



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2019

Ist eine gute Versorgung in O und U morgen noch sicher?

Termin: Dienstag, 22. Oktober 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Themen und Referenten:

O und U in Zeiten von Kostendruck, Bürokratie und Arbeitsüberlastung: Wie können wir die Ärzte von morgen noch ausbilden?

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie.

Wie gut können wir Weiterbildung erbringen, wenn sie nicht bezahlt wird?

Professor Dr. med. Carsten Perka

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

Was konservative Medizin in O und U heute leisten kann und was wir dafür tun müssen, damit bestehendes Wissen nicht verloren geht.

Dr. med. Thomas Möller

Kongresspräsident DKOU 2019 des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in Speyer

Mehr Ärzte denn je: Wieso haben wir trotzdem einen Ärztemangel?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach

Zwischen Arbeitszeitverdichtung und dem Wunsch nach Work-Life-Balance: Was brauchen junge Ärztinnen und Ärzte in O und U?

Dr. med. Anna-Katharina Doepfer

Ehemalige stellvertretende Leiterin des Jungen Forums O und U, Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie und Kinderorthopädie, Praxisinhaberin OrthoGroup, Hamburg

Pressekontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2019
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173, Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dkou.org

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207



Neue Wege in der Weiterbildung: Flugsimulator für Chirurgen – Sicherheit für den Patienten

Dr. med. Matthias Münzberg

Leiter des Bildungsausschusses der DGU

Leiter Bereich Medizin BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH

Leiter Centrum für interdisziplinäre Rettungs- und Notfallmedizin (CiRN)

Moderation: Pressestelle DKOU 2019, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Heinke Schöffmann

Pressestelle DKOU 2019

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173, Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dkou.org

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin

Tel.: 030 3038-81206

Fax: 030 3038-81207

Pressemitteilung zum DKOU 2019

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
22. bis 25. Oktober 2019, Messegelände Süd, Berlin

Die Crux mit der Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie: Das kleine Einmaleins von Diagnose und Therapie kommt oft zu kurz

Berlin, 22. Oktober 2019 – Viele Patienten mit Haltungsschäden, Fehlstellungen, Verletzungen oder Schmerzen am Bewegungsapparat kennen das: Sie durchlaufen eine Odyssee von Arzt zu Arzt, bis die korrekte Diagnose und Therapie feststehen. Auf einer Pressekonferenz des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) am 22. Oktober 2019 in Berlin berichten Fachärzte über die Gründe und inwiefern die erschwerten Bedingungen bei der Weiterbildung dabei eine Rolle spielen. Denn immer weniger Ärzten lernen in ihrer Weiterbildung zum Facharzt das gesamte konservative und operative Spektrum von Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) kennen. Um die Versorgung in Zukunft sicherzustellen, seien neue Weiterbildungskonzepte wie Rotationsmodelle, innovative Simulationsverfahren – etwa aus Virtual und Augmented Reality – aber auch eine flächendeckende Finanzierung der Weiterbildung notwendig.

Immer weniger der derzeit rund 5300 Nachwuchsmediziner in Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) erhalten in den sechs Jahren bis zum Facharzt eine breite Weiterbildung über die gesamte konservative und operative Medizin hinweg – und damit die Kompetenz, die wichtigsten Beschwerdebilder umfassend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Jungmediziner unter massivem Druck: Zu viel Wissen und Fertigkeiten in zu wenig Zeit

„Zum einen liegt das an der Zusammenführung der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie vor 16 Jahren. Der Lehrinhalt ist dadurch um 60 Prozent angestiegen – die Weiterbildungszeit ist jedoch gleichgeblieben“, erklärt DKOU-Kongresspräsident Professor Dr. med. Carsten Perka und Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin. Um die Inhalte in einer sechsjährigen Weiterbildung ausreichend zu erlernen, ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 80 bis 100

Stunden erforderlich, zeigt eine amerikanische Studie. „Dies sprengt natürlich deutlich die Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes in Deutschland von maximal 48 Stunden“, so Perka.

Weiterbildung ist ein Verlustgeschäft für Kliniken und Praxen

Aber auch ökonomische Zwänge führen dazu, dass immer weniger weitergebildet wird: „Deutschland ist eines der wenigen Industrieländer, in denen Weiterbildung in der Medizin nicht bezahlt wird“, kritisiert Perka. „Dabei kostet eine sorgfältige Anleitung viel Zeit und Geld.“ So sei es etwa sehr zeitaufwändig, einem Anfänger das Operieren beizubringen. „Das geht nur eins zu eins – und danach fehlt die investierte Zeit für das reguläre Tagesprogramm.“ Dies bestätigt auch DKOU-Kongresspräsident Dr. med. Thomas Möller, der als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in Speyer tätig ist. „Wenn ich weiterbilde, verliere ich Geld, weil ich dann weniger Patienten behandeln kann.“

„Die Facharztweiterbildung in O und U muss entlohnt werden“, mahnen deshalb Perka und Möller. In Kliniken sollte sie ein fester Bestandteil des Fallpauschalen-Systems (DRGs) sein, in der Praxis – sowie im Rehabereich, einer weiteren möglichen Weiterbildungsstation – , wo es keine DRGs gibt, müsste sie extra vergütet werden. In der Allgemeinmedizin ist in der Niederlassung eine Vergütung für den Weiterbildungsaufwand bereits üblich.

Das kleine Einmaleins in O und U kommt oft zu kurz

Ein weiterer Aspekt: Da sich rund 90 Prozent der Nachwuchsmediziner in Kliniken weiterbilden, erhalten sie meist einen einseitigen, nämlich operativ dominierten Blick auf O und U: Denn operative Maßnahmen – und im Fall von Maximalversorgern meist sehr komplexe Eingriffe, etwa Schwerletztenversorgung – stehen hier im Fokus. „Doch gerade die besonders schwierigen Eingriffe sind selten für die praktische Weiterbildung geeignet“, gibt Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner, Kongresspräsident des DKOU 2019 und Ärztlicher Direktor der BG-Klinik Ludwigshafen, zu bedenken. Zudem bildet ein Schwerpunkt beim Operieren nicht die tatsächliche Versorgungsrealität ab: Etwa 37 Millionen Patienten werden jährlich wegen Muskel-Skelett- oder Bindegeweserkrankungen im ambulanten Sektor behandelt. „Langfristig kann eine hauptsächlich in der Klinik erfolgte Weiterbildung dazu führen, dass Orthopäden und Unfallchirurgen schlechter für die dort durchgeführten, überwiegend ambulanten und kleineren Eingriffe vorbereitet sind“, erklärt Grützner.

Darüber hinaus komme aufgrund des ökonomisch gewollten Trends zur Spezialisierung in vielen Kliniken die gesamtheitliche Beurteilung des Patienten mitunter zu kurz. „Eine hohe Spezialisierung auf bestimmte Eingriffe kann zu einer isolierten Betrachtung eines Gelenks oder einer Körperregion führen“, so Perka. „Um die Weiterbildung wieder näher an die ambulante Versorgung zu knüpfen, wäre ein Rotationssystem sinnvoll, in dem auch feste Zeiten in der ambulanten Praxis vorgesehen sind“, sagt Möller.

Gute Weiterbildung ist Investition in Zukunft

Insbesondere mit Blick auf die steigenden Erkrankungszahlen in O und U hierzulande, dürfe Weiterbildung nicht nur ein Nebenprodukt des Klinikalltags sein, sondern müsse als gesundheitspolitisches Zukunftsprojekt erkannt werden, in das es zu investieren lohne, betonen die Kongresspräsidenten des DKOU. Die Facharztausbildung sei auch eine Stellschraube, um wieder mehr wissenschaftliche Exzellenz und internationale Konkurrenzfähigkeit für das Fach zu generieren und nicht zuletzt wieder mehr Nachwuchs zu gewinnen, fügt Grützner hinzu. Einen Lichtblick gebe es, begrüßt Möller: „Seit April vergütet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) in der Pfalz die Weiterbildung in der Praxis mit 2400 Euro brutto pro Monat.“ Doch dies müsse nun flächendeckend umgesetzt werden, sonst sei es lediglich ein Tropfen auf dem heißen Stein.

Auf der Pressekonferenz des DKOU am 22. Oktober 2019 diskutieren Experten die aktuelle Situation der Weiterbildung in O und U und stellen Lösungsansätze vor, wie die künftige Versorgung mittels gut ausgebildeter Fachärzte sichergestellt werden kann. Zudem präsentieren sie innovative Weiterbildungskonzepte – etwa einen dem Flugsimulator nachempfundenen „Fraktursimulator“. Dessen Funktionalität wird darüber hinaus auf dem Kongress im Wetlab der TraumaAcademy vorgestellt und gezeigt, welche Versorgungsschritte die Nachwuchsmediziner dabei durchlaufen.

Der DKOU 2019 findet vom 22. bis 25. Oktober 2019 auf dem Messegelände Süd in Berlin statt. Die Anmeldung ist im Internet unter <https://dkou.org/registrierung/> möglich. Unter <http://dkou.org/webcasts> können Interessenten alle Vorträge aus dem Festsaal außerdem live verfolgen. Nähere Informationen sind bei Intercongress GmbH, Friedrichstraße 6, 65185 Wiesbaden, Tel. 0611

DKOU2019

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin, 22. – 25. Oktober
www.dkou.de



977-160, dkou@intercongress.de erhältlich. Journalisten akkreditieren sich über liebendoerfer@medizinkommunikation.org.

*****Abdruck erwünscht – Beleg erbeten*****

Quellen:

Ansorg et al, Der Chirurg 2006 Cerwenka et al., Langenbecks Arch Surg 2009, Hartmann-Bund-Studie 2018/2019 (59% über 50h/Wo), Marburger-Bund-Umfrage 2013 (74%>49h/wo)

Mersch, D., Münzberg, M., Stange, R., Schüttrumpf, J., Perl, M., Mutschler, M., Junges Forum O & U. (2014). Der klinische Alltag in Orthopädie und Unfallchirurgie – Ergebnisse einer nationalen Umfrage unter Assistenzärzten in O und U. *Zeitschrift Für Orthopädie Und Unfallchirurgie*, 152(05), 440–445.

Zahlen der KBV, http://www.kbv.de/media/sp/Infografik_KBV_Krankheiten.jpg

Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2019

Notfallbehandlung in Not

Termin: Mittwoch, 23. Oktober 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Themen und Referenten:

Endlose Wartezeiten, überlastete Ärzte, Doppelbehandlungen - Die Crux mit den Notfällen: Konzepte für eine bessere Versorgung

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie.

Ausfall geplanter OPs, höhere Behandlungskosten, Ärztfrust: Wie die aktuelle Notfallsituation Kliniken und reguläre Patienten benachteiligt

Professor Dr. med. Carsten Perka

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

Wenn der Notfall kein Notfall ist – Mit welchen Beschwerden kommen Menschen in die Notaufnahme und welche Rolle sollten Ärzte für O und U bei der Versorgung spielen?

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Ortho-Zentrum Karlsruhe

Sprungelenkverletzungen – Warum sind sie so häufig? Wie werden sie optimal behandelt und sind sie vermeidbar?

Professor Dr. med. Benita Kuni

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Durchgangsärztin, Ortho-Zentrum Karlsruhe

Moderation: Pressestelle DKOU 2019, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2019
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173, Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dkou.org

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207

REDEMANUSKRIPT

O und U in Zeiten von Kostendruck, Bürokratie und Arbeitsüberlastung: Wie können wir die Ärzte von morgen noch ausbilden?

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Die chirurgische Weiterbildung stellt die Basis für alle jungen Orthopäden und Unfallchirurgen dar. Neben persönlichen Merkmalen eines Weiterbildungsassistenten entscheidet sie maßgeblich über die zukünftige Versorgungsqualität derjenigen Generation, welche die Arbeit innovativ gestalten und qualitativ hochwertig fortführen soll. Die Güte der Weiterbildung ist ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Wahl einer Facharztweiterbildung und Wahl des Arbeitgebers und stellt somit ein ganz relevantes Attraktivitätskriterium dar. Insbesondere steht hierbei die eigentliche operative Ausbildung im Fokus.

In der ärztlichen Weiterbildung gibt es Kataloge, die im Rahmen der Weiterbildungszeit abgeleistet und von dem zur Weiterbildung befugten Arzt bestätigt werden müssen. Im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie sind gemäß Logbuch insgesamt beispielsweise 20 Implantationen von Endoprothesen durchzuführen. Diese Eingriffe können innerhalb der Weiterbildungszeit von sechs Jahren abgeleistet werden. Sie sind selbstständig unter Anleitung durchzuführen. Es ist sicherzustellen, dass die Weiterbildungseingriffe nach Facharztstandard erfolgen und der Patient auf keinen Fall einen Nachteil gegenüber einem Eingriff durch den Facharzt selbst erleidet. Ein zusätzliches Entgelt für die auszubildenden Kliniken im Rahmen dieser Weiterbildungsmaßnahmen ist derzeit im Gesundheitssystem nicht vorgesehen, obwohl der Aufwand für die Weiterbildung von jungen Ärzten erheblich ist.

Das Logbuch ist durch die ärztliche Selbstverwaltung geregelt und wird über die jeweiligen Landesärztekammern im Rahmen des Facharztantrags abgefragt. Eine praktische Leistungskontrolle von operativen Fähigkeiten ist in Deutschland nicht vorgeschrieben. Nach der theoretischen Facharztprüfung ist der Kandidat berechtigt, ohne weitere Anleitung eigenständig Operationen im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie, wie zum Beispiel Endoprothesen-Implantationen, durchzuführen.

Die Erlangung operativer Expertise ist eine sehr komplexe Entwicklung eines jeden Chirurgen. Eine strukturierte Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten mit möglichst großer und somit notwendiger Redundanz in kurzen Zeitintervallen sind Erfolgsgaranten dieser Entwicklung. Verschiedene Faktoren führen allerdings zu einer geringeren Präsenz im Operationssaal und damit weniger Zeit für die chirurgische Ausbildung. Insbesondere durch Veränderungen im Arbeitszeitgesetz und Einhaltung von Ruhe- und Pausenzeiten, aber auch durch mehr administrative Aufgaben im klinischen Alltag, erhöhtem Patientenaufkommen in Notaufnahmen und nicht zuletzt durch eine Verschiebung des teilweise nächtlichen Elektivprogramms in das Tagesgeschäft hat der einzelne Weiterbildungsassistent insgesamt weniger Eingriffe oder erhält die Ausbildung zu einem

späteren Zeitpunkt. Diese sowohl für den Patienten als auch für den Arzt richtigen und wichtigen Änderungen müssen durch veränderte Weiterbildungskonzepte aufgefangen werden, um letztlich sowohl operativ als auch klinisch hervorragend ausgebildete Spezialisten auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie zu generieren. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass moderne Prinzipien der Vermittlung und des Trainings von Fertigkeiten in der operativen Medizin bisher kaum Anwendung finden.

Der Anteil weiblicher Orthopädinnen und Unfallchirurginnen wächst. Ein im Medizinstudium bereits etablierter Trend setzt sich bei den Assistenzärzten fort. Die Chirurgie wird weiblicher. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen wurden hierdurch vermehrt unter familienfreundlichen Arbeitnehmerspekten verändert, was zunehmend auch bei den jungen männlichen Assistenzärzten besonders geschätzt wird.

Weiterhin verändert sich das operative Spektrum vor allem der Maximalversorger in Deutschland hin zu mehr komplexen Eingriffen, die selten durch den Weiterbildungsassistenten unter fachärztlicher Aufsicht durchgeführt werden können. Sind es doch gerade die kleineren Eingriffe, die häufig im ambulanten Sektor durchgeführt werden. Dies führt langfristig dazu, dass Orthopäden und Unfallchirurgen für die Niederlassung operativ schlechter für die dort durchzuführenden, überwiegend ambulanten Eingriffe vorbereitet sind.

Die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen stehen immer wieder im Fokus einer berufspolitischen Nachwuchsdebatte. Land auf, Land ab wird in den deutschen Krankenhäusern und Praxen eine hohe medizinische Versorgungsqualität durch gut weitergebildete Ärztinnen und Ärzte gesichert. Damit dies auch in Zukunft so bleibt, benötigen wir eine zielgerichtete Förderung des Nachwuchses.

Es scheint so, dass die Qualität der chirurgischen Weiterbildung häufig kein Unternehmensziel ist. Die Einbindung dieser in eine Strategie zur Sicherung und Qualifizierung der Fachkräfte ist noch zu selten zu beobachten. Die chirurgische Weiterbildung wird scheinbar immer noch an vielen deutschen Krankenhäusern als Nebenprodukt der täglichen Arbeit betrachtet. Die Assistenzärzte finden sich noch zu wenig im OP. Externe Weiterbildungsveranstaltungen nehmen einen größeren Stellenwert ein, wofür man auch bereit sein muss, zu investieren. Diese finanziellen Ressourcen sind allerdings nicht oder nur zum geringen Teil im DRG (Diagnosis related groups)-System abgedeckt. Es benötigt also ein politisches Interesse zur optimalen Ausbildung junger Ärzte und zur Schaffung dieser finanziellen Ressourcen, um in die Ausbildung investieren zu können.

Hierdurch kann die Attraktivität des Fachgebietes erhöht und dem Nachwuchsmangel entgegengearbeitet werden und für die Zukunft die qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleistet werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

REDEMANUSKRIFT

Wie gut können wir Weiterbildung erbringen, wenn sie nicht bezahlt wird?

Professor Dr. med. Carsten Perka

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

Mit dem Beschluss des Deutschen Ärztetages im Jahr 2003, die Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenzuführen, war logischerweise eine deutliche Ausweitung der Inhalte der Facharztweiterbildung verbunden. Wenngleich einzelne Aspekte in beiden Fachrichtungen bis dato abgebildet worden waren, ist von einer Vergrößerung des Inhaltes des Faches um etwa 60 Prozent durch diesen Beschluss auszugehen. Dennoch wurde an einer Facharztweiterbildungszeit von sechs Jahren festgehalten, um hier nach sechs Jahren Studium die Attraktivität des Fachgebietes nicht durch eine zusätzliche lange Weiterbildung zu gefährden. Wenig später kamen dann die zusätzlichen Maßnahmen zur Arbeitszeitregelung dazu. Die in der amerikanischen Literatur mit etwa 80 bis 100 Stunden angegebene notwendige Weiterbildungszeit pro Woche, um die Inhalte des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie in sechs Jahren zu erlernen, wurde durch die Arbeitszeitregelung in Deutschland auf maximal 48 Wochenstunden begrenzt.

Letztendlich heißt dies, dass ein deutliches Mehr an Inhalten in einer sehr viel kürzeren Zeit vermittelt werden muss. Da in Orthopädie und Unfallchirurgie aufgrund des hohen Anteils operativer Versorgungungen überwiegend eine individuelle, sogenannte Eins-zu-eins-Weiterbildung erforderlich ist, führt dies in der logischen Konsequenz dazu, dass jeder einzelne Eingriff in der Facharztweiterbildung, wenn überhaupt, dann nur in deutlich geringerem Umfang gesehen beziehungsweise insbesondere selbst durchgeführt werden kann. Weiterbildung kostet zudem Zeit in der Planung der Therapie, bei der Durchführung der Operation und in der Nachbesprechung und ist somit ein relevanter Kostenfaktor. Dennoch ist Deutschland eines der wenigen Industrieländer, in denen Weiterbildung in der Medizin nicht bezahlt wird.

Logische Konsequenz ist daraus, dass der Durchführung der Weiterbildung trotz einer enorm steigenden Bedeutung für die gesamte Gesellschaft immer weniger Bedeutung in den Kliniken beigemessen wird. Wirtschaftliche Effizienz erfordert eigentlich, Weiterbildung zu minimieren. Kliniken, die viel ausbilden, haben keinerlei Chance, die ausgebildeten Kollegen (vergleichbar zu Fußballvereinen) für einen bestimmten Zeitraum an sich zu binden. Insbesondere die klinischen Fächer in den Universitätskliniken haben daher in den letzten Jahren im Wettbewerb dramatische Nachteile hingenommen und sind zunehmend geschrumpft oder sogar verschwunden. Nicht nur der Verlust an relevanten Weiterbildungsplätzen, sondern auch an wissenschaftlicher Exzellenz ist die Folge. Die internationale Konkurrenzfähigkeit für immer mehr Universitätskliniken ist im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie unter diesen Bedingungen nicht mehr gegeben.

Die hohe ökonomische Benachteiligung, die mit der Durchführung von Weiterbildung verbunden ist, war letztendlich in den meisten Kliniken nur durch eine Verschiebung des für die wissenschaftliche Arbeit gedachten Personals hin in die klinische Versorgung zu kompensieren. Der oftmals einzige Ausweg ist die frühzeitige Spezialisierung auf wenige Schwerpunkte unter Verlust der Möglichkeit der gesamtheitlichen Beurteilung des Patienten. Komplexe Therapieansätze sind somit in vielen Kliniken verschwunden, letztendlich bleibt immer häufiger die Einzelbetrachtung eines Gelenks oder einer Körperregion.

Der Ausweg kann aus meiner Sicht daher nur sein, zu einer realistischen Bewertung der Möglichkeiten der Weiterbildung zurückzukehren und die Weiterbildung ausreichend zu finanzieren. Nur so kann in Deutschland wieder eine international vergleichbare Qualität in der Weiterbildung erreicht werden und die Voraussetzungen geschaffen werden, dass in dem hinsichtlich von Patienten und Fallzahlen stetig wachsenden Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert ist.

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

REDEMANUSKRIFT

Was konservative Medizin in O und U heute leisten kann und was wir dafür tun müssen, damit bestehendes Wissen nicht verloren geht

Dr. med. Thomas Möller

Kongresspräsident DKOU 2019 des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in Speyer

Gäbe es eine Liste mit bedrohten Therapiearten, wären dort auch die Verfahren der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie gelistet. Dabei sind sie keineswegs überflüssig geworden. Ganz im Gegenteil! Eine gründliche körperliche Untersuchung, die konservative Behandlung eines Knochenbruchs, Orthopädietechnik und manuelle Medizin sind nach wie vor zentrale Behandlungsinstrumente unseres Faches und keineswegs überholt oder gar ausgestorben, um im Bild zu bleiben. Orthopäden und Unfallchirurgen sind nicht nur Techniker. Unser Fach lebt vom ärztlichen Gespräch und der manuellen Therapie. Allerdings hakt es seit Jahren bei der Weiterbildung, der Vergütung und der Wertschätzung konservativer Inhalte. Die Veröffentlichung des „Weißbuchs Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat das Problem vor zwei Jahren formuliert und ein Umdenken gefordert (1), allerdings ohne nachhaltigen Erfolg. Deshalb muss das Thema dringend wieder auf die Agenda. Wir brauchen eine Stärkung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie. Ein „weiter so“ wird sonst schon sehr bald zu einer schlechteren ambulanten Versorgung führen.

Warum sind die konservativen Inhalte so wichtig? Hierzulande werden jedes Jahr rund 37 Millionen Menschen wegen muskuloskelettaler Beschwerden ambulant behandelt (2), 1,8 Millionen Patienten werden wegen dieser Beschwerden stationär versorgt (3). 650 000 Patienten machen wegen muskuloskelettaler Beschwerden eine Reha. Operiert werden also nur fünf Prozent. 35,2 Millionen Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden werden konservativ behandelt. Mit einer Schmerztherapie, mit Injektionsverfahren, mit manueller Medizin, Chirotherapie, Osteopathie, mit Gips- oder Verbandtechniken, mit Akupunktur, extrakorporaler Stoßwellentherapie, technischer Orthopädie, Psychosomatik oder Naturheilkunde und mit den von Physiotherapeuten erbrachten Physiotherapien.

Warum sind die konservativen Verfahren bedroht? Weil sie nicht angemessen vergütet werden und weil die Weiterbildung von Kliniken erbracht wird, die de facto kaum noch konservativ behandeln, da ihnen die Verfahren im Rahmen der Fallpauschalen überhaupt nicht vergütet werden. Viele konservative Therapien können auch nur im ambulanten Bereich vermittelt und eingeübt werden, weil die Patienten mit den entsprechenden Krankheitsbildern gar nicht oder nur selten stationär aufgenommen werden. Zum Beispiel Patienten mit Weichteilproblemen an Schultern und Armen. Je weniger Kollegen aber das volle Spektrum an konservativer Orthopädie und Unfallchirurgie

beherrschen, desto weniger Kollegen stehen auch für die Weiterbildung zur Verfügung. Mangel zieht weiteren Mangel nach sich. Ein Teufelskreis.

Hinzu kommt, dass sich Fachärzte nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten vertreten lassen können. Das heißt im Klartext, dass derjenige, der weitergebildet wird, nie ohne denjenigen, der ihn weiterbildet, behandeln darf. Die beiden Fachärzte müssen also immer zusammen behandeln. Für niedergelassene Fachärzte ist das eine große Belastung, zumal die Weiterbildung nicht angemessen vergütet wird. Deshalb beteiligen sich auch so wenig orthopädische und unfallchirurgische Praxen an der Weiterbildung. Am Ende gilt deshalb: Wer in der Klinik nur operieren gelernt hat, weil den Kliniken im Wesentlichen nur Operationen vergütet werden, kann und wird auch nur operieren.

Die Marginalisierung der konservativen Orthopädie lässt sich auch an handfesten Zahlen festmachen. Erhoben wurden sie vom BVOU unter dessen Präsidenten Johannes Flechtenmacher und der AOK Baden-Württemberg. Es sind Zahlen zur Versorgungsrealität bei Hüftgelenk-Arthrose (4). In Deutschland werden jedes Jahr knapp 300 künstliche Hüftgelenke pro 100 000 Einwohner implantiert (5). Nach den von Flechtenmacher und seinen Kollegen erhobenen Zahlen wird jeder achte Patient mit einer Hüftgelenk-Arthrose bereits im ersten Jahr nach der Diagnose operiert. Dabei fordern die Leitlinien für den Kniegelenkersatz – es gibt keine eigene Leitlinie für die Indikation zum Hüftgelenkersatz –, dass eine konservative Therapie erst gescheitert sein muss, bevor die Entscheidung zur Operation gefällt werden kann (6). Zwar wird dort nur maximal ein halbes Jahr konservative Therapie gefordert, aber viele gelenkerhaltende Maßnahmen brauchen Zeit. Nicht immer kann bereits nach einem halben Jahr schon vom Scheitern einer konservativen Therapie gesprochen werden.

Bei Patienten mit einer Hüftgelenk-Arthrose, die erst einige Jahre nach der Diagnose operiert wurden, zeigte sich zudem, dass es in den ein bis zwei Jahren vor der Operation überhaupt keine fachärztliche Versorgung mehr gegeben hat. Den Patienten wurden in dieser Zeit auch kaum noch Heilmittel verordnet. Ob das mit den geringen Budgets für Heilmittel zu tun hat oder damit, dass viele Kollegen den Eindruck haben, dass man mit einer konservativen Therapie zu diesem Zeitpunkt nichts mehr erreichen kann, können die Zahlen nicht beantworten. Allerdings sollten die Gründe ermittelt und hinterfragt werden.

Auch im ambulanten Bereich werden die konservativen Verfahren nicht angemessen honoriert. Die ambulante Behandlung wird pro Quartal – nicht pro Besuch in der Praxis – mit rund 50 bis 55 Euro vergütet, je nach Kassenärztlicher Vereinigung. Pro Quartal können niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen noch im Durchschnitt Medikamente für circa 15 Euro pro Patient verordnen und Physiotherapie für etwa 30 Euro pro Patient. Eine anspruchsvolle gelenkerhaltende Therapie lässt sich

mit diesen Honoraren nicht realisieren, zumal auch viel Zeit in das ärztliche Gespräch fließen sollte, in dem die Patienten über Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung informiert werden. Muskuloskeletale Beschwerden haben viel mit Übergewicht, Bewegungsmangel und Fehlhaltungen zu tun.

Eine Stärkung der konservativen Orthopädie wird nicht ohne Ruck und Richtungsänderung gehen. Wir brauchen Ausbildungskliniken mit konservativen Schwerpunkten und Weiterbildungsverbände zwischen Kliniken und Praxen, die angemessen finanziert werden.

Wir brauchen eine größere Wertschätzung für die konservativen Inhalte, auch in unserem eigenen Fach. Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde oder Unfallchirurg zweiter Klasse.

Wir brauchen eine bessere Vergütung der erbrachten Leistungen. Zum Preis eines gehobenen Haarschnitts lässt sich keine zielführende gelenkerhaltende Therapie durchführen.

Außerdem müssen die konservativen Verfahren nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin weiterentwickelt werden. Dazu wäre ein Lehrstuhl für konservative Orthopädie und Unfallchirurgie hilfreich.

Wir brauchen auch eine bessere Zusammenarbeit mit den angrenzenden Berufen wie Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern.

Die Diagnose und Therapiehoheit müssen allerdings immer beim Arzt bleiben.

Literatur:

- (1) Psczolla et al. Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. 2017. De Gruyter, ISBN 978-3-11-053433-7.
- (2) https://www.kbv.de/html/2016_24723.php
- (3) Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus
- (4) Endres H. et al. Koxarthrose – Epidemiologie und Versorgungsrealität – Versorgungsdatenanalyse von 2,4 Millionen Versicherten der AOK Baden-Württemberg ab 40 Jahren. Z Orthop Unfall 2018; 156(06):672-684.
- (5) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182669/umfrage/hueftgelenksoperationen-in-ausgewaehlten-oecd-laendern/>
- (6) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-052p_S2k_Knieendoprothese_2018-04.pdf

Aus dem Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie:

Zehn Forderungen zur Zukunft der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie (2017)

1. Die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) muss in allen Bereichen gestärkt werden.
2. Es muss sichergestellt werden, dass die konservativen Behandlungsinhalte allen Patienten zur Verfügung stehen, die davon profitieren – auch in operativ ausgerichteten Kliniken.
3. O und U müssen adäquate Therapiealternativen anbieten, die sich nicht an wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Versorgung orientieren. Vor einer Operation sollten die konservativen Behandlungsmöglichkeiten leitliniengerecht ausgeschöpft worden sein. Die dazu notwendige Finanzierung ist sicherzustellen. Das Zweitmeinungsverfahren muss sozialrechtlich und qualitätsgesichert verankert werden.
4. Die Vernetzung zwischen den Sektoren sollte im Sinne der Patientensicherheit und der Qualitätssicherung vorangetrieben werden.
5. Die Weiterbildung in den konservativen Verfahren der O und U muss in der (Muster-) Weiterbildungsordnung adäquat abgebildet sein. Für die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie muss stärker geworben werden. Kenntnisse in psychosomatischer Grundversorgung und psychosoziale Kompetenzen gehören untrennbar zum Fach. Alle Weiterzubildenden müssen die Inhalte des gesamten Fachs im ambulanten Bereich und in den Kliniken der Akutversorgung und der Rehabilitation erlernen können. Die Weiterbildung muss ausreichend finanziert werden.
6. Grundlagen wie Versorgungsforschung in der konservativen O und U müssen gestärkt werden. Die Universitäten müssen dafür größere Anstrengungen unternehmen und beispielsweise Lehrstühle für konservative O und U einrichten.
7. Für die Prävention von Krankheiten in O und U spielen konservative Inhalte eine große Rolle. Zukunftsweisende Präventionskonzepte müssen weiter erforscht und gefördert werden. Diese Arbeit darf das Fach O und U nicht anderen Fachgebieten überlassen, sondern muss sich daran beteiligen.

8. Die interdisziplinäre Kooperation mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen ist in den einzelnen Sektoren und beim Einsatz multimodaler Behandlungskonzepte unverzichtbar. Genauso unverzichtbar ist allerdings auch der Primat ärztlicher Indikationsstellung, Diagnostik und Behandlungsführung. Die Gesamtverantwortung liegt beim Arzt.

9. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird unterstützt. Sie sollte allerdings nicht zu einem sogenannten Direktzugang führen, also der Möglichkeit, ohne Überweisung eines Orthopäden oder Unfallchirurgen einen Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten aufzusuchen. Bei anstehenden Modellversuchen wie der Blankoverordnung, bei der Auswahl, Dauer und Abfolge einer Therapie eigenverantwortlich von Physiotherapeuten festgelegt werden, müssen sich Schnittstellen und Budgetverantwortlichkeiten an der Patientensicherheit und der notwendigen Qualität orientieren. Die ärztliche Gesamtverantwortung muss erhalten bleiben.

10. Ärztliche Osteopathie und osteopathische Verfahren gehören als Erweiterungen der manuellen Medizin zur konservativen O und U. In diesem Bereich hat sich zudem die Delegation an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten bewährt. Diese Delegation sollte weiterentwickelt werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

REDEMANUSKRIFT

Mehr Ärzte denn je: Wieso haben wir trotzdem einen Ärztemangel?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist in Deutschland im Jahr 2018 erneut um 1,9 Prozent auf 392 402 gestiegen. 1993 waren dies noch 259 981 Ärztinnen und Ärzte in der Ärztestatistik und damit ist eine Zunahme von über 50 Prozent innerhalb von 25 Jahren festzustellen.

Im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie waren 2018 entsprechend der Ärztestatistik 18 468 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. Vor 20 Jahren waren nur 11 316 Kolleginnen und Kollegen in dem Fach tätig, was einer Zunahme von über 60 Prozent entspricht. Seit drei Jahren erwerben relativ stabil um die 900 Ärzte im Jahr eine neue Facharztanerkennung Orthopädie und Unfallchirurgie.

Vor 20 bis 25 Jahren hatten wir eine Ärzteschwemme. Inzwischen haben wir mehr Ärzte denn je im System und beklagen einen Ärztemangel. Dies ist zunächst überhaupt nicht nachvollziehbar.

Immer mehr Frauen treten in den Arztberuf ein. Der Frauenanteil stieg von circa einem Drittel zu Beginn der 1990er-Jahre auf jetzt 47,2 Prozent. In Orthopädie und Unfallchirurgie haben wir mit 2 865 Ärztinnen einen Frauenanteil von 15,5 Prozent. Dieser Anteil wird weiter steigen, da Ärztinnen bei den Facharztanerkennungen im Jahr 2018 mit 237 Kandidatinnen von insgesamt 885 bereits 26,8 Prozent ausmachten. Dies bedingt mehr Ausfallzeiten durch Schwangerschaft, Kindererziehung und den häufigeren Wunsch nach Teilzeitarbeit. Die Möglichkeiten der an die Dienstzeit von Ärztinnen und Ärzten angepassten Unterbringung und Versorgung von Kindern sind unverändert stark eingeschränkt und oft sehr teuer.

Die europäische Richtlinie 2003/88/EG wurde in Deutschland umgesetzt und reglementiert die Arbeitszeit auch für ärztliches Personal. Dies führte zu einem deutlich vermehrten Stellenbedarf gerade in den Kliniken. Bedauerlicherweise berücksichtigt man nicht, dass es in Orthopädie und Unfallchirurgie circa 5 000 Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung gibt. Eine vernünftige Weiterbildung bei zunehmender Arbeitsverdichtung, Bürokratie und Kommerzialisierung ist in einer 40-Stunden-Woche nur schwerlich vorstellbar. Sinnvolle Weiterbildung ist eine Investition in die Zukunft. Der damit einhergehende Ressourcenverbrauch muss kalkuliert und zur Verfügung gestellt werden.

Ärztinnen und Ärzte haben immer weniger Zeit. Leider hat man es versäumt, den Arztberuf von nicht ärztlichen Tätigkeiten und der Bürokratie zu entlasten. In Zeiten der Arztschwemme war es bequem und billig, alle unliebsamen Arbeiten dem Arzt aufzubürden. Vier von fünf Assistenzärzten beziffern den Anteil von Bürokratie an ihrer Tätigkeit mit 50 Prozent. Dies deckt sich mit Erhebungen, wonach die tägliche Zeit für Dokumentation in Kliniken bei drei bis vier Stunden liegt. Praxen müssten mindestens einen Tag in der Woche schließen, damit Verwaltung, Schriftverkehr und Dokumentation abgedeckt sind.

Die Digitalisierung soll es richten. Laut Krankenhausreport 2018 liegt der Anteil der Krankenhäuser, die im klinischen Bereich nicht oder kaum digital arbeiten, in Deutschland bei unvorstellbaren 40 Prozent. Im internationalen Vergleich von Digitalisierung und Konnektivität bleibt uns allenfalls Mittelmaß. Ein großes Hindernis für den Austausch großer Datenmengen, wie diese in der Medizin anfallen.

Wenn wir mehr Ärzte brauchen, dann muss der Staat mehr Studienplätze schaffen. Er überlässt dies aber lieber privaten Universitäten im In- und Ausland und für das Studium viel Geld zahlenden Eltern. Ärzte aus dem Ausland, ob nun aus Europa oder außereuropäisch, sollen den Mangel lindern. Zur Behebung unserer Misswirtschaft Ärzte aus Ländern hierherzuholen oder hierzubehalten, die in diesen Ländern selbst sehr dringend gebraucht werden, darf in einem der reichsten Länder der Welt sicher nicht die Lösung sein.

Setzen wir Ärzte für ärztliche Tätigkeiten ein und entrümpeln überbordende Bürokratie!

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

REDEMANUSKRIPT

Zwischen Arbeitszeitverdichtung und dem Wunsch nach einer guten Work-Life-Balance: Was brauchen junge Ärztinnen und Ärzte in O und U?

Dr. med. Anna-Katharina Doepfer

Ehemalige stellvertretende Leiterin des Jungen Forums O und U, Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie und Kinderorthopädie, Praxisinhaberin OrthoGroup, Hamburg

Ärzte für O und U versorgen mit Arthrose, Rückenschmerz und Osteoporose echte Volkskrankheiten. Da die Bevölkerung immer älter wird, ist auch die Nachfrage nach O und U groß und wird weiter steigen (1, 2). Derzeit machen noch circa 5300 Ärzte eine Weiterbildung in O und U. Circa tausend legen jedes Jahr ihre Facharztprüfung in diesem Fach ab. Allerdings haben nur 5,5 Prozent der Medizinstudenten Interesse an O und U (3). Daraus resultiert, dass die bisher auf hohem Niveau und flächendeckend angebotene orthopädische und unfallchirurgische Versorgung in Zukunft gefährdet sein könnte, wenn das Fach nicht wieder attraktiver für den Nachwuchs wird.

Was ist der Status quo bei der Weiterbildung?

90 Prozent der Weiterbildung findet in den Kliniken statt (4). Unter den Zwängen der Ökonomisierung und der daraus resultierenden Arbeitszeitverdichtung (zum Beispiel kürzere Liegezeiten, Fallzahlenanstieg, Reduktion der Betten und Krankenhäuser (5) kommt die strukturierte und zeitintensive Weiterbildung immer stärker unter Druck (siehe auch Umfrage Marburger Bund NRW/RLP 2019: 77 Prozent der Oberärzte beklagen, nicht ausreichend Zeit für die Weiterbildung zu haben). Eine Arbeitszeit von 50 bis 65 Stunden pro Woche ist für über 50 Prozent der Kollegen Alltag (6). Dabei verbringen die Kollegen nur ein Drittel des Tages beim Patienten, ein Drittel im OP und ein Drittel mit Bürokratie (7). Das führt zu regelmäßigen Überstunden, fehlender Pausenzeit und einer regelmäßigen Unterbesetzung. Dabei wünschen sich die meisten Kollegen eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Aktuell besteht zwar die Möglichkeit der Teil-/Elternzeit, diese ist aber zumeist mit beruflichen Nachteilen verbunden (8).

Bei einer Umfrage wurden als Hauptgründe für die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf die Dienstsysteme genannt (52 Prozent bis 90 Prozent), das Fehlen einer flexiblen Arbeitsplatzgestaltung (44 Prozent) und das Fehlen einer angepassten Kitaplatz-Situation (30 Prozent bis 90 Prozent) (9). Eine Kinderbetreuung für einen 24-Stunden-Dienst zu organisieren, ist für viele Kollegen angesichts der familiären Situation oft nur schwer zu meistern. Arbeitszeiten können auch nicht als Gleitzeiten genutzt werden, da die Operationen um 7.00 Uhr morgens beginnen. Die Patienten lassen sich nicht von zu Hause aus operieren im Sinne eines Homeoffice.

Die Praxen könnten zwar einen größeren Teil der Weiterbildung übernehmen, allerdings sind die Rahmenbedingungen für die Praxisinhaber derzeit wenig attraktiv. Immerhin wurden 2016 rund 37 Millionen Patienten wegen Muskel-Skelett- oder Bindegewebserkrankungen in einer ambulanten Praxis behandelt (10). Was sind die Nachteile für die Praxisinhaber? In der Niederlassung darf die Weiterbildung in O und U nur unter ständiger Supervision eines Facharztes erfolgen. Für eine Einzelpraxis ist das oft nicht leistbar. Außerdem wurde bis zum 1. April 2019 die Weiterbildung in O und U in der Praxis überhaupt nicht vergütet. Seit April gibt es in der Pfalz eine Vergütung von 2400 Euro brutto pro Monat (von der KV).

Insgesamt sind dies keine guten Bedingungen für eine wertige Weiterbildung und eine ausgewogene Work-Life-Balance in O und U. Wenn das Fach nicht noch unattraktiver für den ärztlichen Nachwuchs werden soll, muss sich einiges ändern:

Was sind die Forderungen?

- **Der ambulante Sektor muss stärker als bisher in die Weiterbildung von O und U-Ärzten einbezogen werden.**
- **Diejenigen, die weiterbilden, müssen für diese Arbeit angemessen honoriert werden, und zwar sowohl die Kliniken als auch die Praxisinhaber. Das würde die Weiterbildung von den ökonomischen Zwängen entkoppeln und die notwendigen Freiräume schaffen.**
- **Es müssen Lösungen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefunden werden.**

Wie könnten die Lösungen aussehen?

Die Weiterbildung sollte vom ökonomischen Druck entkoppelt werden und mehr Zeit durch Entbürokratisierung und Modernisierung geschaffen werden (zum Beispiel durch die Digitalisierung).

Die Weiterbildung sollte innovativer gemacht werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung zu klassischen Frakturen an Humanpräparaten gemacht wird. Studenten gaben bei einer Umfrage des Hartmannbundes aus dem Jahr 2015 an, dass sie die Integration von Virtual Reality und Online-Schulungsmöglichkeiten für wichtig halten.

Die Weiterbildung sollte durch festgelegte Rotationssysteme strukturiert werden, die auch Zeiten in der ambulanten Praxis fest einschließen.

Es müssen bessere Konzepte für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in O und U gefunden werden, etwa durch die Optimierung der Dienssysteme und eine flexiblere Arbeitsplatzgestaltung über Jobsharing, auch bei Oberärzten.

Es müssen Krankenhaus-Kitas mit angepassten Öffnungszeiten eingerichtet werden.

Es sind bessere Absprachen bei Überstunden mit Kompensation der Mehrarbeit nötig.

Was ist das Fazit?

Das Ziel muss sein, eine Arbeitssituation zu schaffen, die eine gute und strukturierte Weiterbildung in einer vertretbaren Zeit erlaubt und die mit Familie und Beruf vereinbar ist. Gleichzeitig sollten auch die Möglichkeiten, Forschung machen zu können, verbessert werden.

Literatur:

- (1) Leading cause of early death: Road injuries on 5th position¹ (low back pain: 1st Position leading cause of disability). Quelle:
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf
- (2) Petzold T, Haase E, Niethard FU, & Schmitt J (2016). Orthopaedic and trauma surgical care until 2050. *Der Orthopäde*; 45(2):167-73.
- (3) Studie Hartmannbund, Feb 2015, „Medizinstudium 2020 Plus“, Folie 55.
- (4) Umfrage JF O und U 2013/2014.
- (5) Krankenhausstatistik, Stand 12/2015, der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- (6) Ansorg U et al, *Der Chirurg* 2006. Cerwenka H et al., *Langenbecks Arch Surg* 2009, Hartmannbund-Studie 2018/2019 (59 % über 50 h/wo), Marburger-Bund-Umfrage 2013 (74 % über 49h/wo).
- (7) Mersch D, Münzberg M, Stange R, Schüttrumpf J, Perl M, Mutschler M, *Junges Forum O und U* (2014). Der klinische Alltag in Orthopädie und Unfallchirurgie – Ergebnisse einer nationalen Umfrage unter Assistenzärzten in O und U. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 152(05): 440–445.
- (8) Hartmannbund-Umfrage 2018/2019.
- (9) Hartmannbund-Umfrage 2018/2019, apoBank, Kind und Kittel 2019.
- (10) Zahlen der KBV, http://www.kbv.de/media/sp/Infografik_KBV_Krankheiten.jpg

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

REDEMANUSKRIFT

Neue Wege in der Weiterbildung: Flugsimulator für Chirurgen – Sicherheit für den Patienten

Dr. med. Matthias Münzberg

Leiter des Bildungsausschusses der DGU

Leiter Bereich Medizin BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH

Leiter Centrum für interdisziplinäre Rettungs- und Notfallmedizin (CiRN)

Das Arbeitszeitgesetz, ein zunehmender Fachkräftemangel sowie wirtschaftlicher Druck stellen viele Kliniken im Alltag vor große Herausforderungen, eine gute Weiterbildung zu gewährleisten und Talente zu halten. Können neue Weiterbildungskonzepte wie zum Beispiel der „Flugsimulator“ für Chirurgen in diesem Spannungsfeld einen Lösungsansatz darstellen?

Welche Kompetenzen brauchen wir in der Medizin?

Der Kompetenzbegriff ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus geraten. Kompetenz beschreibt die Fähigkeit und Fertigkeit, bestimmte Probleme und Aufgaben zu lösen, sowie die Bereitschaft, dies auch zu tun.

Eine Weiterbildung auf Grundlage von Kompetenzen, wie in der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer beschrieben, ist generell zu befürworten und kommt nicht nur den Weiterzubildenden, sondern auch den Patienten zugute.

Doch welche Kompetenzen werden für eine optimale Versorgung benötigt?

Neben prozeduralen Fähigkeiten hat eine exzellente Patientenversorgung selbstverständlich auch den Anspruch auf hervorragende praktische Fertigkeiten. Als dritte Säule erscheinen neben prozeduralen Fähigkeiten und praktischen Fertigkeiten interpersonelle Kompetenzen zunehmend als unabdingbar, insbesondere um eine gelingende Sicherheitskultur im medizinischen Sektor zu etablieren.

Weiterbildung im Bereich praktischer Fertigkeiten: die Ausgangslage

Im Bereich der praktischen Fertigkeiten wird zunehmend häufiger der Vergleich mit der Luftfahrt gefordert: Jeder Passagier eines Flugzeuges vertraut berechtigterweise auf die Fähigkeiten seiner Piloten. Diese absolvieren unzählige Übungs- und Prüfungseinheiten im Flugsimulator, bevor sie ein Flugzeug eigenständig fliegen dürfen. Zur Sicherstellung einer hohen Flugsicherheit müssen alle Piloten ihre Kenntnisse jährlich in realitätsnahen Simulationen auffrischen, trainieren und unter Beweis stellen.

Bis 2018 war eine Realitätsnähe im Bereich der operativen Weiterbildung stets die größte Herausforderung: Es existierten lediglich Kurskonzepte, die den Umgang mit Frakturen beziehungsweise dem Osteosynthesematerial an Plastikknöcheln unterrichteten. Alternativ gab es Kurse an anatomischen Präparaten, die verschiedene Zugangswege zu Frakturen thematisierten. Jedoch bildeten diese Angebote lediglich einzelne Teilaspekte ab und konnten bis dato keine wirklich

realitätsnahen Bedingungen einer kompletten Frakturversorgung darstellen. Bis heute findet die eigentliche Weiterbildung von Assistenzärzten typischerweise im Operationssaal an Patienten statt. Fast alle Weiterbildungsbeauftragten stehen vor der großen Herausforderung, eine gute Weiterbildung ihrer Mitarbeiter zu gewährleisten: Durch strukturelle Gegebenheiten wie beispielsweise das Arbeitszeitgesetz, flexible Arbeitszeitmodelle, einen zunehmenden Fachkräftemangel sowie den wirtschaftlichen Druck im Sinne von Strukturvorgaben (OP-Zahlen, OP-Auslastung et cetera) sind sie in ihren Weiterbildungsoptionen im klinischen Alltag sehr stark limitiert. Patientenferne Tätigkeiten (Dokumentation, administrative Aufgaben) nehmen zunehmend Raum im täglichen Arbeiten von Ärzten ein. Nicht nur Anfänger zweifeln häufig, ob sie jemals operative Fertigkeiten suffizient erlangen und am Ende ihrer Weiterbildung Patienten sicher und eigenständig operieren können. Auch viele Fachärzte sind häufig unsicher, wenn sie komplexe oder seltene Frakturen versorgen müssen. Solche Situationen werden im Bereich der Luftfahrt durch regelmäßige Übungseinheiten am Simulator vermieden. Alle Piloten trainieren kontinuierlich schwierige Manöver und mögliche Zwischenfälle in maximaler Realitätsnähe, um für den Ernstfall vorbereitet zu sein.

Weiterbildung der Zukunft: der Fraktursimulator

Eine neue Technologie ermöglicht die Herstellung von standardisierten und reproduzierbaren Frakturen am Humanpräparat – reale Frakturen mit intaktem Weichteilmantel können an Oberarm, Unterarm, Becken, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß sowie Gesichtsbereich dargestellt werden. Durch diese Entwicklung bietet sich nun eine optimale Weiterbildungsmöglichkeit: Eine Simulation mit einzigartiger Realitätsnähe der kompletten Frakturversorgung – sowohl einfacher als auch hochkomplexer Frakturen – ist nun am anatomischen Präparat möglich und muss nicht mehr am lebenden Patienten „geübt“ werden: „lifelike fracture“-Simulation!

In einem standardisierten Kursformat werden sämtliche Versorgungsschritte unter Supervision durchlaufen: Anhand von Röntgen- sowie CT-Bildern und 3D-Modellen werden initial Behandlungspläne erörtert, verschiedene Versorgungsoptionen können im Team diskutiert werden. Im Anschluss erfolgt die Frakturversorgung am anatomischen Präparat, wobei auch Neuerungen im Bereich von unterschiedlichen Implantatsystemen ausprobiert und verglichen sowie unterschiedliche Zugangswege geübt werden können. Abschließend erfolgt eine Fallbesprechung anhand von postoperativ angefertigten 3D-Röntgen-Rekonstruktionen. Eine Revolution in der chirurgischen Weiterbildung. Auf dem diesjährigen Kongress gibt es die Möglichkeit für alle Kongressteilnehmer, diese neuartige Erfahrung im Wetlab der Trauma Academy zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zu erleben.

Weiterbildung im Bereich interpersoneller Kompetenzen

Interpersonelle Kompetenzen werden häufig auch mit dem Überbegriff „Human Factors“ benannt. Hier kann die Luftfahrt ebenfalls eindrücklich als Vorbild für die Medizin dienen: Mit obligaten

Teamtrainings wird eine konsekutive Steigerung der Flugsicherheit erzielt und ist daher obligater Bestandteil von kontinuierlichen Trainings der Flugzeugcrews. Aus diesem Grund entwickelte die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zusammen mit Lufthansa Aviation Training (LAT) ein interdisziplinäres und interprofessionelles Curriculum zu Interpersonal Competence.

Vor zwei Jahren wurde damit begonnen, 1 000 Mitarbeiter der BG Kliniken aus dem medizinischen Bereich unter anderem in den Themen Kommunikation, Teamwork, Entscheidungsfindung sowie Stressmanagement zu schulen: Von der Luftfahrt lernen, mit der Expertise der Medizin agieren – ein entscheidender Schritt zur Kompetenzerweiterung der Krankenhausmitarbeiter und schlussendlich zur Steigerung der Patientensicherheit. Andere große Kliniken folgen aktuell diesem Beispiel.

Schlussfolgerung

Weiterbildung im medizinischen Bereich muss sich zukünftig zwingend mit der Entwicklung und Förderung von Kompetenzen beschäftigen. Neue Kurskonzepte wie beispielsweise der Fraktursimulator beziehungsweise Interpersonal Competence fokussieren stark auf eine solche Kompetenzorientierung, die durch die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung völlig zu Recht gefordert wird. Solche Kursformate müssen in der Weiterbildung zum Standard werden. Eine nachhaltige Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten für jeden einzelnen Mitarbeiter ist das Ziel, womit letztendlich auch die Patientensicherheit erhöht werden kann.

Es gilt das gesprochene Wort!

(Berlin, Oktober 2019)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Paul Grützner
Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie



Medizinische Ausbildung / Berufliche Laufbahn:

1981–1987	Studium der Humanmedizin, Mainz, Edinburgh
1989	Promotion Neurochirurgische Universitätsklinik Mainz
2005	Habilitation im Fach Unfallchirurgie Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, BG Unfallklinik Ludwigshafen
2006	Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Stuttgart (Katharinenhospital)
2007	President International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS International)
2009	Ärztlicher Direktor, BG Klinik Ludwigshafen
<hr/>	
2009	Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Heidelberg Ernennung zum Honorarprofessor an der Universität Heidelberg Beratender Arzt der DGUV (LV Südwest und Mitte)
2017	Kongresspräsident VSOU-Kongress, April 2017, Baden-Baden
2019	Präsident DGU / DGOU

Zusatzbezeichnungen:

Physikalische Therapie
Notfallmedizin

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen
- Bund Deutscher Chirurgen (BDC)
- Stellvertretender Bundesvorsitzender im Bundesverband der Durchgangärzte (BDD)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO International)
- International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS)
- Reviewer diverser nationaler und internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Carsten Perka
Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin



* 1965

Beruflicher Werdegang:

Studium:

1985–1991 Humanmedizin an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin
1987 Physikum
1991 Studienabschluss Humanmedizin mit dem Prädikat magna cum laude

Diplomarbeit:

Thema: Die Myosin-Light-Chains – ein Marker in der Myokardinfarkt-diagnostik. Mentor: Frau Prof. Dr. B. Porstmann, Institut für Pathologische und Klinische Biochemie, Charité Berlin, verteidigt Mai 1989, Note: 1

Promotion:

Thema: Veränderungen mechanisch induzierter Gelenkknorpeldefekte nach Transplantation allogener embryonaler Chondrozyten.

Mentor: Prof. Dr. H. Zippel, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Charité Berlin, verteidigt Juni 1994, Bewertung: summa cum laude

11/1995 Verleihung des Robert-Koch-Preises

Habilitation:

Thema: Die Rekonstruktion von Knorpel- und Knochendefekten. Untersuchungen zu den strategischen Möglichkeiten des Tissue Engineering in der Orthopädie. Eingereicht 8/1999; verteidigt 17.10.2000

Lehrbefugnis:

Erteilung am 17.10.2000

1991–1996 Facharztausbildung in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Charité, Direktor: Prof. Dr. med. H. Zippel

10/1996 Facharztprüfung Orthopädie

12/1996 Ernennung zum Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité

12/1996–9/2003 Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité, Leiter der Abteilung für Endoprothetik

Seit 1999 Durchführung von nationalen und internationalen Operationskursen zur Hüft- und Knieendoprothetik (mindestens dreimal jährlich)

Seit 2000	Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
Seit 1.10.2003	Stellvertretender Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Leiter der Klinik für Orthopädie
Seit 1.9.2005	Außerplanmäßiger Professor für Orthopädie
9.10.2006	Berufung auf die W3-Stiftungsprofessur für Endoprothetik und regenerative Medizin der Charité, Berlin (befristet auf fünf Jahre)
2008	Präsident der Norddeutschen Orthopädenvereinigung
1.9.2009	Berufung auf die W3 für Orthopädie der Charité
Seit 2010	Vorsitzender der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
Seit 2011	Vorsitzender der Deutschen Endoprothesenregister gGmbH
2012	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
2013	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
3.12.2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik und „incoming president“ ab 1.12.2015
1.2.2015	Ärztlicher Direktor der Abteilung Orthopädie des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Seit 2015	Leiter des Educational Board der AOREcon
Seit 2015	Mitglied des Steering Board der AOREcon
Seit 2015	Sprecher des Exekutivkomitees (EC) des Endoprothesenregisters Deutschland
2016	Präsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
Seit 2018	Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
2019	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Seit 2018	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik

Berufliche Weiterbildung:

Studienaufenthalte in den USA und Großbritannien

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- International Hip Society; Vorsitzender des Membership Committee
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik/Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
- European Knee Society (EKS)
- Ehrenmitglied der venezolanischen orthopädischen Gesellschaft
- Vorstandsmitglied der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie

Curriculum Vitae

Dr. med. Thomas Möller
Kongresspräsident DKOU 2019 des Berufsverbandes für Orthopädie
und Unfallchirurgie (BVOU), niedergelassener Orthopäde und
Unfallchirurg am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in
Speyer



Beruflicher Werdegang

1979/80–1986	Studium der Humanmedizin, Unis Münster und Würzburg
1986	Promotion über juvenile Knochenzysten
1986	Approbation
	Orthopädische Ausbildung: verschiedene chirurgische und orthopädische Kliniken, unter anderem Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim, 18 Monate Vertreter Brigadearzt und Assistenzarzt auf den orthopädischen Abteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser Wildbad und Gießen, Assistenzarzt der Klinik Hohenlohe in Bad Mergentheim, Royal Berkshire Hospital in Reading, England, und der Orthopädischen Klinik Kassel
Seit 1994	Niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in Speyer. Regelmäßige jährliche Hospitationen bei bekannten Schulter- und Kniechirurgen
Seit 1993	Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie
Seit 2006	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Seit 2008	Facharzt für Akupunktur
Seit 2009	Facharzt für Teilradiologie

Mitgliedschaften

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, Vorstand des Landesverbandes des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) für Rheinland-Pfalz ab 2003, seit 2014 Stellvertretender Landesvorsitzender, DKOU-Präsident 2019 des BVOU, außerdem Mitglied AGA, Bundes- und Landesverband der ambulanten Operateure, IGOST, Gesellschaft für Fußchirurgie, DIGEST, DGOOC, DGOU, GNOH, PRAVO, Mitglied der VSOU, seit 2006 1. Vorsitzender

Tätigkeiten

Beratender Facharzt der KV, Mitglied der VV der Bezirk- und Landesärztekammer, Prüfarzt für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Organisation von Fortbildungen für Orthopäden und Unfallchirurgen, Mitorganisation des jährlichen Frühjahrskongresses der VSOU in Baden-Baden

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt der
Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik
Herzogenaurach

* 1960



Beruflicher Werdegang:

- 1981–1987 Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 1988 Promotion
- 1994 Facharzt Orthopädie, einschließlich Röntgendiagnostik des Gebietes, einschließlich des Strahlenschutzes
Sonografie des Gebietes, einschließlich der Säuglingshöften
- 1995 Orthopädische Rheumatologie
- 1996 Habilitation: „Die Früharthrose des Kniegelenkes – eine Studie zu Histomorphometrie und Bildgebung des Gelenkknorpels und des subchondralen Knochens“, Orthopädische Universitätsklinik Erlangen
(Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1997 Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst
- 2003 außerplanmäßiger Professor der Universität Erlangen-Nürnberg
- 2006 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berufliche Tätigkeit:

- 1988–1989 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1989–1990 wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. H. Tscherne) im Rahmen der Rotation als Assistenzarzt der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Direktor: Professor Dr. A. Berger)
- 1990–1994 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1994–1996 Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- Seit 1996 Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie

Ausgewählte Aktivitäten der letzten Jahre:

- Leitung Qualitätszirkel Osteologie an der Fachklinik Herzogenaurach
- Beirat Zeitschrift Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis
- Beirat Zeitschrift Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin
- Beirat Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZfOU)
- Fachbeirat Technische Orthopädie
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Fertigstellung 2011)
- Mitglied der Kommission zur Erarbeitung der Neuauflage der Nationalen VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (2017)
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz (2018)

Wichtige Ämter:

2004–2013	Leitung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC (Sektion 3)
2009–2017	2. Vorsitzender des Verbandes leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU), Landesverband Bayern
2009	Präsident der VSO (Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e.V.) und Tagungspräsident des Jahrestreffens der VSO e.V., Baden-Baden 2009
2009–2013	Leitung der Sektion Rehabilitation – Physikalische Medizin – der DGOU
2011	3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
2012	2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
2013	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
2015	Mitglied Geschäftsführender Vorstand des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)
2015	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
2016–2017	Stellvertretender Generalsekretär der DGOU

- Seit 2015 Vizepräsident der Deutschen Hüftgesellschaft (DHG)
- Seit 2015 Mitglied Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Seit 2015 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie e.V. (DGOOC)
- 2018–2019 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
(DGOU)

Besondere Auszeichnungen:

- 2009 Verleihung der Hubert-Waldmann-Plakette durch den Berufsverband für Orthopädie
und Unfallchirurgie (BVOU) für außerordentliche Verdienste um das Fachgebiet als
höchste Auszeichnung des Berufsverbandes
- 2016 korrespondierendes Mitglied Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

Curriculum Vitae

Dr. med. Anna-Katharina Doepfer
Ehemalige stellvertretende Leiterin des Jungen Forums O und U,
Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie und
Kinderorthopädie, Praxisinhaberin OrthoGroup, Hamburg

* 1984



Beruflicher Werdegang

Seit 1/2019	Praxisinhaberin OrthoGroup, Hamburg / www.ortho-group.de
8/2018–12/2018	Fachärztin in der OrthoGroup, Hamburg
7/2016–8/2018	Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Hamburg, Chefarzt: Prof. Dr. med. R. Stücker
9/2015–7/2016	Assistenzärztin Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Hamburg (Weiterbildung zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie), Chefarzt: Prof. Dr. med. R. Stücker
4/2014–8/2015	Assistenzärztin Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt (Weiterbildung zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie), Chefarztin: Prof. Dr. med. A. Meurer
3/2010–4/2014	Assistenzärztin Kliniken Dr. Erler gGmbH, Nürnberg (Weiterbildung zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie), Chefarzt: Dr. med. K.-D. Haselhuhn

Ausbildung

25.10.2017	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie (Ärztekammer Hamburg)
20.7.2016	Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
3.8.2012	Promotion Dr. med. (magna cum laude) <i>„Die prophylaktische Gabe von Glycin in der akuten experimentellen Pankreatitis reduziert den Schaden des Pankreasgewebes und die Entzündungsreaktion“</i> Doktorvater: Prof. Dr. med. P. Schemmer, Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit European Pancreas Center unter Prof. Dr. M. Büchler
1.12.2009	Approbation als Ärztin (Baden-Württemberg)
10/2003–11/2009	Studium Humanmedizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Vorträge

- Jahrestagung „Die Orthopädinnen e.V.“, „Sicherheitskultur in Orthopädie & Unfallchirurgie“, 2.9.2017, Hamburg
- DWG-Jahreskongress „Behandlung der Early Onset Skoliose mittels MCGR der 2. Generation – 3-Jahres-Follow-up“, 1.12.2016, Hannover
- DKOU „Tatort Krankenhaus – Wettlauf um die Besten“ (Podiumsdiskussion), 26.10.2016, Berlin
- VSOU-Jahrestagung „Zukunft in O und U – Nicht nur nachdenken, vordenken ist gefragt“ (Podiumsdiskussion), 29.4.2016, Baden-Baden
- DGCH-Jahreskongress „Auswirkungen und Folgen der Ökonomisierung für die Weiterbildung in der Chirurgie“, zusätzlich Sitzungsvorsitz, 26.4.2016, Berlin
- VKO-Jahrestagung „Orthopädische Probleme bei 22q11-Deletionssyndrom“, 11.3.2016, München
- VSOU-Jahrestagung (Vortrag „Brauchen wir Human Factors in O und U? Erste Ergebnisse aus einer nationalen Umfrage“ und Podiumsdiskussion „Die neue Ärztegeneration – Fluch oder Segen?“), 1.5.2015, Baden-Baden
- VKO-Jahrestagung „Thorakale Paravertebralblockade als Alternative zur postoperativen Schmerztherapie bei Kindern mit Sprengel-Deformität“, 25.4.2015, Frankfurt
- VKO-Zertifikat Kinderorthopädie, 10./11. Oktober 2014, Frankfurt
- Poster-Beteiligung SICOT World Congress, Hongkong, China (Pitto, Insull, Timm (New Zealand), „The trochanteric slide osteotomy approach for resurfacing hip arthroplasty“), 24. bis 28.8.2008
- Poster-Präsentation Deutscher Pankreasclub, Greifswald, 24.11.2006

Veröffentlichungen

- Sicherheitskultur in Orthopädie und Unfallchirurgie, *Der Ophthalmologe*. 2017 Jun 22;114(10):890-893.
- FORTE – Erste Summer School begeistert Teilnehmer, *Z Orthop Unfall*. 2017 Feb;155(1):21.
- Assistentensprecher in Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland, *Der Unfallchirurg* 2016.
- Die Summer School der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie – eine Erfolgsgeschichte, *Z Orthop Unfall* 2016; 154(05):499-503.
- Representatives of residents in orthopaedic and trauma surgery in Germany, *Der Unfallchirurg* 2016.
- Das Junge Forum O und U unterstützt das Bündnis Junge Ärzte, *Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten* 2016; 05(02):187.
- Neue Projekte in der Pipeline, *Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten* 2016; 05(04):338-339.
- Das Junge Forum O und U – Gemeinsames Engagement von DGOU und BVOU, *Z Orthop Unfall*. 2016 Oct;154(5):430-431.

- Orthopedic Surgery in the United States – Fellowship-based Specialization. Z Orthop Unfall. 2015;153:239-40.
- Synoviale Tumoren und tumorähnliche Erkrankungen, Der Orthopäde Okt. 2015, 44(10), 823–834.
- Timm AK et al. „Prophylactic glycine administration attenuates pancreatic damage and inflammation in experimental acute pancreatitis“, Pancreatology 2011;11:57-67.

Stipendium

- Die Orthopädinnen e.V. (Reisestipendium nach Wien 8/2016 und Birmingham 9/2016)

Ehrenamtliches Engagement

Seit 11/2017	Stellvertretende Landesvorsitzende Hamburg BVOU
1/2016–12/2018	Stellvertretende Sprecherin des Jungen Forums O und U
Seit 2/2015	Ständige Vertreterin im „Bündnis Junge Ärzte“ für JF O und U
10/2014–1/2016	Stellvertretende Sektionsleiterin Weiterbildung Junges Forum O und U
1/2014	Aktion Feuerkinder, Einsatz in Tansania (Dr. A. Schraml)
2012–2014	Bayerisches Rotes Kreuz (Notarztmitfahrten & Notarzttätigkeiten bei Großveranstaltungen)

Curriculum Vitae

Dr. med. Matthias Münzberg
Leiter des Bildungsausschusses der DGU
Leiter Bereich Medizin BG Kliniken
Ludwigshafen und Tübingen gGmbH
Leiter Centrum für interdisziplinäre Rettungs-
und Notfallmedizin (CiRN)



Ausbildung

6/2007 ECFMG-Zertifizierung (US-amerikanisches Examen)
2006 Promotion: „Arthroscopic Subacromial Decompression – Impact of the Extent of Concomitant AC Joint Resection“ (Prof. Dr. Stangl, Rummelsberg)
6/2005 Ärztliche Approbation
1998–2005 Medizinstudium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Weiterbildung

5/2018 **Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie**
4/2013 **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie**
4/2011–4/2013 Assistenzarzt – BG Unfallklinik Ludwigshafen, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie (Prof. Dr. Grützner)
6/2010–1/2011 Rotation als Assistenzarzt am Universitätsklinikum Freiburg –
Klinikum Villingen-Schwenningen, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (PD Dr. Thielemann)
5/2010 **Zusatzbezeichnung Notfallmedizin**
7/2009–3/2011 Assistenzarzt – Universitätsklinikum Freiburg, Department Orthopädie und Traumatologie (Prof. Dr. Südkamp)
7/2008–7/2009 Assistenzarzt – St. Barbara Krankenhaus Schwandorf, Abteilung für Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie (Dr. Schneider)
7/2005–6/2008 Assistenzarzt – Krankenhaus Rummelsberg, Orthopädisch-
Unfallchirurgische Klinik Wichernhaus (Prof. Dr. Stangl, Prof. Dr. Ascherl)

Ärztliche Tätigkeit

Seit 01/2016 Leiter des Bereichs Medizin, BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH
Seit 01/2016 Leitender Arzt des Rettungshubschraubers Christoph 5 – BG Klinik Ludwigshafen

Seit 11/2015	Leiter des Centrums für interdisziplinäre Rettungs- und Notfallmedizin (CiRN) – BG Klinik Ludwigshafen
Seit 11/2015	Oberarzt – BG Klinik Ludwigshafen, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie (<i>Prof. Dr. Grützner</i>)
1/2015–1/2016	Referent des Ärztlichen Direktors – BG Klinik Ludwigshafen
4/2013–10/2015	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie – BG Klinik Ludwigshafen (<i>Prof. Dr. Grützner</i>)

Ämter und Funktionen

Seit 2016	Medizinischer Direktor und Human Factor Trainer – Interpersonal Competences by Lufthansa Aviation Training
Seit 2016	Leiter des Ausschusses für Bildung der DGU und Mitglied im Präsidialrat der DGU
Seit 2016	Koordinator des Andreas Wentzensen Forschungsinstituts – BG Klinik Ludwigshafen
Seit 2012	Leiter der Forschungsgruppe Schwerverletztenversorgung – BG Klinik Ludwigshafen
Seit 2012	PJ-Beauftragter der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie – BG Klinik Ludwigshafen – Abteilung der Universität Heidelberg
Seit 2012	Lehrkoordinator der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie – BG Klinik Ludwigshafen – Abteilung der Universität Heidelberg
2013–2015	Leiter des Ausschusses „Junges Forum“ der DGOU und Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der DGOU
2010–2012	Sprecher des Jungen Forums der DGOU

Mitgliedschaften

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU
(Sektion NIS)
European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)



Weitere Informationen

Kongresspräsidenten 2019

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOJ), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Dr. med. Thomas Möller, Kongresspräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in Speyer

Professor Dr. med. Carsten Perka, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischer Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

Kongressveranstalter

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOJ)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Gesamtorganisation: Intercongress GmbH, Wiesbaden

Kongressteilnehmer

- Erwartet werden etwa 11 000 Teilnehmende aus 60 Nationen
- größter Kongress Europas in diesem Fachbereich
- rund 1800 Präsentationen aus Wissenschaft & Forschung
- kongressbegleitend präsentieren sich mehr als 240 Firmen

Kongress-Schwerpunktthemen

- Diagnostik und bildgebende Verfahren
- Wirbelsäule und Schmerz
- Arthrose
- Integrierte Versorgung und Innovationen
- Endoprothetik
- Gelenkverletzungen
- Alterstraumatologie, -orthopädie
- Traumamanagement
- Komplikationen und Komorbiditäten

Pressekontakt

Anne-Katrin Döbler/Dr. Adelheid Liebendörfer/Christina Seddig/Heinke Schöffmann

Pressestelle DKOU 2019

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173 /-442, Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

Highlight-Veranstaltungen:

- Wetlab, täglich 09.00 bis 17.30, Halle 4.2: Trauma Academy
- Dienstag, 22.10.2019
18.15 Uhr: Kongresseröffnung (Zwischen Technik und Ethik: Prof. Norbert Lammert, ehem. Präsident des Bundestages), Festsaal
- Mittwoch., 23.10.2019
15.00 Uhr, Junges Forum: Wissen & Werte – Auf welche Soft Skills kommt es an?, Paris 1
17.00 Uhr, Junges Forum: Science Slam – Wissenschaft neu präsentiert, Paris 1
- Donnerstag., 24.10.19
13.00 Uhr: Pauwels-Vorlesung „Form follows function“ mit Prof. Daniel J. Berry MD, Mayo Clinic, Orthopedic Surgeon, Chair, Minnesota, USA und Mitja Borkert, Lamborghini Chiefdesigner, Sant’Agata Bolognese, Italien, Festsaal
14.30: Live Hacking! Angriffe erleben – Sensibilität steigern, Paris 1
16.00: Blick über den Tellerrand, Paris 1
- Freitag, 25.10.19
11.00 Uhr: Zukunft O und U, New York 1

<https://dkou.org/highlights/>

Patiententag

- Donnerstag, 24.10.2019 auf dem Messegelände Süd in Berlin

Preisverleihungen

- **Journalistenpreis**, Kongresseröffnung, Dienstag, 22.10.2019, 18.15 – 20.00, Festsaal

beim Kongressfinale, Freitag, 25.10.2019, 17.15 – 18.15, Festsaal

- **Hans-Liniger-Preis**
- **Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis**
- **Herbert-Lauterbach-Preis**
- **Innovationspreis**
- **Preis für evidenzbasierte Medizin**
- **Preis zur Förderung der Grundlagenforschung**
- **Promotionspreis**
- **Wilhelm-Roux-Preis**

<https://dkou.org/ehrungen-preise/>

Pressekontakt

Anne-Katrin Döbler/Dr. Adelheid Liebendörfer/Christina Seddig/Heinke Schöffmann

Pressestelle DKOU 2019

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173 /-442, Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

Terminhinweise (Auswahl): für Publikumsmedien interessante Veranstaltungen auf dem DKOU

(Für einzelne Veranstaltungen liegen Vortragsmanuskripte vor. Diese sind in der Reihenfolge der Termine in einer gesonderten Mappe enthalten.)

Dienstag, 22. Oktober 2019

Korrosion, Abrieb, Metallionen (AE)

Unter anderem mit Prof. Dr. Michael Morlock, Hamburg und Prof. Dr. Rudolf Ascherl, Waldsassen

Dienstag, 22.10.2019, 14.30 – 16:00 Uhr, Saal: Festsaal

Prävention des schweren Verkehrsunfalls – was haben wir für unsere Zukunft gelernt? (AG Prävention)

Unter anderem mit Dr. Christopher Spering, Göttingen

Dienstag, 22.10.2019, 14:30 – 16:00 Uhr, Saal: Dublin

Prävention im Jugendsport (GOTS)

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Romain Seil, Luxembourg

Dienstag, 22.10.2019, 16:45 Uhr, Saal: Budapest 2

Arthroseprävention: fact oder fiction? (GOTS)

Unter anderem mit Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Krems

Dienstag, 22.10.2019, 17:05 Uhr, Saal: Budapest 2

Prävention von Verletzungen und Überlastungsschäden an der Schulter (GOTS)

Unter anderem mit Dr. Casper Grim, Osnabrück

Dienstag, 22.10.2019, 17:35 Uhr, Saal: Budapest 2

Mittwoch, 23. Oktober 2019

Elektronische Patientenakte (AG Digitalisierung)

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pfürringer, München

Mittwoch, 23.10.2019, 9:00 – 11:00 Uhr, Saal: Paris 1

Schulterinstabilität (DVSE)

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin, Prof. Dr. med Helmut Lill, Hannover

Mittwoch, 23.10.2019, 9:00 – 11:00 Uhr, Saal: Helsinki

Basistechniken in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie - Videodemonstrationen (DVSE)

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin,

Mittwoch, 23.10.2019, 11:00 – 12:30 Uhr, Saal: Helsinki

Digitalization in O&T (AG Digitalisierung)

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pförringer, München

Mittwoch, 23.10.2019, 11:00 – 12:30 Uhr, Saal: New York 1

Ist die anatomische Frakturprothese heute noch zeitgemäß? (DVSE)

Unter anderem mit PD Dr. med. univ. Philipp Moroder, Berlin, Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin

Mittwoch, 23.10.2019, 15:00 – 16:30 Uhr, Saal: Helsinki

Donnerstag, 24. Oktober 2019

Live Hacking! Angriffe erleben - Sensibilität steigern

Unter anderem mit Christoph Ritter von der Firma SySS GmbH in Tübingen

Donnerstag, 24.10.2019, 14:30 - 16:00 Uhr, Raum: Paris 1

Workshop: Fit für den Datenschutz? (AG Digitalisierung)

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pförringer, München

Donnerstag, 24.10.2019, 16:30 – 18:00 Uhr, Raum: Dessau 1

„Spezielle Wirbelsäulenchirurgie" – der Weg zu einer interdisziplinären Zusatzbezeichnung? (DWG)

Unter anderem mit Prof. Dr. Michael Winking, Osnabrück

Donnerstag, 24.10.2019, 16:30 – 18:00 Uhr, Saal: Dublin

Sprunggelenksinstabilität und Knorpelschäden (AGA)

Unter anderem mit Dipl. Sportwiss. Dr. med. Tomas Buchhorn, Straubing

Donnerstag, 25.10.19 16:30 – 18:00 Uhr Saal: Helsinki

Freitag, 25. Oktober 2019

Ellenbogen: Instabilitäten (AGA)

Unter anderem mit Univ.-Prof. Dr. med. Lars P. Müller, Köln

Freitag, 25.10.2019, 09:00-10:30, Saal: Helsinki

Knie: Meniskus und Knorpel (AGA)

Unter anderem mit Prof. Dr. Philipp Niemeyer, München

Freitag, 25.10.2019, 11:00 - 12:30 Uhr Saal: Helsinki

Knorpeltherapie bei früher Arthrose: Wie weit kann man gehen? (AGA)

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Peter Angele, Regensburg

Freitag, 25.10.19 11:45 Uhr, Saal: Helsinki