

Online-Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU
„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“
am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Inhalt:

- DGOU- und BVOU-Jahrespressekonferenz: Themen und Referenten
- DGOU- und BVOU-Pressemitteilung vom 22.10.2020
- Redemanuskripte von Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Michael J. Raschke, Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Dietmar Pennig, Dr. Burkhard Lembeck, Dr. Johannes Flechtenmacher
- Lebensläufe der Referenten

Pressekontakt:

Susanne Herda und Swetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgou.de
www.dgou.de

Janosch Kuno
Kommunikation und Pressearbeit
Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU e.V.)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 797 444 55
E-Mail: presse@bvou.net
www.bvou.net

Online-Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2020, 11.00 – 12.00 Uhr via Zoom
und zur anschließenden

Preisverleihung des Journalistenpreises für Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU) 2020

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2020, 12.00 – 12.15 Uhr via Zoom

THEMEN UND REFERENTEN DER PRESSEKONFERENZ

Mehr Qualität: Gründe für eine Zentrenbildung und Spezialisierung

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn

Nicht fit genug für die Rehabilitation: Wie Schwerverletzte nach dem Krankenhaus in das Reha-Loch fallen

Prof. Dr. Michael J. Raschke, Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster

Mehr Qualität durch bessere Daten: Bedeutung der Register für verbesserte Versorgungsforschung

Prof. Dr. Bernd Kladny, Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachklinik Herzogenaurach

Krankenhauszukunftsgesetz und Digitalisierung aus Sicht von Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. Dietmar Pennig, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals Köln

Entlastung der Kliniken durch ambulante Facharztversorgung: Vier Lektionen aus der Coronavirus-Pandemie

Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe und

Dr. Burkhard Lembeck, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie, Gemeinschaftspraxis in Ostfildern

Moderation: Prof. Dr. Bertil Bouillon, DGOU-Gesamtvorstandsmitglied, Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Klinikum Köln-Merheim

Zur **JOU-PREISVERLEIHUNG** erwarten Sie die Nominierten und der Juryvorsitzende:

Nominiert: Helmut Broeg und Susanne Donner
Focus Magazin: „Operation Knie“

Nominiert: Elmar Krämer
Hörfunk SWR2: „Der lange Weg zur künstlichen Hüfte - Zweimal tauschen bitte“

Nominiert: Lukas Rieckmann
NDR Fernsehen: „Die Bewegungs-Docs Diabetes und Rückenschmerz“

Juryvorsitzender: Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Vizepräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie Chefarzt Orthopädie, Medical Park Berlin Humboldtmühle und Professor für muskuloskelettale Rehabilitation, Prävention und Versorgungsforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Pressemitteilung

Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU

Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin, 22.10.2020: Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) haben heute auf ihrer Jahrespressekonferenz Vorschläge für einen Strukturwandel der Versorgung von Erkrankungen und Verletzungen am Bewegungsapparat gemacht. Der Patient müsse durch ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk gezielt geleitet werden. Der Behandlungsweg führe ausgehend von einer starken ambulanten Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten über Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungstufen und, falls erforderlich, Rehabilitationseinrichtungen wieder zurück zum Facharzt. Bisweilen verhindern die Sektorengrenzen eine nahtlose verzahnte Versorgung. Zudem wissen Patienten oftmals nicht, ob sie für ihre Beschwerden am Muskel-Skelett-System ambulant, im Krankenhaus oder in einem Spezialzentrum am besten aufgehoben sind. Nicht alle können alles und überall versorgen, sind sich die Experten einig. Vielmehr bräuchte es einheitlich festgelegte Qualitätsanforderungen, um zu entscheiden, von wem und wo welche Erkrankung versorgt werden darf. Der Ausbau der Versorgungsforschung würde hier helfen, um Versorgungsprozesse besser zu bewerten. Auch könnte die Digitalisierung in der Medizin einen wichtigen Beitrag leisten.

DGOU fordert bestmögliche Unterstützung für Zentren der Hochleistungsmedizin

Die Pandemie-Krise hat dem Gesundheitssystem ein hohes Maß an Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen abverlangt. Bisher ist Deutschland im internationalen Vergleich gut durch die Krise gekommen. Mit dieser Erfahrung und vor dem Hintergrund der politischen Diskussion um den Abbau von Krankenhäusern spricht sich Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Präsident der DGOU und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) in seinem Statement für eine ausgewogene Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung aus. „Im Hinblick auf die zunehmend knappen Ressourcen wird eine patientenorientierte Versorgung immer wichtiger“, sagt Wirtz, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn. Dazu bräuchte es ein abgestimmtes und stark miteinander kooperierendes Netz aus Ambulanzen mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken der Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung und Rehabilitationseinrichtungen. „Für zeitkritische und einfache Erkrankungen ist eine wohnortnahe flächendeckende Versorgung wichtig, komplexe Fälle wie Wechseloperationen an Hüfte und Knie oder schwerwiegende Beckenbrüche gehören in ein Zentrum“, sagt Wirtz weiter. Sind die Möglichkeiten des niedergelassenen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie ausgeschöpft, gehe es weiter in ein Krankenhaus der entsprechenden Versorgungsstufe. Je höher die Stufe, desto höher die Kompetenzen. Komplexe Eingriffe müssten grundsätzlich in Zentren gebündelt werden. Dadurch könnten Komplikationen reduziert und Ressourcen in der Fläche geschont werden. „Unser Fach braucht daher aus meiner Sicht mehr Zentrumsbildung, mit klarer Definition, welche Krankheitsbilder bzw. Verletzungsmuster in welcher Klinik behandelt werden“, sagt Wirtz. Für die Übernahme des hohen Anteils komplizierter und aufwendiger Therapien müssten die Zentren dann wiederum bestmöglich personell und apparativ ausgestattet werden, fordert er. Dies könne ein Zentrumszuschlag leisten. Beispiele für eine gelungene Qualitätsstruktur sind die Zertifizierungsverfahren EndoCert der DGOOC für die Versorgung im Bereich der elektiven Endoprothetik und TraumaNetzwerk DGU® im Bereich der Unfallversorgung.

Misstand dringend beenden: Reha auch für nicht ausreichend fitte Patienten ermöglichen

Wie wichtig es ist, verschiedene Versorgungsbereiche besser miteinander zu vernetzen, erklärte beispielhaft Prof. Dr. Michael J. Raschke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und stellvertretender Präsident der DGOU. In seinem Statement zeigt er auf, dass viele schwerverletzte Patienten am Übergang vom Krankenhaus in die Rehabilitation scheitern. Sie erfüllten häufig nicht die Rehabilitationsvorgaben und erhielten daher nicht die dringend notwendige Weiterbehandlung. Sie würden nach ihrer Entlassung aus dem Akutkrankenhaus nach Hause oder in die Kurzzeitpflege entlassen und fielen in das so genannte Reha-Loch, warnt Raschke. So werde wertvolles Rehabilitationspotenzial verschenkt. Nur 15 Prozent der Verletzten können direkt im Anschluss an die Krankenhausbehandlung die Rehabilitation antreten. Das liege daran, dass viele Patienten aufgrund der komplexen Mehrfachverletzungen noch pflegebedürftig seien. Eine standardisierte Reha komme für sie nicht in Frage. Daher fordert Raschke die schnelle Umsetzung eines neuen Modells zur Traumarehabilitation, wie es im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU beschrieben wird. Es ermöglicht eine frühe Rehabilitation, auch wenn der Patient noch intensiv therapiert und gepflegt werden muss.

DGOU fordert für mehr Forschungserfolg den Ausbau von klinischen Registern

Um Entscheidungen über zukünftige Versorgungsstrukturen und Qualitätsanforderungen besser treffen zu können, müssen Behandlungsprozesse besser bewertet werden. Dazu braucht es mehr Versorgungsforschung und eine deutlich breitere Datenbasis. Anhand von Daten und Fakten kann dann bewiesen werden, warum eine Mindestmenge in gewissen Bereichen, wie dem künstlichen Hüft- oder Kniegelenk, nötig ist oder ob sich eine leitliniengerechte Versorgung auf die Ergebnisqualität auswirkt. Daher spricht sich Prof. Dr. Bernd Kladny, stellvertretender DGOU-Generalsekretär und Generalsekretär der DGOOC, in seinem Statement für den Ausbau der klinischen Register aus. Derzeit gebe es 17 Register im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese seien in der Lage, umfassende Daten aufzunehmen. Große Datenmengen seien eine Voraussetzung, um mit Methoden der Künstlichen Intelligenz (KI) die Versorgung der Patienten zu verbessern. Kostenträger und Kliniken verfügten über große Datenschätze. Doch bislang fehlten Strukturen, um große Datenmengen aus der Versorgung auch für die Versorgungsforschung routinemäßig zu nutzen. Häufig setze der Datenschutz der Gewinnung von Daten Grenzen. Aber auch die Dateneingabe sei eine Herausforderung, weil sie in vielen Fällen unverändert per Hand erfolgen muss. „Um die Register sinnvoll mit Daten zu füttern, muss der Datentransfer automatisiert werden“, sagt Kladny. Hier bedürfe es dringend einer besseren digitalen Infrastruktur.

Digitalisierung muss wieder mehr Zeit am Patienten schaffen

Der Gesetzgeber hat mit der Formulierung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) einen Schwerpunkt auf die Digitalisierung der Krankenhäuser gelegt. „Ausgehend von einem durchaus unterschiedlichen Digitalisierungsstandard in der Krankenhauslandschaft ist diese Initiative aus der Sicht von Orthopädie und Unfallchirurgie durchweg zu begrüßen“, sagt Prof. Dr. Dietmar Pennig, Generalsekretär von DGOU und DGU. In seinem Statement weist er darauf hin, dass der administrative Aufwand sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Pflege in erheblichem Umfang in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen habe. Die zu implementierenden digitalen Lösungen müssten dringend auf eine Vereinfachung dieser Prozesse abzielen. Arzt- und Pflegezeit müsse als Endergebnis dieser Initiative vermehrt den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Zudem helfe eine verbesserte Digitalisierung der Krankenhäuser der Vernetzung mit Arztpraxen und Rehakliniken. Dies sei ein notwendiger Schritt zur Stärkung des Gesundheitsstandortes Deutschland.

Entlastung der Kliniken durch ambulante Facharztversorgung

Der flächendeckende Ausbau eines qualifizierten Versorgungsnetzwerkes erfordere die erhöhte Durchlässigkeit der Sektorengrenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Denn die ambulante Versorgung müsse einen wesentlichen Teil der Behandlungskette abdecken und wenn erforderlich, den kontrollierten Zugang von Patienten zur klinischen Versorgung steuern. „Während

der Pandemie wurde deutlich, wie wertvoll die flächendeckende ambulante Facharztversorgung in der Bundesrepublik ist. Patienten mit einem verstauchten Knöchel oder einem akuten Rückenschmerz brauchten nicht in eine Klinik zu gehen und haben dadurch keine Ressourcen blockiert. Das zeigt, wie unverzichtbar die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist. Die Pandemie gibt also damit die Gelegenheit, Versorgung neu zu denken und neu zu konzipieren“, sagt Dr. Burkhard Lembeck, Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie, Gemeinschaftspraxis in Ostfildern im Statement. „Wir kämpfen seit Jahren für eine Aufwertung in Klinik und Praxis sowie in Aus- und Weiterbildung. Die Corona-Krise hat uns gezeigt, dass wir nicht lockerlassen dürfen. Die konservative Versorgung ist eklatant wichtig und muss weiter gestärkt werden“, sagt BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher. Gleichzeitig muss der Digitalisierungsschub für die Etablierung von Videosprechstunden und Apps genutzt werden, ohne auf das persönliche Vier-Augen Gespräch und auf die sorgfältige körperliche Untersuchung zu verzichten.

Zur Entwicklung neuer zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen in Orthopädie und Unfallchirurgie stehen die Experten bereit, mit ihrer Expertise und Vorarbeit Unterstützung zu leisten.

Die Pressemappe steht nach der Pressekonferenz zum Download bereit unter:
www.dgou.de und www.bvou.net.

Pressekontakt:

Susanne Herda und Swetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgou.de
www.dgou.de

Janosch Kuno
Kommunikation und Pressearbeit
Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU e.V.)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 797 444 55
E-Mail: presse@bvou.net
www.bvou.net

Statement von Professor Dr. Dieter C. Wirtz

DGOU- und DGOOC-Präsident

Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn

anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU

„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“

am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Mehr Qualität: Gründe für eine Zentrenbildung und Spezialisierung bei flächendeckender Grundversorgung

*„Eine optimale Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie braucht eine **ausgewogene Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung**. Es braucht eine abgestufte, strukturierte Vernetzung zwischen miteinander kooperierenden und sich ergänzenden Krankenhäusern. Rein wirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen und Bettenabbau wären der falsche Weg.“*

Wir alle stehen in diesem Jahr unter dem Eindruck einer Pandemie-Krise, welche dem Gesundheitssystem ein hohes Maß an Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen abverlangt. Bisher sind wir in Deutschland im internationalen Vergleich gut durch die Krise gekommen. Was in Zukunft aber auf uns zukommt, kann niemand vorhersagen. Es bleibt auf gewisse Weise der Blick in die Glaskugel. Die Erkenntnisse aus der Pandemie müssen jedoch in eine strukturierte Entwicklung der Krankenhauslandschaft mit einfließen.

Als Orthopäden und Unfallchirurgen sind wir für die Versorgung aller Krankheiten und Verletzungen des Bewegungsapparates zuständig – und dies in Zeiten vor, in und nach einer viralen Pandemie.

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes werden jährlich **rund 3 Mio. Patienten stationär in unterschiedlichen deutschen Krankenhauseinrichtungen am Bewegungsapparat behandelt**. Rund ein Viertel der Krankheitstage von Arbeitnehmern/-innen sind durch Muskel-Skelett-Erkrankungen bedingt. Fasst man alle ambulant und stationär durchgeführten Leistungen am Stütz- und Bewegungsapparat zusammen, so machen diese etwa **15 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen** aus; damit ist das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie einer der größten, aber kostenintensivsten Versorgungsbereiche in der Medizin.

Daher stellen sich **zwei Kernfragen**:

1. Welche Versorgungsstruktur brauchen wir künftig, um unsere Patienten optimal zu behandeln?
2. Wie können wir uns das in den gegebenen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems leisten?

Fest steht, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich medizinisch sehr gut versorgt sind. Nahezu jeder von uns möchte sich lieber „zu Hause in Deutschland“ als in einem anderen Gesundheitssystem behandeln lassen. Und dennoch stehen die in der öffentlichen Diskussion aufgeworfenen Aussagen, dass „weniger Krankenhäuser ein Mehr an Qualität“ bedingen und wir in Deutschland eine „Übersversorgung im stationären Bereich“ hätten, als Forderung für eine Veränderung unseres Krankenhaussystems im Raum.

Und dies vor dem Hintergrund des durchaus berechtigten Patientenwunsches, an einem Mehr an Lebens- und Versorgungsqualität in einer alternden Gesellschaft. Gesund, mobil und schmerzfrei bis ins hohe Alter sein – das möchte jeder von uns. Personalisierte und individualisierte

Behandlungsmethoden mit einem hohen Differenzierungs- und Spezialisierungsgrad sind der gesellschaftliche Anspruch.

Eine optimale Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie braucht aus meiner Sicht eine **ausgewogene Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung**. Es braucht eine abgestufte, strukturierte Vernetzung zwischen miteinander kooperierenden und sich ergänzenden Krankenhäusern. (Auf die ambulante Versorgung werden Herr Flechtenmacher und Herr Lembeck nachfolgend noch eingehen)

Gerade die flächendeckende Krankenhauslandschaft sichert uns eine gute Grundversorgung in der Breite, was insbesondere für die traumatologische Notfallversorgung richtig und wichtig ist (darauf wird Prof. Raschke noch genauer eingehen). Andererseits muss nicht jede planbare Operation – ob Endoprothese oder unfallchirurgische Ausversorgung – in jedem Krankenhaus und von jedem Operateur, der den Facharztstitel trägt, durchgeführt werden. Für einen planbaren Eingriff ist es durchaus zumutbar, dass man auch eine etwas längere Wegstrecke zum Krankenhaus zurücklegt.

Unser Fach braucht daher aus meiner Sicht mehr **Zentrumsbildung**, mit klarer Definition, welche Krankheitsbilder bzw. Verletzungsmuster in welcher Klinik behandelt werden. Letztendlich haben die Berufsgenossenschaften es vorgemacht, wo welcher Patient von wem bei berufsgenossenschaftlich versicherten Verletzungen zu behandeln ist. Nur der, der häufig an der Wirbelsäule oder an Knie und Hüfte operiert, wird eine exzellente Ergebnisqualität abliefern können. **Fallzahl, Erfahrung und Kenntnisse im Komplikationsmanagement** zahlen sich für die Versorgungsqualität aus. Und dies gilt sowohl für die unfallbedingte Frakturversorgung als auch und insbesondere für den planbar orthopädisch-chirurgischen Eingriff.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „Zentrum“ zwar dem Patienten eine Expertise suggeriert, diese aber nur durch die Begriffsgebung nicht zwangsläufig belegt ist. Wir haben hier als **Fachgesellschaften** seit mehr als 10 Jahren verschiedenste **Zertifizierungsverfahren** auf den Weg gebracht – beispielsweise sei hier die Etablierung von Endoprothesenzentren und Traumazentren genannt–, die nicht nur **Fallzahlen bzw. Mindestmengen**, sondern vielmehr **Struktur- und Prozesskriterien** abfordern. Die alleinige Erfüllung einer Mindestmenge, wie dies mit der gesetzlichen Neuregelung in 2018 für die Knieendoprothetik mit n=50 pro Jahr festgelegt wurde, beweist noch keine Versorgungsqualität. Warum man bei 50 Knieendoprothesenimplantationen pro Jahr auch im nächsten Jahr operieren darf, bei 49 aber nicht, ist nicht nachvollziehbar und dient auch nicht der Optimierung der Versorgungsqualität. Sicherlich gibt es einen klar nachweisbaren Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität, für einen scharfen Trennwert gibt es hingegen keine Evidenz. Diesen wird es wahrscheinlich auch wissenschaftlich nachweisbar aufgrund einer nicht vollumfänglich machbaren Risikoadjustierung (d.h. unter Berücksichtigung der Zusatzerkrankungen des Patienten) nicht geben.

Die von mir dargestellte Forderung nach mehr Zentrenbildung und Spezialisierung darf und soll nicht die in Deutschland sehr gute „Versorgung in der Fläche“ durch Schließung von Krankenhäusern begründen. Ganz im Gegenteil. Wir brauchen eine wohnortnahe Grundversorgung. Komplexere Eingriffe, wie Wechselendoprothetik, größere Eingriffe an der Wirbelsäule, Septische Eingriffe, gehören aber in ein Krankenhaus, das die personellen und strukturellen Voraussetzungen dazu in einem interdisziplinären Set-up hat. Patienten müssen entsprechend Ihres Versorgungsbedarfs behandelt werden, aus meiner Sicht am Besten in **drei Versorgungsstufen: Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung bzw. Universitätsmedizin**.

Sicherlich sind solche Zentrumsbildungen personal- und kostenintensiv. Um sich dies leisten zu können, braucht es im am „Mittelwert orientierten“ DRG-System einen klar definierten Betrag, der

die **Vorhaltekosten** entsprechend der Versorgungsstufe deckt. Kliniken, die eine 24/7 Versorgung für komplexe Fälle und jedweden Notfall anbieten, können nur gut ausgebildete Teams und eine entsprechender Infrastruktur vorhalten, wenn sie dafür die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt bekommen. Dies ist bisher im DRG-System nicht gegeben.

Die Krankenhausplanung der Zukunft muss Rahmenbedingungen schaffen, damit eine sektorenübergreifende, bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgung umgesetzt werden kann. Eine „**indikationsbezogene Konzentrierung komplexer Fälle**“ in einem abgestuften Netzwerk ist die Voraussetzung für eine noch bessere Versorgung.

Und wenn wir eines aus dem bisherigen Verlauf der Pandemie gelernt haben, dann ist es die Erkenntnis, dass wir eine gewisse Sicherheitsreserve für die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung brauchen. Rein wirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen und Bettenabbau wären der falsche Weg.

*Es gilt das gesprochene Wort.
22. Oktober 2020*

Literaturnachweis:

1. <http://www.destatis.de> Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018
2. Debus E.S., Grundmann R.T.: Versorgungsqualität in der operativen Medizin. Zentren, Mindestmengen und Behandlungsergebnisse. Springer Verlag, 2020
3. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zenren-und-zertifizierung/zentrumsbegriff>
4. Mehrotra A. et al.: Evaluation of centers of excellence program for knee and hip replacement. Med Care 51:28-36 (2013)
5. Mehrotra A. et al: Evaluation of centers of excellence program for spine surgery. Med Care 51:48-57 (2013)
6. GBA-Mindestmengenregelungen, Mm-R (2018), BAnz AT 14.12.2018 B4
7. Vonlanthen R. et al.: Toward a consensus on centralization in surgery. Ann Surg 268:712-724 (2018)
8. Nimptsch U. et al.: Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit – Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. Gesundheitswesen 79:823-834 (2017)
9. Jeschke E. et al.: Low hospital volume increases revision rate and mortality following revision total hip arthroplasty: an analysis of 17.773 cases. J Arthroplasty 34:2045-2050 (2019)
10. Schoenfeld A.J. et al.: Establishing benchmarks for the volume-outcome relationship for common lumbar spine surgical procedures. Spine J 18:22-28 (2018)

Statement von Prof. Dr. Michael J. Raschke,
DGU-Präsident, Stellvertretender DGOU-Präsident (DGOU)
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum Münster
anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU
„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“
“am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Misstand dringend beenden: Reha auch für nicht ausreichend fitte Patienten ermöglichen

„Am Übergang zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitationsphase gibt es jedoch immer wieder Probleme, die insbesondere die Weiterbehandlung von Schwerverletzten betrifft. Eines der Hauptprobleme nach Abschluss der Akutversorgung im Krankenhaus ist, dass viele Patienten schlichtweg „nicht fit genug“ sind, um die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitationsfähigkeit zu erfüllen.“

Die Corona-Pandemie zeigt uns, wie wichtig die flächendeckende Versorgung im Rahmen derartiger Krisen aber auch „normaler“ medizinischer Notfälle ist. Die immer noch große Anzahl von Krankenhäusern und Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen sichert eine zügige Erstversorgung und Stabilisierung der Patienten und ermöglicht dann eine Weiterversorgung in einem spezialisierten Zentrum.

Eine wahre Erfolgsgeschichte sind in diesem Zusammenhang die TraumaNetzwerke, die im Jahre 2008 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gegründet wurden. An der Initiative TraumaNetzwerk DGU® nehmen gegenwärtig 700 Kliniken teil, die sich zu regional und grenzüberschreitend zu 53 zertifizierten TraumaNetzwerken zusammengeschlossen haben. Insbesondere in der Schwerverletztenversorgung zeigt sich die Sinnhaftigkeit dieser Struktur. Während weniger schwerverletzte Patienten in lokalen oder regionalen Häusern versorgt werden, ist nach initialer Stabilisierung eine Verlegung in nächst höhere Versorgungsstufen innerhalb eines Netzwerkes problemlos möglich. Dieses wird durch telemedizinische Lösungen weiter unterstützt. So wird flächendeckend eine hochwertige Versorgung Schwerverletzter garantiert, was sich auch in der Unfallstatistik niederschlägt. So sank im Jahr 2019 die Zahl der Verkehrstoten auf 3046, den niedrigsten Stand seit Beginn der Zählung.

Mittlerweile sind nicht nur deutsche Kliniken assoziiert. Es nehmen Kliniken aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und Luxemburg teil. Hier zeigt sich somit auch eine innereuropäische Vernetzung, die viel Flexibilität mit gewohnt hohen Versorgungsstandards ermöglicht. Inzwischen hat der G-BA zum 1.1.2020 besondere Aufgaben von Zentren und deren Qualitätsanforderungen definiert. Hier ist eine Refinanzierung (Zentrumszuschlag) vorgesehen. Neu eingeführt wurden Traumazentren nach Fortschreibung des Krankenhausplans. Das ist ein großer Erfolg und spiegelt die erfolgreiche Arbeit der DGU in der Schwerverletztenversorgung wider.

Am Übergang zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitationsphase gibt es jedoch immer wieder Probleme, die insbesondere die Weiterbehandlung von Schwerverletzten betrifft. Eines der Hauptprobleme nach Abschluss der Akutversorgung im Krankenhaus ist, dass viele Patienten schlichtweg „nicht fit genug“ sind, um die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitationsfähigkeit zu erfüllen. Um dieses Defizit zwischen Akutklinik und REHA zu überbrücken, werden schwerverletzte Patienten in die häusliche Pflege oder Kurzzeitpflege entlassen, welche den initialen Bemühungen und den folgenden in der Reha-Einrichtung nicht

gerecht wird. Damit entsteht eine Phase des Stillstands, die den Unfallverletzten in seinem Genesungsprozess zurückwirft. Diese Patienten fallen in ein REHA-Loch, welches den Behandlungserfolg gefährdet. Woran liegt das?

Die in Deutschland gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes 1142 vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen sind meist auf die standardisierte REHA nach elektiven Operationen ausgerichtet. Die Weiterbetreuung von schwerstverletzten Patienten ist jedoch deutlich komplexer. Wie kann beispielsweise eine Entlastung des linken Beins an Unterarmgehstützen realisiert werden, wenn gleichzeitig der rechte Oberarm gebrochen ist? Dies führt dazu, dass erschreckend wenig Patienten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus die Rehabilitationsvorgaben erfüllen. Nur 15 Prozent der Verletzten können direkt im Anschluss ihre Rehabilitation antreten. Die Vorgaben beinhalten beispielsweise, dass sich die Unfallverletzten ohne fremde Hilfe anziehen und essen können. Bei vielen Schwerverletzten ist das so kurz nach dem Unfallereignis nicht realistisch. So können sie die REHA-Vorgaben oft erst nach drei bis sechs Monaten erfüllen. Bis dahin mit zwei mal 30 Minuten Physiotherapie pro Woche auszukommen, wird den Patienten nicht gerecht.

Die Neuauflage des Weißbuches wurde jetzt um ein Konzept zur Rehabilitation erweitert, um genau dieses Problem strukturiert anzugehen. In Anlehnung an das seit 20 Jahren bewährte Phasenmodell zur neurologischen Rehabilitation wurde ein mehrstufiges Konzept geschaffen, welches in 6 Phasen abläuft. Neu ist die Phase B (Frührehabilitation während der Akutbehandlung) und Phase C (Postakute Rehabilitation). An Traumarehabilitationszentren (TRZ) der Phase C werden besondere Anforderungen gestellt, um Patienten rehabilitieren zu können, die die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit der Deutschen Rentenversicherung noch nicht erfüllen.

Wir verlieren unsere Talente – warum sind Führungspositionen nicht mehr attraktiv?

Auch im Bereich Nachwuchs ist viel Bewegung im System. In den letzten Jahren lässt sich vermehrt das Phänomen des „brain drains“ beobachten. Der Nachwuchs erhält eine breite und fundierte Aus- und Weiterbildung an großen Kliniken und wandert nach dem Facharzt ab. Und zwar nicht (nur) ins Ausland, was seit vielen Jahren ein Problem v.a. im Bereich der Forschung ist, sondern auch in Privatpraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ's). Junge Kolleginnen und Kollegen werden dort oft mit einem besseren Gehalt und/oder attraktiveren Arbeitszeiten (bessere „work-life balance“) gelockt. Zudem ist die Weiterbildung – im Gegensatz zu vielen europäischen Nachbarländern – nicht adäquat gegenfinanziert. Wie können wir diese Kollegen im System halten? Wer soll uns später behandeln? Es braucht zukünftig besonders diese Ärzte, auch in leitenden Positionen, um die Patientenversorgung sicherzustellen. Dem Nachwuchs eine leitende Position schmackhaft zu machen wird immer schwieriger. Hohe Verantwortung, verdichtete, lange Arbeitszeiten und ein hoher bürokratischer Aufwand – das sind keine Argumente, mit denen man die junge Generation lockt. Dabei tut sich auch im Bereich „work-life balance“ viel in den großen Kliniken. Die Themen Teilzeit und Elternzeit, früher undenkbar, sind heute die Regel. Auch hier findet ein Umdenken statt – und das wird von Kollegen genauso gefordert wie von den Kolleginnen. 70 Prozent der Medizinstudenten sind heute Medizinstudentinnen. Waren es 2008 nur knapp 4.500 Chirurgen, waren 2018 knapp 8.000 Ärztinnen in der Chirurgie tätig. Der Anteil dieser Chirurgen in O und U lag bei 36 Prozent. Lange Zeit galt es als Voraussetzung und vermeintliche Qualität des männlichen Geschlechts, dass man für die Chirurgie charakterlich und vor allem auch körperlich geschaffen sein muss. Diese alteingesessenen Meinungen gehören nunmehr der Vergangenheit an. Das mitunter raue Betriebsklima hat sich deutlich gebessert. Im September wurde eine Frau als erste Lehrstuhlinhaberin in Deutschland nach Tübingen berufen. Auch dies zeigt den Wandel der Zeit und ist ein Zeichen für ein stattfindendes Umdenken.

Trotz der Euphorie über die bisher gut gemanagte Pandemie sollten die drohenden Defizite in O und U weiter Gehör finden, damit unser schönes Fach, das wir alle leidenschaftlich ausüben, nach der Krise stark und gut gerüstet sein wird.

Es gilt das gesprochene Wort.

22. Oktober 2020

Quellen:

<http://www.traumanetzwerk-dgu.de>

<http://www.traumaregister-dgu.de>

Statement von Professor Dr. Bernd Kladny

Stellvertretender DGOU-Generalsekretär und DGOOC-Generalsekretär
Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachklinik Herzogenaurach anlässlich der
Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU
„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“
am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

**Potenziale von Daten nutzen: Orthopäden und Unfallchirurgen setzen auf den Ausbau von
Registern und künstlicher Intelligenz**

„Große Datenmengen sind eine Voraussetzung, um mit Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) die Versorgung unserer Patienten zu verbessern. Programme finden in großen Datenmengen Zusammenhänge, die wir nicht erkennen (machine learning). Dies ersetzt jedoch nicht die Bewertung von und die Interpretation durch Fachexperten.“

Neben der klinischen Erfahrung eines Arztes sind wissenschaftliche Untersuchungen die Grundlage für ärztliche Entscheidungen. Ergebnisse aus Studien sind deshalb besonders wichtig. Studien haben aber den Nachteil, dass diese nicht in der normalen Versorgungswirklichkeit stattfinden. Es werden Daten in vermeintlich „künstlichen“ kontrollierten und am besten zufallsverteilten und doppelblinden Studien (RCTs) erhoben. Studien werden in der Regel durch hochrangige Experten durchgeführt und die Patienten erfahren im Rahmen der Betreuung in der Studie eine besondere Zuwendung.

Demgegenüber steht die Realität der normalen Versorgung („real data“). Versorgungsforschung ist daher ein besonders wichtiges Instrument. Dabei wird der medizinische Alltag für den Einzelnen und die Bevölkerung abgebildet. Die Daten sind umfassend.

Eine Möglichkeit der umfassenden Datenerfassung ist die Aufnahme von Daten in ein Register. Im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie gibt es derzeit 17 Register (<https://dgou.de/q-s/register-in-o-und-u/>). Register enthalten fallspezifische Daten zu Therapien und ihren Ergebnissen, Wissenschaftlerwerten diese unabhängig und nach wissenschaftlichen Kriterien aus. Gemeinsames Ziel aller Register ist es, die Qualität von orthopädisch-unfallchirurgischen Behandlungen zu sichern und weiter zu verbessern.

Ein Beispiel ist das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), das auf Initiative der Fachgesellschaft (DGOOC) 2012 startete. Über 750 Kliniken liefern Daten und wir können inzwischen auf 1.5 Mio. Datensätze zurückgreifen. Aktuell erfassen wir ca. 70 Prozent aller in Deutschland durchgeführten Gelenkersatz-Operationen an Hüft- und Kniegelenk. Die Ergebnisse werden in Jahresberichten öffentlich zugänglich gemacht. Dabei können wichtige Erkenntnisse für die Versorgung abgeleitet werden, die Eingang in Leitlinien finden. Beispielsweise haben Auswertungen ergeben, dass übergewichtige Patienten und Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand ein deutlich höheres Risiko für Zweitoperationen haben. Daraus kann abgeleitet werden, dass Patienten das Ergebnis nach einem Gelenkersatz selbst beeinflussen können. Die Registerdaten zeigen weiterhin die große Abhängigkeit der Ergebnisse von der Anzahl der durchgeführten Eingriffe in einer Einrichtung. Dadurch ergeben sich Fragen zu den zu fordernden Mindestmengen, um sicherzustellen, dass in Kliniken auch ausreichend Erfahrung für die durchgeführten Eingriffe besteht. Für ausgewählte Patientengruppen findet man im EPRD besonders geeignete Formen der Implantatversorgung.

Die Politik hat die enorme Bedeutung der Erfassung von Implantaten in Registern zur Verbesserung der Patientensicherheit erkannt und ein Gesetz zur Einrichtung eines Implantateregisters Deutschland (IRD) verabschiedet. Es muss das Ziel sein, dass die Daten des Registers und der hohe Wissens- und Kenntnisstand der Fachspezialisten des EPRD Eingang in dieses neue Register finden. Das IRD soll ab 01.07.2021 betrieben werden. Es bedarf intensiver Anstrengungen, um die pandemiebedingte Verzögerung aufzuholen und die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen für eine Beteiligung im Sinn einer Beleihung zu realisieren.

Ein großer Vorteil des Implantateregisters (IRD) wird sein, dass in dieses Register verpflichtend alle Eingriffe Eingang finden müssen. Je vollständiger die Daten, umso bessere wissenschaftliche Aussagen. Der Datenschutz setzt allerdings der Gewinnung von Daten häufig Grenzen. Daher begrüßen wir, dass das Patienten-Daten-Schutz-Gesetz (PDSG) die Möglichkeit einer freiwilligen Datenfreigabe („Datenspende“) über die elektronische Patientenakte vorsieht.

Die Dateneingabe ist allerdings häufig eine Herausforderung, da diese in vielen Fällen unverändert per Hand erfolgen muss. Dies bedeutet einen hohen personellen Aufwand mit der Unsicherheit von Übertragungsfehlern. Die Übernahme von routinemäßig erhobenen Daten bei Kostenträgern und aus Klinikinformationssystemen ist eine Notwendigkeit, um Register sinnvoll mit Daten zu „füttern“. Bei der Vielzahl von Klinikinformationssystemen und Datenformaten bei Kostenträgern sollten standardisierte Schnittstellen zu Registern aufgebaut werden, um den Datentransfer automatisieren zu können.

Daher ist die Initiative der Bundesregierung zu begrüßen, mit einem Fond die Digitalisierung von Krankenhäusern zu fördern. Diesbezüglich bedarf es aber mehr als der Anschaffung von Rechnern und Programmen. Es bedarf der Entwicklung sinnvoller Konzepte und des Ausbaus der digitalen Infrastruktur generell. Jeder erlebt aktuell die Probleme mit der unzureichenden Verfügbarkeit von schnellem Datenaustausch.

Die Arbeitsgemeinschaft Digitalisierung der DGOU wurde gegründet, um den Sachverstand bei zunehmender Bedeutung der Digitalisierung in die Welt von Orthopädie und Unfallchirurgie einzubringen. Große Datenmengen sind eine Voraussetzung, um mit Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) die Versorgung unserer Patienten zu verbessern. Programme finden in großen Datenmengen Zusammenhänge, die wir nicht erkennen (machine learning). Dies ersetzt definitiv nicht die Bewertung von und die Interpretation durch Fachexperten. Ein Arzt kann erklären, aufgrund welcher Tatsachen er zu welchen Diagnosen und Therapien kommt. Ein Forscher kann erklären, warum er zu welchen wissenschaftlichen Schlüssen kommt. Ergebnisse von automatisierten Datenanalysen sind oft noch mit dem Mangel der Nachvollziehbarkeit behaftet. Dies wurde als Problem erkannt und es gibt gute Ansätze zu zeigen, aufgrund welcher Ergebnisse Algorithmen zu welchen Entscheidungen kommen (Explainable Artificial Intelligence XAI).

Big Data ist ein häufig verwendetes Schlagwort. Es fehlt aber bislang an Strukturen, um die Auswertung großer Datenmengen aus der Versorgung, die bei Kostenträgern und in den Kliniken vorhanden sind, auch für die Versorgungsforschung in großem Umfang routinemäßig nutzen zu können.

Daten haben ein enormes Potenzial. Aber nur, wenn wir die in den Daten verborgenen Informationen gewinnen können, können wir die Patienten noch besser versorgen.

Es gilt das gesprochene Wort.

22. Oktober 2020

Statement von Professor Dr. Dietmar Pennig

DGOU- und DGU-Generalsekretär

Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln
anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU
„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“
am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Krankenhauszukunftsgesetz und Digitalisierung aus Sicht von Orthopädie und Unfallchirurgie

„Der Gesetzgeber hat mit der Formulierung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) einen Schwerpunkt auf die Digitalisierung der Krankenhäuser gelegt. Ausgehend von einem durchaus unterschiedlichen Digitalisierungsstandard in der Krankenhauslandschaft ist diese Initiative aus der Sicht von Orthopädie und Unfallchirurgie durchweg zu begrüßen.“

In den vergangenen Jahrzehnten hat der administrative Aufwand sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Pflege in erheblichem Umfang zugenommen. Die zu implementierenden digitalen Lösungen müssen dringend auf eine Vereinfachung dieser Prozesse abzielen, Arzt- und Pflegezeit muss als Endergebnis dieser Initiative vermehrt den Patientinnen und Patienten zugutekommen.

Schwerpunkte des Digitalisierungspaketes im Rahmen des KHZG sind wie folgt zu sehen:

- Präklinische Informationsübermittlung (Anbindung Notarzt/Notaufnahme) - **rettet Leben**
- Implementierung intelligenter Ablaufsysteme in der Notfall- und Sprechstundentriage - **erhöht die Sicherheit**
- Erleichterter Zugriff auf relevante Patientendaten (bildgebende Diagnostik, Vorerkrankungen, Voroperationen)
- Papierlose Krankenhausabläufe - **kein Informationsverlust**
- Telematische Datenübermittlung zur Fallbesprechung und Fallvorstellung bei komplexen Behandlungsfällen unter Nutzung digitaler Kommunikationsformate - **Qualitätssteigerung**
- Verbesserte Ausstattung zur Erleichterung der Versorgungsforschung - **dient den Patienten**
- Zugriff auf wissenschaftliche Literatur und Bibliotheken - **Fort- und Weiterbildung**
- Elektronische Vernetzung zwischen Krankenhaus und Praxen zur ressourcenschonenden Übermittlung von patientenrelevanten Daten - **Informationspakt**
- Digitale Vernetzung zwischen Krankenhaus und Reha-Bereich - **bidirektional**

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) ist die Lösung der Datenschutzproblematik zwingend notwendig, da hier eine erhebliche Behinderung in der Übermittlung zeitkritischer Informationen zu sehen ist. Die Vernetzung mit den notwendigen Registern, die der Versorgungsforschung und der Qualitätssicherung dienen, ist ohne eine Anpassung datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht aussichtsreich.

Eine verbesserte Digitalisierung der Krankenhäuser und der Vernetzung mit Arztpraxen und Rehakliniken ist in jedem Fall zu begrüßen und ein notwendiger Schritt zur Stärkung des Gesundheitsstandortes Deutschland. Ziel jeder Innovation muss es sein, Arzt- und Pflegezeit freizusetzen, um die Fokussierung der Berufsgruppen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Sicherheit der Krankenhaus-IT-Struktur muss oberste Priorität haben, wie ein Angriff auf eine Universitätsklinik in NRW in jüngster Zeit dramatisch vor Augen führte. Einhergehend mit

Digitalisierung muss die Entwicklung eines Ausfallkonzeptes erfolgen, um die Handlungsfähigkeit der wesentlichen Strukturen der Krankenhäuser abzusichern.

Es gilt das gesprochene Wort.

22. Oktober 2020

Statements von

Dr. Burkhard Lembeck

DKOU-Präsident für den BVOU 2020

Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie, Gemeinschaftspraxis in
Ostfildern

und

Dr. Johannes Flechtenmacher

BVOU-Präsident

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie,
Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU

„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“

“am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Vier Lektionen aus der Coronavirus-Pandemie für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die aktuelle Coronavirus-Pandemie ist ein epochales Ereignis. Wer hätte im Januar gedacht, dass die Welt derart aus den Fugen gerät: medizinisch, politisch, wirtschaftlich und persönlich. Die Krise wirkt in vielerlei Hinsicht wie ein Brennglas. Sie führt der Welt vor Augen, dass sie nicht auf eine medizinische Herausforderung dieser Größenordnung vorbereitet war und bringt vieles ins Wanken, was schon vorher kritisch gesehen wurde. Sie fördert aber auch die Digitalisierung und bietet Chancen, die Versorgung neu zu gestalten. Deshalb nutzen wir die Digitale Woche O&U als Anlass, um vier Lektionen für unser Fachgebiet aus der Coronakrise zu ziehen.

1. Lektion: Die ambulante Facharztschiene ist ein hohes Gut

Die Pandemie hat deutlich gemacht, wie wertvoll die flächendeckende ambulante Facharztschiene in der Bundesrepublik ist. In anderen Ländern arbeiten Fachärzte nur in Kliniken, nicht im ambulanten Sektor. In Italien, Spanien oder Frankreich mussten Patientinnen und Patienten aus Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) auf dem Höhepunkt der Coronakrise mit einem verstauchten Knöchel oder einem akuten Rückenschmerz in eine Klinik gehen und haben dadurch Ressourcen blockiert. In Deutschland konnten diese Kranken in einer ambulanten Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie behandelt werden. Wir niedergelassenen Ärzte waren und sind jederzeit in der Lage, die Kliniken zu entlasten und Patientinnen und Patienten mit nicht lebensbedrohlichen orthopädischen und unfallchirurgischen Verletzungen zu versorgen. Dass Deutschland bisher so gut durch die Krise gekommen ist, hat auch damit zu tun, dass die ambulante fachärztliche Versorgung die Kliniken davor bewahrt, an ihre Belastungsgrenzen zu stoßen. Das Fazit muss also sein, diese Schiene weiter zu stärken: strukturell, finanziell und personell.

Die Coronakrise hat auch die Bedeutung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie gestärkt. Mit dem Aussetzen der elektiven Operationen auf dem Höhepunkt der Pandemie konnten die Patientinnen und Patienten aus O und U monatelang nur konservativ behandelt werden, weil alle nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Operationen auf unbestimmte Zeit verschoben worden waren. Nur durch die konservative Versorgung in den ambulanten Facharztpraxen war es den Patientinnen und Patienten möglich, mit dem Aufschub ihrer endoprothetischen Versorgung zurechtzukommen. Das zeigt, wie unverzichtbar die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist. Wir kämpfen seit Jahren für eine Aufwertung in Klinik und Praxis sowie in Aus- und Weiterbildung. Die Coronakrise hat uns gezeigt, dass wir nicht lockerlassen dürfen. Die konservative Versorgung ist eklatant wichtig und muss weiter gestärkt werden.

2. Lektion: Die gestiegenen Belastungen müssen besser honoriert werden

Die Coronavirus-Pandemie belastet die Ärzteschaft in besonderer Weise, weil wir neben unseren ärztlichen Aufgaben alles dafür tun müssen, damit sich niemand ansteckt. Daher haben wir unseren Arbeitsalltag grundlegend umgestaltet und an die hygienischen Anforderungen angepasst. Das erfordert viel Zeit und Energie. Gleichzeitig ist der ökonomische Druck gestiegen, weil wir wegen der Abstandsregeln weniger Kranke behandeln können und mehr Geld in die persönliche Schutzausrüstung und die Hygienemaßnahmen stecken müssen. Hinzu kommen die körperlichen Anstrengungen, die sich zwangsläufig aus dem täglichen Tragen einer Atemschutzmaske ergeben. Honoriert werden wir aber nur auf der Basis der Zeit, die für eine einzelne Leistung veranschlagt wird. Dieses Korsett aus Zeit und Honorar ist durch die Coronavirus-Pandemie völlig aus den Fugen geraten. Wir müssen für das Erbringen jeder einzelnen Leistung jetzt viel mehr Zeit investieren, erhalten aber nur das Honorar aus der Vor-Coronazeit. Das kann so nicht bleiben: Ein wichtiges Fazit aus der Coronakrise lautet daher, dass die Vergütungen an die neuen Leistungszeiten angepasst werden müssen. Wir brauchen für den Mehraufwand, der in unser aller Interesse ist, auch mehr Geld. Wir appellieren daher an alle Verantwortlichen, dieses Problem umgehend anzugehen.

Wie sehr gerade die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen unter den Belastungen der Pandemie leiden, hat unlängst auch eine Befragung unter deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen gezeigt. Geleitet wurde sie von Matthias Pumberger von der Charité in Berlin. Erschienen sind die Ergebnisse in PLOS ONE (10.1371/journal.pone0238759). Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen fühlen sich weniger gut vorbereitet, ausgestattet und informiert als ihre klinischen Kolleginnen und Kollegen. Sie haben auch mehr Sorgen um die finanziellen Konsequenzen der Pandemie. Während einige Facharztgruppen durch die Coronavirus-Pandemie sehr stark gefragt sind, wie Intensivmediziner und Virologen, spüren andere Facharztgruppen wie Orthopädie und Unfallchirurgie eine Zurückhaltung bei der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen. Auch das zählt zu den Belastungen der Krise.

3. Lektion: Der alte Betrieb ist vorbei

Wegen der Abstandsregeln können nicht mehr so viele Patientinnen und Patienten im Wartezimmer Platz nehmen wie vor der Coronavirus-Pandemie. Der alte Betrieb mit hoher Patientenfrequenz ist also vorbei. Das hat zur Folge, dass wir mehr Zeit für den einzelnen Kranken haben. Ein Teil dieser Zeit fließt in den höheren Hygieneaufwand, aber es bleibt auch mehr Zeit für das ärztliche Gespräch. Die Pandemie gibt uns also endlich die Gelegenheit, Versorgung neu zu denken und neu zu konzipieren. Die Forderung nach mehr sprechender Medizin steht seit langem im Raum – völlig zu Recht. Ohne den alten Betrieb mit hoher Patientenfrequenz haben jetzt endlich den Spielraum, ihr mehr Platz zu geben. Das ist gerade bei Schmerzerkrankungen wichtig. Schmerz ist keine eindimensionale Reaktion auf ein Schmerzgeschehen. Er kann auf dem Weg zum Gehirn durch Stress, Angst, Einsamkeit und Abhängigkeit in vielfältiger Weise modifiziert werden. All das muss im ärztlichen Gespräch ausgelotet werden. Wir fordern daher, dass wir die gegenwärtige Situation nutzen, um neue Schwerpunkte bei der Versorgung zu setzen und derprechenden Medizin mehr Raum geben. Das bedeutet aber auch, dass sie besser honoriert werden muss.

4. Lektion: Wir müssen den Digitalisierungsschub nutzen, dürfen die sorgfältige körperliche Untersuchung aber nicht opfern

Die Pandemie sorgt für einen enormen Digitalisierungsschub. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen inzwischen Videosprechstunden und andere Applikationen, um ihre Patientinnen und Patienten zu versorgen. Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass das persönliche Vier-Augen-Gespräch und die sorgfältige körperliche Untersuchung integrale Elemente des Arzt-Patienten-Verhältnisses sind. Ein Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker, in Not geratener Mensch, der unsere Hilfe und Zuwendung sucht, nicht die eines Chatbots oder einer App. Das persönliche Gespräch und die sorgfältige

körperliche Untersuchung sind die Grundlagen unserer Diagnostik und Therapie. Nichts davon kann beliebig digitalisiert werden. Unsere Patientinnen und Patienten spiegeln uns genau das. Auf dem Höhepunkt der Coronakrise war es hilfreich, Fragen per Telefon, Video oder E-Mail zu beantworten, aber jetzt suchen viele wieder das Vier-Augen-Gespräch. Deshalb hat die Digitalisierung, bei allem Nutzen, auch ihre Grenzen. Die sind spätestens da zu spüren, wo Kranke sich nicht mehr gesehen und gut behandelt fühlen. Digitalisierung ist kein Selbstzweck. In der Medizin muss sie sich daran messen lassen, ob sie den Kranken tatsächlich hilft oder ob sie nur die Abläufe verbessert.

Mehr Digitalisierung wird es in Zukunft allerdings zweifellos beim jährlichen DKOU geben. In diesem Jahr mussten wir den Kongress absagen, weil ein Jahrestreffen mit 12.000 Teilnehmern unter den aktuellen Pandemiebedingungen nicht machbar gewesen wäre. Stattdessen bieten wir eine digitale Woche mit Videosessions, Aufzeichnungen und Live-Streams an. Dabei steht jeder Tag unter einem anderen Schwerpunktthema. Wir werden an diesem Format festhalten und in Zukunft einen Teil des Live-DKOU mit digitalen Formaten bestreiten. Das gibt auch den Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit, sich an unserem Jahreskongress zu beteiligen, die nicht nach Berlin kommen können.

Abschließend noch ein Wort zur Zusammenarbeit in der Coronakrise. Durch die enge Zusammenarbeit im BVOU war es uns möglich, vieles rasch zu organisieren, angefangen bei der persönlichen Schutzausrüstung bis zur O-und-U-Notfallversorgung in den ambulanten Facharztpraxen am Wochenende. Berufsverbände können sehr agil reagieren. Bei einer Pandemie ist das eklatant wichtig. Deshalb an dieser Stelle auch ein Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die das ermöglicht haben.

Es gilt das gesprochene Wort.
22. Oktober 2020

Lebenslauf: Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Präsident der DGOU und DGOOC



Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (*1967) ist im Amtsjahr 2020 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2006 Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn sowie seit 2008 Geschäftsführender Direktor des Chirurgischen Zentrums der Universität Bonn. Zudem ist Wirtz seit 2016 Präsidiumsmitglied der DGOU-Sektion AE – Deutsche Gesellschaft für Endprothetik. Darüber hinaus vertritt er die DGOU als Nationaldelegierter in der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT).

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Gelenkerhaltende Korrekturoperationen an Becken, Hüft- und Kniegelenk
- Primär- und Revisionsendoprothetik der großen Gelenke
- Biologische Rekonstruktion knöcherner Defekte
- Diagnostik und Therapie periprothetischer Infektionen
- Interface- und Grenzflächenforschung bei Implantaten

Klinischer Werdegang

seit 2008

Geschäftsführender Direktor, Chirurgisches Zentrum, Universitätsklinikum Bonn

seit 2006

Klinikdirektor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

08/2005-10/2006

Stellvertretender Klinikdirektor, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

09/2003-10/2006

Leitender Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

07/1999-08/2003

Oberarzt, Orthopädische Universitätsklinik Aachen

12/1994-06/1999

Assistenzarzt, Orthopädische Universitätsklinik der RWTH Aachen

07/1994-12/1994

Assistenzarzt, Chirurgische Klinik des Klinikums Wiesbaden

01/1993-06/1994

Arzt im Praktikum, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Katharinenhospital Stuttgart

Akademischer Werdegang

seit 2006

W3-Professur, Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie, Universität Bonn

2006

apl-Professur, RWTH Aachen

2001

Habilitation, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

1993

Promotion, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

1992

Approbation

1986-1992

Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Fachqualifikationen

- Volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Common Trunk im Verbund 24 Monate, Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin im Verbund 12 Monate
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (06)
- Gesundheitsökonom dipl. (2005 Deutschen Akademie für Betriebswirtschaftslehre der Heilberufe, Köln)
- Rheumatologie (2005)
- Volle Spezielle Orthopädische Chirurgie (2003)
- Physikalische Therapie (2003)
- Facharzt für Orthopädie (1998)
- Chirotherapie (1997)
- Sportmedizin (1997)
- Strahlenschutz (1994)

Ehrenämter, Mitgliedschaften und Auszeichnungen

Ehrenämter:

- 2020: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2020: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Mitglied des Executive Comitee (EC) des Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)
- Nationaldelegierter der DGOU in der EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)

- Präsidiumsmitglied der AE (Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik/ Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik)
- Mitglied der Zertifizierungskommission EndoCert®
- Kommissionsmitglied in der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein
- Mitglied des Sachverständigenbeirats „Versorgungsmedizin“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
- Herausgeber der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Z Orthop Unfall)
- Mitherausgeber der Zeitschrift für Operative Orthopädie und Traumatologie (Oper Orthop Traumatol)
- Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Orthopäde“
- Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“, Thieme-Verlag
- Zeitschrift "European Orthopaedics and Traumatology", Springer Verlag

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AOTrauma)

Auszeichnungen:

- Edgar-Ungeheuer-Preis 2019, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, München
- Top Mediziner 2011–2018, Ärzteliste Fokus, Hüftchirurgie
- DKOU-Posterpreis 2. Platz 2011, Deutscher Orthopäden-und Unfallchirurgenkongress, Berlin
- Themistokles-Gluck-Preis 2007
- Wilhelm-Roux-Preis 2005
- ASG-Fellowship 2004 der DGOOC
- Posterpreis 2003 der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin
- AE-Forschungspreis 2002
- Themistokles-Gluck-Preis 2001
- AE-Reise-Stipendium 2000 zum „Current Concepts in Total Joint Replacement 2000“, Orlando, USA
- HIP-Preis 1999 beim Kongress „Chirurgie de la Hanche - Hip Surgery, Developments & Future prospects“, Toulouse, France
- Wilhelm-Roux-Preis 1998
- Posterpreis 1998 der Norddeutscher Orthopädenkongress 1998, Leipzig
- SICOT Traveling Award 1998 zum 9th SICOT Trainees Meeting in Kopenhagen 1998
- Posterpreis 1994 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 1994

Bonn, 22.10.2020

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz

Lebenslauf: Prof. Dr. Michael J. Raschke, Präsident der DGU und stellv. Präsident der DGOU



Prof. Dr. Michael J. Raschke (* 1959) ist im Amtsjahr 2020 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2003 Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster.

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Polytraumaversorgung
- Fraktur- und posttraumatische Endoprothetik
- Problemfrakturen
- Sporttraumatologie
- Becken- und Azetabulumfrakturen
- Navigation und intraoperative 3D Bildgebung
- Wirbelsäulen Chirurgie
- Alterstraumatologie

Klinischer Werdegang

seit 08/2003

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinik Münster (UKM)

seit 05/2003

“außerplanmäßige Professor” der Medizinischen Fakultät Humboldt-Universität zu Berlin

Seit 12/2000

ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren (§ 6 – Zulassung für berufsgenossenschaftliche Heilverfahren

05/1999-04/2003

leitender Oberarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ständiger Vertreter der Klinikleitung (Prof. Dr. N. P. Haas)

03/1994-04/1999

verantwortlicher Leiter des Biomechanik- und Histomorphologischen Knochenlabors der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Biomedizinischen Forschungszentrum an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

03/1994

Oberarzt der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. N. P. Haas)

1993-2003

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. N. P. Haas)

1987 – 1993

Klinik für Viszeral- und Unfallchirurgie, Technische Universität München (Prof. Dr. J. R. Siewert – Prof. B. F. Claudi)

1985 – 1987

Anatomisches Institut Universität Hamburg (Prof. Dr. W. Lierse)

1979

MTA-Schule Allgemeines Krankenhaus St. Georg Hamburg, Medizinisch Technischer Assistent MTA

Akademischer Werdegang

seit 2003

Berufung zum Lehrstuhlinhaber für Unfallchirurgie und zum Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

03/1997

Abschluss des Habilitationsverfahrens und Erlangung der Venia Legendi für das Fach „Chirurgie“ mit dem Thema: „Hybridsysteme zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen mit schwerem Weichteilschaden und der Folgezustände - Experimentelle Analyse und Klinische Anwendungen“

1987

Dissertation (Dr. med.) Medizinische Hochschule zu Lübeck, Institut für Biochemische Endokrinologie

1985

Approbation

1979-1985

Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der Medizinischen Hochschule zu Lübeck

Fachqualifikationen

2018: Europäischer Facharzt “Fellow European Board of Surgery/FEBS Traumatology”

2009: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie

2005: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; Schwerpunkte: Spezielle Unfallchirurgie und Handchirurgie

2002: Facharzt für Handchirurgie

1998: Facharzt für Unfallchirurgie

1994: Facharzt für Chirurgie

Ehrenämter, Mitgliedschaften und Auszeichnungen

Ehrenämter:

2020: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

2020: stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

2020: Mitglied des Aufsichtsrats der Universitätsklinik Münster

seit 2018: Chair of AOTK Trauma, Member of AOTK Executive Board

2016-2018: Chair "Anti-Infection-Task Force – AITF"

2013-2018: Präsident der AOTrauma Deutschland

2010-2016: Chair "Biomaterials-Task Force – BMTF" – AO Technische Kommission

seit 2007: Sprecher des TraumaNetzwerk-NordWest

2003-2010: Leiter der Arbeitsgemeinschaft „Alterstraumatologie“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Mitgliedschaften:

A.S.A.M.I German (Founding Member)

AG Notarzt - Berlin

AOTrauma Deutschland

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Berliner Chirurgische Gesellschaft

Berufsverband der Deutschen Chirurgen

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DCGOU)

Deutsche Kniegesellschaft

Deutsche Wirbelsäulengesellschaft

European Bone and Joint Infection Society

European Society for Surgical Research

Fragility Fracture Network

Norddeutsche Orthopäden und Unfallchirurgen Vereinigung

Orthopaedic Research Society

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen

Vereinigung Niederrheinisch Westfälischer Chirurgen

Auszeichnungen:

2013: AO-Foundation: TK Innovation Prize, Davos

“Outstanding Contributions in the Development of the ProTect Nail”

2009: Karl Storz Innovationspreis Telemedizin 2009

Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie, Projekt TEAM TNNW – Telematic in Acute Medicine in Traumanetwork NorthWest

2000: Hans Liniger Preis der DGU

Awarded at the 64. annual meeting, Hannover: Schmidmaier G, Wildemann B, Bail H, Lucke M, Stemberger A, Flyvbjerg A, Raschke M

“Die lokale Freisetzung von IGF-I und TGF- β 1 aus einer biodegradierbaren Poly (D,L-Laktid) Beschichtung von Implantaten beschleunigt die Frakturheilung”

Münster, 16.09.2020

Prof. Dr. Michael J. Raschke

Lebenslauf: Prof. Dr. Bernd Kladny, Generalsekretär der DGOOC und stellv. Generalsekretär der DGOU



Prof. Dr. Bernd Kladny (*1960) ist stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Zuvor war er 2015 und von 2018 bis 2019 DGOU-Generalsekretär. Das Amt des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) hat Prof. Kladny seit 2015 inne.

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 1996 Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach.

Schwerpunkte

- Nicht-operative Orthopädie und Unfallchirurgie
- Nicht-operative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen und Kreuzschmerzen
- Osteoporose
- Rehabilitation

Klinischer Werdegang

Seit 1996

Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Fachklinik Herzogenaurach

1994 – 1996

Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen am Waldkrankenhauses St. Marien

1990 – 1994

Wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen am Waldkrankenhauses St. Marien

1989 – 1990

Wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover

Assistenzarzt an der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

1988 – 1989

Wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen am Waldkrankenhaus St. Marien

Akademischer Werdegang

2003

Außerplanmäßige Professur der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

1997

Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie

1996

Habilitation an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

1988

Promotion an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

1981 – 1987

Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Ausgewählte Fachqualifikationen

2007: Röntgendiagnostik - Skelett

2006: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

1995: Orthopädische Rheumatologie

1994: Facharzt Orthopädie, einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlenschutz

Ausgewählte Mitgliedschaften und Ehrenämter

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
seit 2015: Generalsekretär
2013: Präsident
2004 – 2012: Leiter der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
seit 2020: Stellvertretender Generalsekretär
2015, 2018 - 2019: Generalsekretär
2016 – 2017: Stellvertretender Generalsekretär
2013: stellv. Präsident
2009 – 2013: Leiter der Sektion Rehabilitation – Physikalische Medizin
- Deutsche Hüftgesellschaft (DHG)
seit 2015: Vizepräsident
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
seit 2015: Mitglied des Vorstands
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden (VSO)
2009: Präsident und Tagungspräsident des Jahrestreffens

Herzogenaurach, 23.09.2020

Prof. Dr. Bernd Kladny

Lebenslauf: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Generalsekretär der DGU und DGOU



Prof. Dr. Dietmar Pennig (* 1955) ist seit 2018 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie seit 2020 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Prof. Pennig ist Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln.

WEITERBILDUNG

Pathologie, Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Grundmann) 1982/1983

Unfallchirurgie und Handchirurgie
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Brug) 1983-1985

Chirurgie
Klinik und Poliklinik für Allgemeine Chirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. H. Bünthe) 1985-1988

Unfallchirurgie und Handchirurgie
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Brug) 1988-1990

HABILITATION

Lehrbefugnis für Unfallchirurgie und Handchirurgie
28.06.1990
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

STIPENDIEN

Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
für Großbritannien 1979/80
Thyssen-Stiftung 1981/82

LETZTE POSITIONEN

Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
(Direktor: Prof. Dr. E. Brug)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
1988-1990

Gastdozentur an der Iran University of Medical Science
Shafa Orthopaedic Hospital Teheran (Iran)
Schwerpunkt: Rekonstruktive Chirurgie

Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie
St. Vinzenz-Hospital
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
seit 01.01.1992

Ärztlicher Direktor
seit 2004

PROFESSUR

20.02.1997
Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

2002
Umhabilitation an die Albertus-Magnus-Universität zu Köln

BERUFSPOLITISCHE AKTIVITÄTEN

- Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU)
1. + 2. Bundesvorsitzender (bis 2018)
- Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)
Referatsleiter Unfallchirurgie/Orthopädie (bis 2018)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Präsidiumsmitglied (seit 2007)
Generalsekretär seit 01.01.2018

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Gründungsmitglied; Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes
Generalsekretär seit 01.01.2020

MITGLIEDSCHAFTEN IN FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Forschung
- Société Française de Chirurgie, Orthopédique et Traumatologique

- International Society for Fracture Repair
(Gründungsmitglied)
 - Gerhard Küntscher Kreis
 - Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft Handchirurgie
 - Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
 - Arbeitsgemeinschaft Obere Extremität e.V. (AGOE)
(Stellvertr. Vorsitzender)

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
 - Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)
 - Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
 - Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

EHRENMITGLIED

- South African Orthopaedic Association
- Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatologia
- Serbian Orthopedic-Traumatologic Associaten

WISSENSCHAFTLICHE MITARBEIT IN ZEITSCHRIFTEN UND VERLAGEN

- OUMN: Schriftleiter
- Der Unfallchirurg: Herausgeber
- La Chirurgia Degli Organi di Movimento (Italien)
- Osteosynthese International
- INJURY (England)
- Co-Editor mit C. Court-Brown:
MUSCULOSKELETAL TRAUMA
Butterworth-Heinemann Verlag (England)
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Der Chirurg

BEIRATSMITGLIED

- Der Chirurg (Springer-Verlag GmbH)

VERÖFFENTLICHUNGEN

- Über 260 Veröffentlichungen in nationalen und internationalen Zeitschriften und Büchern

Köln, 22.09.2020

Prof. Dr. Dietmar Pennig

Lebenslauf: Dr. med. Johannes Flechtenmacher, BVOU-Präsident



Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Lehrbeauftragter der Universitäten Heidelberg und Tübingen, Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

Curriculum Vitae

* 1961

Beruflicher Werdegang:

1983–1989	Medizinstudium in Heidelberg, Modena (Italien), Boston/Ann Arbor, USA
1989–1991	Facharztausbildung Chirurgie, Chirurgische Klinik, Klinikum Mannheim/ Universität Heidelberg (Direktor Professor Dr. med. M. Trede)
1991–1992	Facharztausbildung Orthopädie, Sektion Orthopädische Chirurgie der Abteilung Chirurgie, Universität Michigan, Ann Arbor, USA (Direktor Professor Dr. Steven Goldstein)
1992–1993	Abteilung Orthopädische Chirurgie und Biochemie (Direktor Professor Dr. Dr. h.c. K. E. Kuettner), Rush Medical College, Chicago, USA (Direktor Professor Dr. Dr. h.c. J. Galante)
1993–1996	Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Abteilung Orthopädie, Orthopädische Klinik mit Querschnittgelähmtenzentrum der Universität Ulm (Direktor Prof. Dr. med. W. Puhl)
1996	Facharztprüfung Orthopädie

1989 Dissertation: „Die diagnostische Wertigkeit der pathohistologischen Beurteilung bei chronischen nicht bakteriellen Arthritiden.“ Durchgeführt an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg. Betreuer: Privatdozent. Dr. K. Rohe.

Stipendien:

1987 Carl-Duisberg-Stipendium für Medizinstudenten

1988 Reisestipendium Westdeutscher Famulantenaustausch

1991–1992 Postgraduiertenstipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes zur Förderung der Rheumatologie in Deutschland („Die Rolle des subchondralen Knochens bei dem Krankheitsbild Arthrose“)

Ehrungen:

1994–2000 Visiting Assistant Professor Rush Medical College, Chicago, USA

1994–1999 Reviewer für „Clinical Orthopaedics and Related Research“

Ehrenämter:

- Seit 2000 Bezirksvorsitzender Karlsruhe des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Seit 2007 Landesvorsitzender Baden des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Seit 2011 ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Stuttgart
- Seit 2014 Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Seit 2019 Mitglied Vertreterversammlung Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Seit 2019 gewähltes Mitglied Deutscher Ärztetag

Mitgliedschaften:

- Seit 1993 Orthopaedic Research Society (ORS)
- Seit 1993 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- Seit 1993 Deutsche Gesellschaft für Bindegewebsforschung
- Seit 1996 Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Seit 2010 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

- Seit 2015 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Stand: 04 / 2020

Lebenslauf: Dr. med. Burkhard Lembeck



DKOU-Präsident für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) 2020

Curriculum Vitae

*1966

- 1987 bis 1993: Studium an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster
- 1994: Promotion
- klinische Ausbildung in Wuppertal, Essen und Tübingen
- Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Seit 2005: niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Ostfildern niedergelassen
- Seit 2016 Vorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Württemberg
- 2019: an der Gestaltung des orthopädischen Versorgungsvertrages in Baden-Württemberg und an der Ausarbeitung des Disease Management Programms (DMP) „Chronischer Rückenschmerz“ beteiligt

Fachgebiete

- Operativ auf Schulter- Knie und Fußoperationen spezialisiert