	M. Jordan			

Fortbildungskurse zur Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf	16.04.2016	Dr. Hans Dieter Matthiessen Dr. Katrin Rosery	Akademie DO Beurhausstraße 40 44137 Dortmund Fax: 0231/95321063 E-Mail: dorothee.grosse@ akademiedo.de	250 € je Kurs	7

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

Service / Fort- und Weiterbildung

Ultraschallkurse Bewegungsorgane 2016 und 2017						
Sonografiekurse gemäß aktuellster §6 KBV- Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/Anmeldung	Gebühr	Punkte
Tegernsee/ Bayern	Kurswoche Grund- und Aufbaukurs Bewegungs- organe (BI mit BII)	26.02.–03.03.2016	Dr. A. Betthäuser	Sonografiesekretariat des Zentrums Frau. A. Habermann Bismarckstrasse 10, 24837 Schleswig Tel. 01605609476 Fax: 04621/3017880 E-Mail: sono-kurse@t- online.de Internet: www.schulter- zentrum.com	auf Anfrage	52
Hamburg	Grundkurs Bewegungsorgane (BI)	09.–11.09.2016				31
	Aufbaukurs Bewegungsorgane (BII)	04.–06.11.2016				31
	Grund- und Aufbaukurs Säuglingshüfte (SI/II)	27.–29.01.2017				42
	Abschlußkurs Bewegungsorgane (BIII)	19.–20.08.2017				21
	Grundkurs Bewegungsorgane (BI)	08.–10.09.2017				31
	Abschlußkurs Säuglingshüfte (SIII)	21.–22.10.2017				16
	Aufbaukurs Bewegungsorgane (BII)	03.–05.11.2017				31

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH 80639 München
Geschäftsstelle Fort- und Weiterbildung Telefon: +49-89-8905376-0
Wilhelm-Hale-Straße 46b Fax: +49-89-8905376-22

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

Ort	Kongress/Kurs	Termin	
München	fit-after-eight Modul 1+2	17.-20.02.2016	www.fae-kurs.de
Seeheim-Jugenheim	IC-Kurs by DGOU and Lufthansa Flight Training – ICC1	26./27.02.2016	www.ic-kurs.de
Berlin	ATLS-Refresherkurs	18.02.2016	www.atls-kurs.de
März			
Murnau	ATLS-Refresherkurs	11.03.2016	www.atls-kurs.de
Murnau	ATLS-Providerkurs	12./13.03.2016	www.atls-kurs.de
April			
Homburg (Saar)	DSTC-Kurs	07.-09.04.2016	www.dstc-kurs.de
Seeheim-Jughenheim	IC-Kurs by DGOU and Lufthansa Flight Training – ICC1	15./16.04.2016	www.ic-kurs.de
Seeheim-Jughenheim	IC-Kurs by DGOU and Lufthansa Flight Training – ICC3	15./16.04.2016	www.ic-kurs.de
Murnau	ATCN-Providerkurs	23.-25.04.2016	www.atcn-kurs.de
Murnau	ATLS-Providerkurs	23./24.04.2016	www.atls-kurs.de

Stellenangebot

FÄ Orthopädie sucht Teilzeittätigkeit in Praxis oder orthopädisch
ambulanter Reha-Einrichtung

Chiffre: 21 16 11

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Frau Petra Dittrich

Postfach 300880

70448 Stuttgart

E-Mail: petra.dittrich@pharmedia.de

Ausschreibung des Albert-Hoffa-Preises

Die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e. V. verleiht im Jahr 2016 wieder den Albert-Hoffa-Preis.

Als Preis wird eine Prämie von

2.500 Euro

ausgesetzt. Der Preis wird verliehen für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. ihrer Grenzgebiete, die in den letzten beiden Jahren vor Erteilung des Preises im Druck erschienen ist. Es kann auch ein nachweislich zum Druck angenommenes Manuskript

eingereicht werden. Die Arbeit muss in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Das Bewerbungsschreiben muss eine Erklärung enthalten, ob für dieselbe Arbeit bereits ein Preis verliehen wurde und ob und ggf. wo dieselbe Arbeit zuvor oder gleichzeitig zu einem anderen Preis eingereicht worden ist.

Die Prüfung der Arbeit erfolgt durch die Albert-Hoffa-Preiskommission.

Die Arbeit muss in 4 Exemplaren eingereicht werden und bis spätestens 31.03.2016 bei dem Vorsitzenden der Albert-Hoffa-Preiskommission, Herrn Prof.

Dr. A. Karbowski (Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie am Krankenhaus der Augustinerinnen, Jakobstr. 27-31, 50678 Köln) eingegangen sein.



Die Bekanntgabe des Preisträgers und die Preisverleihung erfolgen in der Eröffnungsveranstaltung der 64. Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung vom 16.06 – 18.06.2016 in Hamburg.

Ausschreibung des Reisestipendiums der NOUV 2016 „European Hip Society 2016“

Die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV) schreibt für das Jahr 2016 **acht** Stipendien zur Teilnahme am Meeting der „**European Hip Society**“ in München vom **06.09.-09.09.2016** in Höhe von jeweils

750 Euro

aus. Ziel des Stipendiums ist es, den Kontakt zu den europäischen und weltweiten Meinungsbildnern im Bereich der Hüftchirurgie zu ermöglichen und zu in-

tensivieren sowie die wissenschaftliche Zusammenarbeit auf europäischer Ebene zu fördern. Die Stipendiaten erstatten nach Abschluss der Reise einen kurzen, etwa einseitigen Bericht, der auf der Internetseite des NOUV veröffentlicht wird.

Bewerber/Bewerberinnen sind Mitglieder des NOUV und Assistenzärzte oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bis zum Abschluss des 40. Lebensjahres. Gute Englischkenntnisse sind Voraussetzung für die Bewerbung.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Darstellung des beruflichen Werdegangs einschließlich der wissenschaftlichen Aktivitäten sind ausschließlich per email bis zum 15.2. zu richten an den Vorsitzenden des NOUV:

Prof. Dr. Carsten Perka

E-Mail: carsten.perka@charite.de

Die Bewerbungen werden an die Kommissionsmitglieder weitergeleitet.

NOUV

Ausschreibung des Reisestipendiums der NOUV 2016 – „1. European Knee Society – Spring Training Course – Management of knee osteoarthritis“

Die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV) schreibt für das Jahr 2016 **acht** Stipendien zur Teilnahme am ersten „**Spring Training Course**“ der **European Knee Society** in Berlin vom **31.03.-01.04.2016** in Höhe von jeweils

750 Euro

aus. Ziel ist es, den Kontakt zu den europäischen Meinungsbildnern im Bereich der Knieendoprothetik zu ermöglichen und zu intensivieren sowie die wissen-

schaftliche Zusammenarbeit auf europäischer Ebene zu fördern. Die Stipendiaten erstatten nach Abschluss der Reise einen kurzen, ½ bis einseitigen Bericht, der auf der Internetseite des NOUV veröffentlicht wird.

Bewerber/Bewerberinnen sind Mitglieder des NOUV und Assistenzärzte oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bis zum Abschluss des 40. Lebensjahres. Gute Englischkenntnisse sind ebenfalls Voraussetzung für die Bewerbung.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Darstellung des beruflichen Werdegangs einschließlich der wissenschaftlichen Aktivitäten sind ausschließlich per email bis zum 15.2. zu richten an den Vorsitzenden des NOUV:

Prof. Dr. Carsten Perka

E-Mail: carsten.perka@charite.de

Die Bewerbungen werden an die Kommissionsmitglieder weitergeleitet.

NOUV

DIGEST-Innovationspreis 2016

Der DIGEST-Innovationspreis 2016 in Höhe von insgesamt

4.000 Euro

(DIGEST 3.000,- Euro BVOU 1.000,- Euro) wird ausgeschrieben von der DIGEST und dem BVOU für herausragende wis-

senschaftliche Arbeiten aus klinischer und experimenteller Forschung aus dem deutschsprachigen Raum zur Thematik der medizinischen Stosswellentherapie.

Einreichungsfrist ist der **30. April 2016** (Poststempel). Die Arbeiten sind schriftlich (Brief) und digital einzureichen an

DIGEST e.V., Kurfürstendamm 61, 10707 Berlin.

Die Ausschreibungsbedingungen sind einzusehen: www.digest-ev.de



Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2016

verliehen vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) vergibt den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) verliehen.

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis wird in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939-2014), vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung und hier insbesondere um die Outcomeforschung und das Thema Lebensqualität nach Brustkrebs verdient gemacht. Er hat für sein wissenschaftliches Lebenswerk zahlreiche Ehrungen erhalten. Vielen DNVF-Mitgliedern ist er Vorbild.

Der Preis ist für die Auszeichnung und Förderung einzelner oder einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. sind und sich mit einer Originalarbeit bewerben, die in den letzten 12 Monaten vor der Ausschreibung in einem Publikationsmedium mit Peer-Review publiziert oder zur Publikation angenommen wurde.

Kriterien sind die wissenschaftliche Originalität der Fragestellung, eine sehr gute methodische Qualität sowie eine hohe

Relevanz für die Umsetzung in die Patientenversorgung.

Die Kandidatur für den Preis kann ausschließlich durch Eigenbewerbung erfolgen. Sofern der Beitrag bereits mit einem Preis ausgezeichnet oder für eine Preisbewerbung eingereicht wurde, ist dies zu vermerken. Wurde der Beitrag bereits für die Ausschreibung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises 2015 eingereicht, so ist eine erneute Bewerbung mit diesem Beitrag nicht möglich.

Die Ausschreibung des Preises richtet sich an alle DNVF-Mitglieder. Dies schließt die Mitglieder unserer Fachgesellschaften, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute und Zentren, die Mitglied oder Fördermitglied im DNVF e.V. sind, ein. Gleichmaßen können sich persönliche Mitglieder im DNVF e.V. um den Preis bewerben.

Der Preis ist mit

2.500€

dotiert.

Die Unterlagen beinhalten ein Anschreiben, die Originalarbeit, einen tabellarischen Lebenslauf des Bewerbers/der Bewerberin bzw. die Lebensläufe der Bewerbenden sowie ein für jeden Bewerbenden ausgefülltes Formblatt „Interessenkonflikte“. Die Bewerbungsunterlagen sind in einer Datei zusammengefasst als Anlage einer E-Mail an



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

die Geschäftsstelle des DNVF zu richten (E-Mail: dnvf@uk-koeln.de). Bewirbt sich eine Gruppe, muss das Einverständnis aller Beteiligten vorliegen. Bei Mitarbeitern und Mitgliedern unserer institutionellen Mitglieder ist zum Nachweis des Mitgliederstatus eine Bescheinigung der Gesellschaft/des Arbeitgebers vorzulegen. Bei Forschergruppen sollten 40% der beteiligten Personen den Nachweis eines direkten (persönliche DNVF-Mitgliedschaft) oder indirekten Mitgliederstatus vorlegen können. Persönliche Mitglieder im DNVF benötigen keinen gesonderten Nachweis.

Abgabetermin für Bewerbungen ist der 15.04.2016.

Die Auswahl des/der Preistragende(n) erfolgt durch eine Jury. Dieser gehören Ehrenmitglieder des DNVF, Vertreterinnen und Vertreter der Sektionen des DNVF sowie Vorstandsmitglieder an.

Unter den eingereichten Bewerbungen wählt die Jury nach den Kriterien der wissenschaftlichen Originalität, der methodischen Qualität sowie der Relevanz für die Versorgungspraxis den/die Preistragende(n) aus. Jurymitglieder werden bei einer Bewerbung aus dem eigenen Hause (Institut, Klinik) von der Bewertung ausgeschlossen.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.



Wettbewerb

Science-Slam Rheumatologie/Orthopädie „Forschung leicht verständlich gemacht“

Die Deutsche Rheuma-Liga engagiert sich darin, Forschung für Laien verständlich zu machen. Im Rahmen der Kampagne „Rheuma bewegt uns alle“ laden wir Forscher und Forscherinnen ein, laienverständlich über ihr Forschungsprojekt aus der Rheumatologie oder Orthopädie zu informieren.

Und so geht`s:

- Sie zeichnen Ihren Vortrag von 3 bis max. 10 Minuten mit Kamera und Mikrofon auf.
- Die Aufnahme schicken Sie als DVD, Stick oder per Download-Link an: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Maximilianstr. 14, 53111 Bonn oder bv@rheuma-liga.de

Einsendeschluss: 30. Juli 2016

Die Beiträge werden von einem Team aus Fachleuten und Experten aus Betroffenheit begutachtet und bei technischer und inhaltlicher Eignung auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga online zur Bewertung durch die online Community eingestellt.

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin mit der besten Bewertung wird zur Preisverleihung am 18. November 2016 nach Berlin eingeladen. Das Preisgeld beträgt 1.000 €.

Preisstifter ist Pfizer.

Die Veranstaltung steht unter der Schirmherrschaft von Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga.

Für Nachfragen wenden Sie sich an:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Referentin Susanne Walia

Telefon: 0228-76606-11

E-Mail: bv.walia@rheuma-liga.de

www.rheuma-liga.de