



## **Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018**

**Termin:** Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Themen und Referenten**

### **Vergreisung der Gesellschaft: Herausforderungen für O und U**

*Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

### **Qualität und Patientensicherheit messbar machen:**

#### **Fachgesellschaft und Industrie gründen gemeinsam ein Osteosyntheseregister**

*Professor Dr. med. Joachim Windolf*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

### **Steigende Krankheitslast und Ärztemangel: Zukunftsaufgaben für O und U**

*Dr. med. Gerd Rauch*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167  
stroehlein@medizinkommunikation.org  
www.dkou.de

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018**

**Termin:** Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

### **Inhalt:**

**Pressemitteilungen**

**Redemanuskripte**

**Lebensläufe der Referenten**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:  
[schoeffmann@medizinkommunikation.org](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)*

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167  
[stroehlein@medizinkommunikation.org](mailto:stroehlein@medizinkommunikation.org)  
[www.dkou.de](http://www.dkou.de)

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Pressemitteilung zum DKOU 2018**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie  
23. bis 26. Oktober 2018, Messengelände Süd, Berlin

### **Immer mehr ältere Patienten in Orthopädie und Unfallchirurgie: Krankheitslast steigt – neue Therapien unerlässlich**

**Berlin, 26. Oktober 2018 – Der Anteil der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, wird sich bis zum Jahr 2050 verdoppelt haben, sagt eine Erhebung des Statistischen Bundesamts vorher. Millionen Menschen leiden im Alter an Arthrose, Wirbelsäulenerkrankungen, Osteoporose oder sind nach einem Sturz in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Experten sehen in der alternden Bevölkerung mit ihrer steigenden Krankheitslast eine Herausforderung, auf die sich alle Leistungsträger im Gesundheitswesen vorbereiten müssen. Welche Schritte dazu notwendig sind, erläutern Experten auf der heutigen Pressekonferenz, die im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2018 in Berlin stattfindet.**

Knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung ist bereits heute mindestens 60 Jahre alt. Der Anteil der über 80-Jährigen liegt bei rund 7 Prozent (1). „Die steigende Lebenserwartung und die vorwiegend sitzende Lebensweise sorgen künftig für einen wachsenden Bedarf an orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen“, sagt Dr. med. Gerd Rauch, Kongresspräsident des DKOU 2018 vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie. Denn große Volkskrankheiten wie Arthrose, Osteoporose oder Wirbelsäulenerkrankungen sind Verschleißerkrankungen: Sie entstehen und verschlimmern sich im höheren Lebensalter. Zusätzlich steigt auch das Risiko für gefährliche Stürze. Pro Jahr werden mehr als 400.000 Menschen nach einem Sturz ins Krankenhaus eingewiesen. Die häufigste Diagnose ist der Oberschenkelhalsbruch. „Da diese älteren Patienten nicht selten gebrechlich sind und oftmals auch an mehreren Begleiterkrankungen leiden, können wir sie nicht behandeln wie einen jungen Menschen“, erklärt Kongresspräsident Professor Dr. med. Joachim Windolf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Die Komplikationsrate ist bei ihnen höher: Jeder zehnte Betroffene stirbt innerhalb von 30 Tagen nach seiner Verletzung. Von den



überlebenden Patienten muss jeder fünfte in ein Pflegeheim umziehen, weil er nach dem Sturz nicht wieder so mobil wird, um selbstständig im eigenen Haushalt zu leben.

„Die Behandlung alter Patienten stellt besondere Anforderungen an Zeit, Personalaufwand und Fachkenntnis“, sagt Windolf. In ihrem Weißbuch Alterstraumatologie empfiehlt die DGU daher eine enge Zusammenarbeit mit Geriatern. Eine aktuelle Studie belegt, dass dadurch die Sterblichkeit nach altersbedingten Knochenbrüchen um 20 Prozent sinkt (2). „Auch bei chronischen Erkrankungen wie der Arthrose ist es sinnvoll, schon im frühen Stadium einen Altersmediziner einzubeziehen“, ergänzt Prof. Dr. Dr. med. Werner Siebert, Kongresspräsident des DKOU 2018 und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Um die Versorgung dieser alten und sehr alten Patienten weiter zu verbessern, muss aber auch die Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie weiter vorangetrieben werden. „Kunstgelenke und Implantate ermöglichen es uns heutzutage, Mobilität bis ins hohe Alter zu erhalten. Wir werden aber auf Dauer Therapieansätze benötigen, die beschädigte Knochen oder verlorenen Gelenkknorpel wiederherstellen können“, sagt Siebert. Über neue Forschungskonzepte und weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit berichten Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des DKOU 2018 in Berlin.

#### Quelle:

- (1) Statistisches Bundesamt: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011  
<https://www.deutschlandin zahlen.de/tab/deutschland/demografie/bevoelkerung-nach-altersklassen-deutschland>
- (2) Clemens Becker, Klilian Rapp. PROFinD – Prävention und Rehabilitation von osteoporotischen Frakturen bei Personen mit Benachteiligungen  
[https://www.ms d.de/fileadmin/user\\_upload/default/documents/gesundheitspreis/PROFinD.pdf](https://www.ms d.de/fileadmin/user_upload/default/documents/gesundheitspreis/PROFinD.pdf)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Die immer älter werdende Bevölkerung – eine große Herausforderung für die Zukunft, sowohl für Altersorthopädie als auch für Alterstraumatologie**

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

In den modernen Industrienationen sehen wir uns gerade mit den Problemen des Bewegungsapparates einer großen Aufgabe gegenüber: mit der immer älter werdenden Bevölkerung. Spezielle Probleme einer Bevölkerung, die in 20 Prozent, ja 30 Prozent ihrer Gesamtheit älter als 65 Jahre ist und nicht zuletzt auch eine große Zahl von Menschen im höchsten Lebensalter zwischen 85 und 100 Jahren als Patienten besitzt, hat andere Herausforderungen zu bewältigen als ein Gesundheitssystem, das sich hauptsächlich mit jungen Patienten beschäftigt.

Sehr häufig werden alte Menschen am Ende ihres Lebens gerade durch Probleme am Bewegungsapparat sehr stark limitiert. Gerade die letzten zehn bis zwölf Jahre eines Lebens zeichnen sich durch eine Vielzahl von kleineren und größeren Erkrankungen am Bewegungsapparat aus, Mehrfacherkrankungen sind häufig, Chronifizierungen die Regel. Die leider auch häufig dabei zu beobachtenden kognitiven Einschränkungen erhöhen die Risiken für Traumata und Verletzungen. Diese Patienten benötigen häufig konservative Unterstützung und Reha-Maßnahmen, die speziell auf ihr hohes Lebensalter abgestellt sein müssen und auch die multimorbiden Zustandsbilder mit einer Vielzahl von verschiedenen Erkrankungen sind eine Herausforderung. Dieses Thema müssen wir aufgreifen, sowohl hinsichtlich der degenerativen Erkrankungen als auch der Trauma-Problematik. Es ist ein großer Unterschied, ob eine Wirbelsäulenbehandlung konservativ oder operativ bei einem 60-Jährigen oder einem 90-Jährigen zu erfolgen hat und die Ressourcen, die dafür erforderlich sind und die Fachkompetenz, die nötig ist, um hier eventuell einen operativen Eingriff noch durchzuführen, unterscheidet sich auch erheblich. Der alte Mensch stellt oft viel höhere Anforderungen an Zeit, Personalaufwand und Fachkenntnis. Darauf müssen wir uns vorbereiten und die Mittel und Möglichkeiten dafür zur Verfügung stellen, da die Zahl der Alten und Hochbetagten immer weiter zunehmen wird.

Die Fallzahl in deutschen Krankenhäusern wird deshalb auch erheblich ansteigen. Man rechnet in 15 Jahren mit 20 bis zu 40 Prozent mehr Patienten, die über 80 Jahre alt sind und teils akut-stationär, teils in Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden müssen – und dies häufig mit Problemen am Bewegungsapparat.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat dieses Problem erkannt. Wir werden hier natürlich auch interdisziplinär arbeiten müssen, um eine kompetente Versorgung unserer Patienten mit einer Verbesserung der Behandlungsqualität erreichen zu können, und dies heißt natürlich nicht zuletzt, dass eine frühe geriatrische Mit- und Nachbehandlung in Altersorthopädie und -traumatologie nicht nur notwendig sein wird, sondern auch die Ergebnisse verbessern wird. Es ist bezeichnend, dass im Hospital for Special Surgery in New York inzwischen mehr als zehn Prozent der dort tätigen Ärzte aus O & U als sogenannte „Ortho-Geriatricians“ bezeichnet werden, also als Orthopäden, die sich speziell mit geriatrischen Problemen beschäftigen. Dies ist eine Entwicklung, auf die wir uns ebenfalls einstellen müssen.

Natürlich haben wir viele Möglichkeiten in der Behandlung von hochbetagten Patienten. Die Kunstgelenke werden sicherlich auch 20 weitere Jahre ihre segensreiche Wirkung bei der Behandlung von Frakturen und degenerativen Veränderungen erfüllen können. Dennoch muss man natürlich auch in die Zukunft sehen und hoffen, dass es hier Veränderungen und Weiterentwicklung, gerade aus der Arthroseforschung, gibt, mit denen wir das menschliche Reparatursystem Schritt für Schritt verbessern können.

Es ist zu hoffen, dass es uns gelingt, unseren Körper auf Zell- und Molekularbasis zu stärken und auch die Gelenke und die Knochen zu erneuern beziehungsweise den Alterungsprozess zu verlangsamen, aufzuhalten, vielleicht sogar wieder rückgängig zu machen. Das ist natürlich Zukunftsmusik, aber auch darauf muss die DGOU vorbereitet sein und auch diesen Bereich der medikamentösen und der genetischen Therapie bearbeiten und in ihre Zukunftsoptionen aufnehmen. Dafür müssen wir Forschungsprojekte – wie wir es ja auch tun – anstoßen, unterstützen und fördern.

Interessanterweise sind es gerade die großen Internetkonzerne, die sich sehr stark mit diesen Themen des medizinischen Fortschritts beschäftigen. Der Leiter der technischen Entwicklung bei Google, Raymond Kurzweil, ist der Meinung, dass wir ab dem Jahr 2030 jedes Jahr ein Lebensjahr dazugewinnen. Aus seiner Sicht vollzieht sich Fortschritt nicht linear, sondern exponentiell. Er denkt, dass Nanotechnologie die Aufgaben unseres Immunsystems ergänzen wird, wir werden damit von Tumoren und Desoxyribonukleinsäure(Dann)-Fehlern befreit werden. Seine futuristische Aussicht endet damit, dass der Mensch ganz ohne feste körperliche Form als „Gehirn-Download“ funktionieren wird. Wir werden abwarten, was kommt und beschäftigen uns jetzt sicherlich in unserer Lebensspanne noch mit Platten, Schrauben und Kunstgelenken, aber auch mit zukunftsweisenden Technologien aus Arthrose- und Stammzellforschung.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Qualität und Patientensicherheit messbar machen – Fachgesellschaft und Industrie gründen gemeinsam ein Osteosyntheseregister**

Professor Dr. med. Joachim Windolf

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Steigerung der Versorgungsqualität und Verbesserung der Patientensicherheit wird von Politik, Ärzteschaft, Industrie und Kostenträgern gemeinsam gefordert. Diese Ziele basieren auf gesundheitspolitischer Verpflichtung und ärztlichem Ethos, aber auch auf dem Wunsch, Kosten zu reduzieren. Häufig sind diese Forderungen aber ohne Substanz, da man eine Qualitätssteigerung oder eine Verbesserung der Patientensicherheit nicht wirklich fassen kann. Glauben und Hoffen hilft hier nicht – Qualität muss messbar sein!

Gut strukturierte Daten, wie sie in medizinischen Registern erfasst werden, weisen den richtigen Weg. Medizinische Fachgesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) oder die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC), haben dies schon längere Zeit erkannt. Seit 25 Jahren gibt es das mittlerweile weltgrößte Traumaregister DGU mit Daten von mehr als 300.000 schwerstverletzten Patienten. 650 Kliniken arbeiten im Benchmarking an der Verbesserung der Versorgungsqualität, große Effekte konnten nachgewiesen werden. Eine vergleichbare Erfolgsgeschichte zur Qualitätssicherung ist das durch die DGOOC initiierte Endoprothesenregister (EPRD), in dem bereits mehr als 900.000 Operationen erfasst sind.

Um die Qualität auch für die operative Versorgung von Knochenbrüchen mit Implantaten (Osteosynthesen) messbar zu machen, wird die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) gemeinsam mit der Industrie – repräsentiert durch den Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) – in einer großen Kraftanstrengung ein nationales Osteosyntheseregister schaffen. Im Osteosyntheseregister DGU sollen alle Osteosynthesen erfasst und im Verlauf beobachtet werden. Unfallchirurgen und Industrie versprechen sich von diesem Datenpool eine Qualitätssteigerung durch frühzeitige Erfassung von Implantatkomplikationen oder von nicht optimalen Behandlungsverfahren. Unabhängige wissenschaftliche Auswertung und Benchmarking sind unverzichtbar.

Mit dieser Aktivität der DGU und der Industrie werden zugleich die neuen gesetzlichen, europaweiten Anforderungen der MDR (Medical Device Regulation) erfüllt. Diese gesetzlichen Auflagen erfordern gemeinsame Lösungswege. Einzelne, inselartige Datenerhebungen sind nicht aussagekräftig. Um wirklich effektiv eine Steigerung der Qualität und Patientensicherheit zu erreichen, sollte im gemeinsamen Interesse über die gesetzlichen Anforderungen – wo immer möglich – hinausgegangen

werden. Das neue Register wird daher mit dem geplanten gesetzlichen „Deutschen Implantatregister“ kompatibel sein und kann als Grundlage hierfür dienen.

Das Register will alle Osteosynthesen mit den verwendeten Implantaten, Problemen und Komplikationen bei den Operationen und gegebenenfalls Nach-Operationen (Revisionen) identifizieren. Der Verlauf, nachdem der Patient das Krankenhaus verlassen hat, soll ebenso repräsentativ erfasst werden. Dieser sektorenübergreifende Schritt braucht besondere Lösungsansätze. Die ungeheure Fülle von Daten erfordert die automatisierte Übertragung von Daten aus den Krankenhausinformationssystemen (KIS). Die Ärzte sollen nicht noch mehr zu „Dokumentationsassistenten“ werden.

Die Daten werden pseudonymisiert und strukturiert erfasst, um den Bezug zum Implantat, zu Patientengruppen und zu Herstellern bei der Auswertung zu ermöglichen. Die wissenschaftlichen Auswertungen werden von einer unabhängigen Arbeitsgruppe durchgeführt werden, der BVMed vertritt die Medizinproduktehersteller. Eine unabhängige Vertrauensstelle wird eingefügt. Die Voraussetzungen der Datenschutzgrundverordnung werden erfüllt werden.

Mit der Entwicklung dieser bundesweiten Datenbank und der entsprechenden Infrastruktur zur Erhebung ist die Akademie der Unfallchirurgie (AUC), eine 100-prozentige Tochter der DGU, beauftragt, die bereits jetzt mehrere sehr große Register verantwortet. Die Industrie wird eine Produkt-Datenbank, ähnlich wie bei den Endoprothesen, beitragen.

Die Partner erwarten aus den Analysen von Operationen, Verläufen und Komplikationen erhebliches Verbesserungspotenzial, gleichzeitig die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und die Erstellung einer Datenbank, die mit Erweiterungen (modular) jederzeit auch klinische Studien und besondere Fragestellungen ermöglicht.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)



## **REDEMANUSKRIFT**

### **Zukunftsaufgaben für O&U angesichts der steigenden Krankheitslast durch die alternde Bevölkerung in Deutschland**

Dr. med. Gerd Rauch

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU),  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und  
Praxisklinik Kassel

*Dr. Gerd Rauch, Dr. Johannes Flechtenmacher, Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Dietmar Pennig,  
Prof. Karl-Dieter Heller*

Die steigende Lebenserwartung und die vorwiegend sitzende Lebensweise sorgen für einen wachsenden Bedarf an orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen. Nicht umsonst ist Sitzen das neue Rauchen. Rückenschmerzen, Arthrose und die Volkskrankheit Osteoporose mit Knochenbrüchen – ob nach einem Sturz im Alter oder beim Sport – sind zunehmende Erkrankungen, die auch in Zukunft qualitätsgesichert behandelt werden müssen [1]. Dafür sind zweifelsohne mehr Orthopäden und Unfallchirurgen und gut qualifiziertes Assistenzpersonal notwendig – aber es braucht auch ein neues, definiertes Miteinander zwischen den Sektoren. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und die Fachgesellschaften DGOU, DGU, DGOOC und VLOU arbeiten an Vorschlägen zur Lösung dieser Probleme.

#### **Sechs Handlungsfelder:**

##### **Wir brauchen eine bessere sektorenübergreifende Versorgung.**

An der Versorgung muskuloskeletaler Erkrankungen sind derzeit vier Gruppen beteiligt: die konservativ und konservativ-operativ tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen in der Niederlassung, die operativen Schwerpunktpraxen/Belegabteilungen/Kooperationsärzte und die orthopädischen und unfallchirurgischen Kliniken.

Diese Akteure müssen über neue Strukturen und Kooperationsmodelle besser vernetzt werden. Dafür wird es nötig sein, die Art der Zusammenarbeit genau zu definieren und ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem zu entwickeln, bei dem der vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ geforderte Grundsatz gilt: gleicher Preis für gleiche Leistungen, egal wo die Leistung erbracht wird, in der Klinik oder im ambulanten Bereich [2]. Außerdem müssen die Kooperationsmodelle rechtssicher und frei vom Verdacht der Korruption sein.

Die Techniker Krankenkasse testet derzeit in Thüringen ein mögliches sektorenübergreifendes Vergütungssystem, die sogenannten Hybrid-DRG (diagnosebezogene Fallgruppen). Niedergelassene Ärzte und Kliniken erhalten im Rahmen dieses Pilotprojekts bei vier Operationen dasselbe Honorar. Dem sektorenunabhängigen Preis liegt eine komplexe Kalkulation zugrunde, die allen dienen soll. Ergebnisse werden für das kommende Jahr erwartet [3]. Daneben gibt es selektive Facharztverträge und integrierte Versorgungsverträge.

### **Wir brauchen mehr Planungssicherheit auf allen Ebenen.**

Die mangelnde Planungssicherheit stranguliert Kliniken und Praxen gleichermaßen. Investitionsstau, unbezahlte Vorhalteleistungen, die Probleme beim DRG-System, Budgetierung und das Warten auf eine EBM-(einheitlicher Bewertungsmaßstab) und GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte)-Reform sind nur einige der Probleme. Wir brauchen dringend Sicherheit bei der Bedarfsplanung und Finanzierung der Krankenhäuser und Vergütungssysteme für den niedergelassenen Bereich, die den Versorgungsbedarf der Bevölkerung **UND** den Stand des aktuellen medizinischen Fortschritts abbilden. Vergütungssysteme also, die Leistungen nicht budgetieren, sondern zu festen betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen vergüten.

Der Scheinwert im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist heute genauso hoch wie 1985. Berücksichtigt man die Inflationsrate, die steigenden Betriebskosten der Praxen, insbesondere durch höhere Personalkosten und zum Beispiel die neuen Hygieneanforderungen und die Maßnahmen zur Umsetzung des neuen Datenschutzgesetzes in den Praxen, hat sich der Wert unserer Arbeit in den letzten dreißig Jahren halbiert. Die aktuelle GOÄ ist seit 1996 nicht mehr aktualisiert worden. Eine vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Honorarkommission soll bis Ende 2019 Vorschläge machen. Diese Vorschläge dürfen nicht auf eine einheitliche Gebührenordnung für alle hinauslaufen, denn dann würden die Ärzte wieder die Zeche zahlen.

### **Wir brauchen eine Verbund-Weiterbildung zwischen Kliniken und Praxen.**

Obwohl die konservativen Inhalte von O&U in der Weiterbildungsordnung verankert sind, werden sie in geringerem Umfang vermittelt. Der BVOU und die Fachgesellschaften haben im vergangenen Jahr mit einem „Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ auf diese Entwicklung aufmerksam gemacht [4]. Da viele Kliniken einen operativen Schwerpunkt haben und weniger konservativ behandeln, da auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) diese stationären konservativen Behandlungen den Krankenhäusern herausprüft, lernen die jungen Kolleginnen und Kollegen weniger konservative Weiterbildungsinhalte. Es ist daher dringend notwendig, den ambulanten Bereich und die Rehabilitationskliniken in die Weiterbildung einzubeziehen, weil viele konservative Inhalte nur noch dort angemessen vermittelt werden können. Auch im stationären Bereich muss die konservative Therapie bei – noch – fehlender Operationsindikation eine sinnvolle Alternative zur Behandlungseskalation werden, wenn die ambulante Behandlung erfolglos geblieben oder nicht zielführend ist. Wissen und Kompetenzen in der nicht operativen Orthopädie und Unfallchirurgie drohen sonst als ein fester Bestandteil des Fachs verloren zu gehen. Kleinere hand- und fußchirurgische Eingriffe und arthroskopische Operationen werden in hohem Umfang in spezialisierten operativen Vertragsarztpraxen, Operationszentren und Medizinischen

Versorgungszentren durchgeführt und sollten deshalb in eine neue Verbund-Weiterbildung einbezogen werden. Allerdings muss die Einbeziehung ambulanter Zentren und Praxen auch entsprechend finanziert werden. Weiterbildung ist nicht zum Nulltarif zu haben, weder in der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie noch in der operativen Medizin. Wir brauchen eine angemessene Vergütung für Weiterbildung sowohl in den Kliniken und Praxen und insbesondere für solche neuen Verbund-Weiterbildungen.

### **Wir brauchen engagierten Nachwuchs auf allen Ebenen.**

O&U ist wegen des wachsenden Bedarfs ein zukunftssicheres Fach. Wir behandeln viele Patienten und es werden mit jedem Jahr mehr. Trotzdem wollen nur 5,5 Prozent der Studenten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie werden [5]. Der Anteil der Frauen bei der Facharztprüfung für Orthopädie und Unfallchirurgie liegt bei 23 Prozent, in der Niederlassung nur bei 11 Prozent. Dabei sind die meisten Studienanfänger im Fach Medizin Frauen. Ihr Anteil lag 2016 bei 61 Prozent [6]. Weitere Entwicklungen kommen hinzu. Die „Selbstaubeuter-Generation“, also die Generation, die Arbeit über Freizeit gestellt hat – geht in den Ruhestand. Es gibt zwar heute 62 Prozent mehr Ärzte als 1990, trotzdem mangelt es vielerorts an Kollegen. Viele gehen keiner ärztlichen Tätigkeit mehr nach, sondern arbeiten berufsfremd, sind im Ruhestand oder in Elternzeit.

Derzeit machen noch circa 5300 Ärzte eine Weiterbildung in O&U, circa tausend legen jedes Jahr ihre Facharztprüfung ab [7]. Das wird in den nächsten Jahren noch reichen, allerdings kann sich das schnell ändern. Es besteht kein Zweifel, dass mehr Frauen für O&U gewonnen werden müssen und dass die derzeitigen Zahlen angesichts des Arbeitszeitgesetzes, des Wunsches nach Teilzeit und anderer Entwicklungen sorgfältig zu beobachten sind. Es ist zudem dringend nötig, mehr gut qualifiziertes Assistenzpersonal zu gewinnen. Viele Stellen können heute gar nicht mehr oder nur mit Mühe besetzt werden. Wir müssen hier familienfreundlichere, adäquate Beschäftigungsstrukturen an Praxen und Kliniken schaffen.

### **Wir brauchen eine Stärkung des freien Berufs „Arzt“.**

Die ärztliche Tätigkeit ist ein freier Beruf und sollte zum Wohle der Patienten auch möglichst unabhängig in ihrem Entscheidungskorridor bleiben. Es ist unsere Pflicht, Patienten unter den Bedingungen der gesellschaftlichen Solidarität bestmöglich zu behandeln. Viele Mediziner finden sich am Ende ihrer Aus- und Weiterbildung in einem System wieder, das ihnen kaum Luft zum Atmen lässt und in dem sie bis zu 50 Prozent ihrer Zeit mit nicht ärztlichen Tätigkeiten wie Dokumentation verbringen. Der Bürokratieabbau, auch unter Einbeziehung der Digitalisierung, ist für alle Arztgruppen zu fordern. Viele Chefärzte haben in zunehmender Anzahl kein privates Liquidationsrecht mehr, werden durch Zielvereinbarungen und Vertragsklauseln unter Druck gesetzt und durch betriebswirtschaftliche Vorgaben gegängelt. Dieser Trend wird vor allem durch private

Klinikträger und insbesondere durch die großen privaten Klinikkonzerne mit klaren Renditevorgaben verstärkt. Die Chefarzte und Oberärzte werden schrittweise entmachtet, all das widerspricht dem Geist eines freien Berufs.

Die Alternative zum Krankenhaus, als niedergelassene Vertragsärztin und Vertragsarzt zu arbeiten, hat viele Facetten. Angehende Vertragsärztinnen und -ärzte sollten sich umfassend informieren, sich betriebswirtschaftliches Know-how aneignen und vorab wichtige Kenntnisse zur ambulanten Versorgung erlernen. Wir brauchen dringend eine Aufwertung der Niederlassung. Niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen sind keine Schmalspurkollegen, sondern tragen den Großteil der Versorgung. Die Kolleginnen und Kollegen können auch verschiedene Arbeitszeitmodelle umsetzen. Die Praxen sind viel besser als ihr Ruf und die Kolleginnen und Kollegen können selbstbestimmt arbeiten. Allerdings sollten ihre Leistungen angemessener honoriert werden.

### **Wir brauchen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.**

Die Weiterentwicklung von O&U wird nicht ohne Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gehen, etwa durch mehr partnerschaftliche Selektivverträge, denen ein gemeinsames Verständnis von den Aufgaben und Zielen der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung zugrunde liegt. Bei Selektivverträgen liegt das Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen, nicht beim Arzt, weil Leistungen nach festen Beträgen erstattet werden, nicht nach wechselnden Punktwerten, und weil auch Vorhalteleistungen angemessen honoriert werden.

### **FAZIT:**

Wir werden Vorschläge für gut definierte sektorenübergreifende Versorgungsmodelle entwickeln und dabei immer die optimale und hochqualitative Versorgung der Patienten im Blick haben. Dazu brauchen wir Planungssicherheit in monetärer und juristischer Hinsicht. Wir brauchen eine Reform von EBM und GOÄ, eine Reform des DRG-Systems, eine Entbudgetierung der Grundleistungen sowie Rechtssicherheit bei den verschiedenen Kooperationsformen. Wir werden zudem mehr in die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Assistenzberufe investieren, vor allem muss das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie für junge Kolleginnen und Kollegen in Praxis und Klinik attraktiver ausgerichtet werden. Dringend notwendig ist ein immer wieder angemahnter Abbau der Bürokratie, auch mithilfe der Digitalisierung. Wir werden uns auch noch intensiver für den Arztberuf als freien Beruf in Praxis und Klinik einsetzen.

### Literatur:

- [1] Petzold T et al. Orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung bis 2050. Der Orthopäde 2016; 45:167-173
- [2] [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_Kurzfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf)
- [3] <https://www.tk.de/tk/archiv/im-september-2017/btw17-hybrid-drg/959922>

- [4] Psczolla M. et al. Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. De Gruyter Verlag; 2017. ISBN 978-3-11-053433-7
- [5] [https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Umfragen/2015-02-13\\_Medizinstudium2020-Plus.pdf](https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2015-02-13_Medizinstudium2020-Plus.pdf)
- [6] <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html>
- [7] Münzberg M et al. Wie viel Nachwuchs braucht das Land? Eine aktuelle Datenerhebung zur Anzahl der Ärzte in Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie. Der Unfallchirurg 2017; 120: 355–362

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert  
Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und  
Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos  
Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der  
Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin



Professor Dr. Dr. Werner Siebert studierte Humanmedizin an der Technischen Universität München, promovierte 1982 im Fach Psychiatrie an der Technischen Universität München, war an der LMU München Klinikum Großhadern und der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen seiner Ausbildung tätig. 1991 habilitierte er im Fach Orthopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover. 1992 war er als Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ASG-Fellow) im Ausland tätig. Leitender Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Orthopädie bis 1994. Seit 01.07.1994 Ärztlicher Direktor der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel sowie Professor für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Philipps-Universität in Marburg. Seit 1997 Lehrbeauftragter der Universität Kassel im Bereich Sportmedizin.

Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, für Spezielle Orthopädische Chirurgie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin und für Orthopädie-Rheumatologie. Neben zahlreichen Zusatzbezeichnungen, zum Beispiel auch MRT-fachgebunden, führt er außerdem noch einen Master of Business Administration (MBA) für Krankenhausmanagement.

Professor Dr. Dr. Werner Siebert ist Ehrenmitglied zahlreicher internationaler Fachgesellschaften, Mitglied der Akademie der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE), Mitglied der American Association of Hip and Knee Surgeons (AAHKS) und International Fellow der American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS). Er war Präsident der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU), Präsident der European Hip Society (EHS) und Kongresspräsident der Deutschen Kniegesellschaft (DKG) und ist langjähriges Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Er pflegt seit vielen Jahren enge Beziehungen zu den Kollegen der südamerikanischen Orthopädie und Unfallchirurgie und ist Präsident der Deutsch-lateinamerikanischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DLGOU). Im Jahr 2018 dient er der DGOOC und DGOU als Präsident und ist damit gleichzeitig Kongresspräsident des DKOU für die DGOOC und DGOU im Jahr 2018.

*Pressekonferenz zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)  
Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der minimalinvasiven Gelenkschirurgie, einschließlich arthroskopischer Techniken, und der Endoprothetik an Hüfte und Knie sowie im Bereich der komplexen Revisionsoperationen in der Endoprothetik sowie in der Registerforschung mit der Besonderheit eines seit mehr als 20 Jahren bestehenden hauseigenen Endoprothesenregisters in der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel.

## **Curriculum Vitae**

Univ.-Professor Dr. med. Joachim Windolf  
Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident  
der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am  
Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-  
Heine-Universität Düsseldorf



\* 1960

Professor Dr. Joachim Windolf ist seit Januar 2018 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 2005 Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. In der Zeit zwischen 2008–2016 war er Dekan der Medizinischen Fakultät. Professor Windolf war von 2005–2011 Leiter für die Sektion Handchirurgie und von 2012–2015 Schatzmeister der DGU. 2013 leitete er als Kongresspräsident den 54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH).

### **Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte**

Posttraumatische Immunfehlregulation  
Frakturheilung im knöchernen Defekt-/Infektmodell  
Versorgungsforschung  
Polytraumaversorgung  
Handchirurgie

### **Klinischer Werdegang**

Seit 2005	Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf
2001–2005	Stellvertretender Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
1999–2001	Kommissarische Geschäftsführung der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt
1986–1999	Assistenzarzt und Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt



### **Akademischer Werdegang**

Seit 2005	Universitätsprofessur der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2001–2005	Universitätsprofessur des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
1996	Habilitation im Fach Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
1986	Promotion im Fach Radiologie an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
1979–1985	Studium der Humanmedizin an der an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

### **Fachqualifikationen**

2017	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie
2006	Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie
2006	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
1997	Zusatzbezeichnung Handchirurgie
1995	Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
1993	Fachkundenachweis Rettungsdienst
1993	Facharzt für Chirurgie

### **Mitgliedschaften und Ehrenämter**

2018	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Seit 2017	Hochschulrat der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2013	Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
Seit 2013	Beirat der AOTrauma Deutschland
2012–2015	Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Seit 2012	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2008–2016	Dekan der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Seit 2008	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
2005–2011	Leiter der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2005–2009	(DRG)-Beauftragter und Leiter der DRG-AG der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
1998–2005	Mitglied der Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen

**Weitere Mitgliedschaften**

Akademie der AOTrauma Deutschland

Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie (DAHTH)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)

Kooperatives Rheumazentrum Rhein-Ruhr

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)

Vereinigung der Nordwestdeutschen Chirurgen

Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

## Curriculum Vitae

Dr. med. Gerd Rauch

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

\* 1959



## Beruflicher Werdegang:

Medizinstudium an den Universitäten Kiel und Göttingen,  
Sportstudium an der Universität Kiel

## Facharztausbildung:

1984–1985	Innere Medizin an der Medizinischen Universität Lübeck
1985	Promotion
1985–1988	Unfall- und Allgemein Chirurgie Universitätsklinik Marburg
1988–1993	Orthopädie, Funktionsoberarzt Universitätsklinik Marburg
1992	Facharzt für Orthopädie
Seit 1993	selbstständiger Niedergelassener Orthopäde und Belegarzt
Seit 1993	H-Unfallarzt und Gutachter für die Berufsgenossenschaften
Seit 04/2011	D-Arzt der Berufsgenossenschaften
1986	Sportmedizin
1987	Notfallmedizin/ Rettungsmedizin
1993	Physikalische Therapie
1997	Zusatzbezeichnung Spezielle Orthopädische Chirurgie
2000	Vollausbildung Akupunktur der Forschungsgruppe Akupunktur
2003	Spezielle Schmerztherapie
2005	Osteologe des Dachverbandes der Osteologie (DVO), Schwerpunktpraxis für Osteologie
2006	Zusatzbezeichnung Akupunktur
2007	Anerkennung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2008	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie
2008	Zusatzbezeichnung fachgebundene Magnetresonanztomografie
2008	Zusatzbezeichnung fachgebundene Röntgendiagnostik – Skelett
2015	Anerkennung zum hygienebeauftragten Arzt

Seit 2003	stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden in Hessen
Seit 07/2010	Landesvorsitzender des Berufsverbandes für Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) Hessen und stellvertretender Bezirksvorsitzender Kassel
Seit 2008	Aufsichtsratsmitglied der DOXS-Ärztegenossenschaft Nordhessen
Seit 1994	Mannschaftsarzt 1. Bundesligahandballmannschaft MT Melsungen
Seit 2000	Betreuung der 2. Bundesligamannschaft Kirchhof
Seit 2009	Betreuender Arzt des Hessischen Leichtathletikverbandes für Nordhessen Mitglied des KBV-Ausschusses – Ständige Gebührenkommission nach § 52
Seit 2011	Mitglied der Gemeinsamen BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände (GBK) – BDC, BVOU, DGOU Bereichsleiter Orthopädische Chirurgie, Agaplesion Diakoniekliniken Kassel

**Zusatzqualifikationen:**

- Spezielle orthopädische Chirurgie  
Ausbilder/Instruktor für die Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie
- Arthroskopieur der Deutschsprachigen Gesellschaft für Arthroskopie (AGA)  
Chirotherapie, Schmerztherapie, Akupunktur, BG-Unfallarzt, Belegarzt Dr. Koch Klinik  
Sportmedizin, Kinderorthopädie, Physikalische Therapie
- Zertifizierter Fußchirurg der Deutschen Gesellschaft für Fußchirurgie
- Moderator Qualitätszirkel: Chronische Schmerzen, Akupunktur und Rheumatologie
- Komoderator Qualitätszirkel: Osteologie Nordhessen
  
- Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet „Orthopädie und Unfallchirurgie“
- Weiterbildungsermächtigung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

**Mitglied unter anderem folgender Fachgesellschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOT)
- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Mitglied der Arbeitsgruppe BG der Berufsverbände vom (BVOU)
- Amerikanische Assoziation für Orthopädische Chirurgie (AAOS)
- Deutsche Gesellschaft für Fußchirurgie (DGFF)

- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden (VSOU)
- Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
- Bundesverband für ambulantes Arthroskopieren (BVASK)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS)
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin
- Orthopädische Gesellschaft für Osteologie e.V. (OGO)
- Vorsitzender der Arthroskopie-Kommission der KV Hessen
- Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin
- Forschungsgruppe Akupunktur
- Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- BVOU - DKOU-Kongress-Präsident 2018

**Mannschaftsarztstätigkeit:**

Seit 1994	Betreuung der Handballbundesligamannschaft MT Melsungen
Seit 2009	Betreuung 2. Bundesligamannschaft SG 09 Kirchhof Damen
Seit 2008	Betreuungsarzt Hessischer Leichtathletikverband Nordhessen