

## **Abschluss-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)**

Freitag, 23. Oktober 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr

ICC Berlin, Funkturlounge

### **Themen und Referenten:**

#### **Kompetenznetze in Orthopädie und Unfallchirurgie:**

##### **Fachkompetenz steigern durch Spezialisierung**

Dr. med. Siegfried Götte, Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU); 1. Vorsitzender der Stiftung Akademie Deutscher Orthopäden, Berlin

#### **Fazit/Ergebnisse des Kongresses**

Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther, Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC), stellvertretender Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

#### **Nationales Endoprothesenregister**

Professor Dr. med. Joachim Hassenpflug, Direktor der Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum, Schleswig-Holstein Campus Kiel

#### **Nachwuchsförderung in Orthopädie und Unfallchirurgie**

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinik der RWTH Aachen

#### **Was machen Orthopäden und Unfallchirurgen um die Patientensicherheit zu erhöhen?**

Professor Dr. med. Hartmut R. Siebert, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Schwäbisch Hall

#### **Traumanetzwerk**

Professor Dr. med. Hans Zwipp, Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

#### **Kontakt für Journalisten:**

Pressestelle

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Silke Jakobi/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-163

Fax. 0711 8931-167

E-Mail: [jakobi@medizinkommunikation.org](mailto:jakobi@medizinkommunikation.org)

[www.orthopaedie-unfallchirurgie.de](http://www.orthopaedie-unfallchirurgie.de)

**Abschluss-Pressekonferenz anlässlich des  
Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)**

Freitag, 23. Oktober 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr

ICC Berlin, Funkturlounge

**Inhalt:**

**Redemanuskripte:**

Dr. med. Siegfried Götte

Professor Dr. med. Joachim Hassenpflug

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Professor Dr. med. Hartmut R. Siebert

Professor Dr. med. Hans Zwipp

Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther

**Curriculum Vitae der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

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

**Kontakt für Journalisten:**

Pressestelle

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Silke Jakobi/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-163

Fax. 0711 8931-167

E-Mail: [jakobi@medizinkommunikation.org](mailto:jakobi@medizinkommunikation.org)

[www.orthopaedie-unfallchirurgie.de](http://www.orthopaedie-unfallchirurgie.de)

## **Kompetenznetze in Orthopädie und Unfallchirurgie: Fachkompetenz steigern durch Spezialisierung – Sinn und Zweck von Kompetenznetzwerken Orthopädie/Unfallchirurgie**

Dr. med. Siegfried Götte

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), 1. Vorsitzender der Stiftung Akademie Deutscher Orthopäden, Berlin

Gesundheitsreform und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz stellen die gesamte Ärzteschaft vor neue Herausforderungen: Behandlungsqualität muss nicht nur sichergestellt, sondern auch transparent gemacht werden; Behandlungserfolg soll zunehmend messbar werden. Dazu bedarf es innovativer Strukturen, die für diese Entwicklung die Weichen stellen:

Das bundesweite Kompetenznetz Orthopädie/Unfallchirurgie (KOUC) auf Initiative des BVOU vernetzt Orthopäden und Unfallchirurgen in Praxis und Klinik vor dem Hintergrund sich ändernder Strukturen im Gesundheitswesen. Ziel ist mehr Transparenz der Leistungsstrukturen und neben hochwertiger Versorgung auch dauerhaft die Behandlungsqualität zu dokumentieren. Es trägt dazu bei, gute Verhandlungsergebnisse mit den Akteuren der Gesundheitspolitik zu erzielen, was langfristig nur durch Geschlossenheit innerhalb der Fachärzteschaft zu erreichen ist.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen mit dem Kompetenznetzwerk bedeutet Erfahrungsaustausch, Wissenszuwachs und -transfer für den einzelnen Facharzt, gerade aber auch zwischen fach- und hausärztlicher Versorgung und nichtärztlichen Leistungserbringern. Das KOUC wird zur Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Anwendung, Niedergelassenen und Klinikern. Regionale Verhandlungen mit Krankenkassen und der Selbstverwaltung sind erfolgreicher, weil Behandlungserfolg messbar und dokumentiert wird.

Das Kompetenznetz Orthopädie und Unfallchirurgie ist bundesweit flächendeckend mit regionalen bzw. lokalen Einheiten aufgestellt und an die sehr effektiven Organisationsstrukturen des BVOU angebunden. Die Mitgliedschaft im Kompetenznetz Orthopädie und Unfallchirurgie ist offen, von der Eigeninitiative der Teilnehmer abhängig und lediglich an die vertraglich dokumentierten Qualitätskriterien für die Patientenbehandlung gebunden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Oktober 2009

## **Nationales Endoprothesenregister**

Professor Dr. med. Joachim Hassenpflug

Direktor der Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum, Schleswig-Holstein Campus Kiel

### **1. das Problem**

Der künstliche Gelenkersatz ist eine der klassischen Operationen der Orthopädie. Die Vorhersagbarkeit und Dauerhaftigkeit der Ergebnisse macht ihn zu einer der erfolgreichsten rekonstruktiven Operationen in der modernen Medizin. Schmerzen, Funktionsstörungen und Bewegungseinschränkungen lassen sich bei vielen Erkrankungen so wirkungsvoll behandeln. Im Jahr 2007 wurden in der bundesweiten Qualitätssicherung 152 944 Hüftgelenks-Endoprothesen dokumentiert und 136 379 Knie-Endoprothesen gemeldet (BQS-Report 2007).

Die Leistungsfähigkeit der Kunstgelenke hat insgesamt ein sehr hohes Niveau erreicht. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass über 90 Prozent der Gelenke zehn Jahre und mehr funktionieren, ohne dass schwerwiegende Komplikationen eintreten.

Schmerzfreiheit und funktionelle Leistungsfähigkeit gestatten fast allen Patienten mit Endoprothesen wieder eine selbstbestimmte Lebensgestaltung, ohne dass sie auf fremde Hilfe oder gar Pflege angewiesen sind. Sekundäre Folgekosten werden so vermieden. Volkswirtschaftlich – also in der Gesamtbetrachtung – haben Kunstgelenke eine ausgesprochen günstige Kosten-Nutzen-Relation.

Die Ansprüche an die Funktionsfähigkeit eines eingebauten Kunstgelenkes nehmen inzwischen immer mehr zu, weil einerseits das erfolgreiche Verfahren bei immer jüngeren Patienten angewendet wird und andererseits die Lebenserwartung der Patienten ansteigt. Die Zahl der aufwendigen und kostenintensiven Wechseloperationen nimmt entsprechend immer weiter zu: im Jahr 2007 wurden 21 830 Hüft-Endoprothesen und 9 598 Knie-Endoprothesen gewechselt (BQS-Report 2007).

Durch technische Weiterentwicklungen wird die Vielfalt der verwendeten Endoprothesen immer größer. Systematische Informationen über Häufigkeit und Ursachen von Fehlschlägen und über die Länge der Nutzungsdauer von Endoprothesen liegen in Deutschland nicht vor. Die bisher erhobenen Daten gestatten nur Aussagen über kurzfristig eingetretene Komplikationen im Verlauf der stationären Behandlung. Eine langfristige Ergebnisqualität wird bisher nicht dokumentiert.

### **2. Ziele eines Endoprothesenregisters:**

Die Ergebnisqualität von Endoprothesen wird durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Einflussgrößen bestimmt. Hierzu gehören unter anderem die Perfektion der Operationstechnik, die Qualität von Material, Bauart und Verankerungstechnik der Prothese, die biologische Reaktion des umgebenden Knochens und das Verhalten der operierten Patienten.

Die Erfassung aller eingebauten und aller gewechselten Endoprothesen ist das wirksamste Verfahren um repräsentative Aussagen über die Ergebnisqualität der Endoprothetik, insbesondere über ihre Dauerhaftigkeit zu machen. Faktoren für den Erfolg oder Misserfolg der Operationen lassen sich herausarbeiten, um Behandlungsstandards zu verbessern und Behandlungskosten zu senken.

Ziele eines Endoprothesenregisters sind u.a.:

- **Patienten** über die Qualität der Versorgung zu informieren,
- **Kostenträgern** Transparenz über Behandlungsstandards zu ermöglichen,
- **Leistungserbringern** die eigene Qualität zu dokumentieren und den aktuellen Standards gegenüberzustellen,
- **wissenschaftlichen Fachgesellschaften** eine Informationsbasis für die Leistungsfähigkeit neuer Techniken und Implantate zu geben,
- **Herstellern** frühzeitige Rückmeldungen über potenzielle Probleme zukommen zu lassen
- **politischen Entscheidungsträgern und BfArM** eine flächendeckende Erfassung der Langzeitqualität ohne Dunkelziffer zu ermöglichen,
- **für alle Beteiligten** ein Frühwarnsystem zur Erkennung von Innovationsrisiken und Ergebnisdefiziten bei eingetretenen Qualitätsmängeln aufzubauen.

Darüberhinaus bietet ein solches Register genaue Informationen über die Verwendung verschiedener Prothesenkomponentenmaterialien und Techniken in der Hüft- und Kniegelenks-Endoprothetik. Es zeigt neue Trends und ermöglicht ein Vorhersagen von Entwicklungen. Die Leistungsfähigkeit verfügbarer Endoprothesen wird systematisch erfasst und dargestellt und bildet damit eine Grundlage für die epidemiologische Forschung, die Qualitätssicherung der Versorgungspraxis und die therapeutische Forschung.

### **3. deutsches Endoprothesenregister e.V.:**

Bereits in der Vergangenheit wurden seit 1997 vom Deutschen Endoprothesenregister e.V. über Jahre hinweg von 41 teilnehmenden Kliniken auf freiwilliger Basis Daten zu Ersteingriffen und Revisionseingriffen von Hüft- und Knie-Endoprothesen zusammengetragen. Aufgrund der Freiwilligkeit der Datenerhebung waren diese Angaben jedoch nicht repräsentativ für die gesamte Population und damit nicht verallgemeinerbar.

Die Datenerhebung für dieses Register ist inzwischen mit der flächendeckenden Erfassung von Struktur- und Prozessqualität durch die BQS eingestellt.

#### **4. Internationale Endoprothesenregister:**

Beispielhaft ist das skandinavische Endoprothesenregister, in dem zunächst seit 1979 nur Primäreingriffe dokumentiert wurden, später alle Primär- und Revisionseingriffe erfasst wurden. Nach schwedischem Vorbild wurden in Schottland, Ungarn und Rumänien Register aufgebaut, in jüngster Zeit auch in Australien (1999), Kanada (2001) und Großbritannien.

#### **5. Europäisches Endoprothesenregister:**

Das europäische Endoprothesenregister wird seit 1999 unter der Schirmherrschaft der EFORT aufgebaut. Es ist als Zusammenschluss der nationalen Register organisiert. Dänemark, Finnland, Norwegen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Türkei und Ungarn sind bereits Mitglieder. Frankreich, Österreich, England, Tschechien, Polen und Litauen werden wahrscheinlich folgen.

Erst eine solche Zusammenführung der nationalen Daten auf europäischer Ebene ermöglicht bei bestimmten Fragestellungen eine Überschreitung der Nachweisbarkeitsgrenze von Komplikationen.

#### **6. Aktueller Stand:**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) erneut ihrer Forderung nach einem nationalen Endoprothesenregister Nachdruck verliehen und ist an die entsprechenden Gremien in Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung herangetreten.

Bei der Errichtung eines nationalen Endoprothesenregisters sollten verschiedene Eckpunkte berücksichtigt werden:

Eine flächendeckende Rekrutierung durch Nutzung der BQS-Meldestrukturen ist anzustreben. Das Datenset für das Endoprothesenregister sollte möglichst klein gehalten werden. Die kompensatorische Verringerung der bisher für die externe BQS-Qualitätssicherung erhobenen Datensätze ist intensiv zu prüfen und anzustreben, insbesondere mit Blick auf erfahrungsgemäß sinnvolle und realistische Qualitätsindikatoren. Eine weitere Belastung der Leistungserbringer durch zusätzliche Dateneingabe bedeutet ansonsten eine erhebliche Gefährdung der Datenqualität, wie sie bereits heute bei vielen Angaben in der externen Qualitätssicherung Endoprothetik zu beobachten ist. Um Doppeleingaben zu vermeiden, ist eine Anbindung an die gebräuchlichen Klinikinformationssysteme erforderlich.

Interpretationen und Veröffentlichung der Daten sollte nicht ohne Einbindung und Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften erfolgen. Nur so kann eine solche fachspezifische Qualitätssicherung inhaltlich korrekt analysiert und gewertet werden. Die Dateninterpretationen sind regelmäßig fortzuschreiben.

Die Einbindung des nationalen Registers in das europäische Endoprothesenregister ist nachdrücklich anzustreben. Erst eine solche Zusammenführung der nationalen Daten auf europäischer Ebene ermöglicht bei bestimmten Fragestellungen eine Überschreitung der Nachweisbarkeitsgrenze von Komplikationen.

**Kernaussagen:**

1. Systematische Informationen über Häufigkeit und Ursachen von Fehlschlägen sowie über die Länge der Nutzungsdauer von Endoprothesen liegen in Deutschland bisher nicht vor.
2. Die große Zahl der eingebauten Kunstgelenke, circa 350 Tsd/Jahr, und die immer wieder auftretenden und auch in Zukunft zu erwartenden Serien von Fehlschlägen machen die Notwendigkeit einer umfassenden Dokumentation immer drängender.
3. Verwaltungs- und organisationsbedingte Aufschübe sind nicht länger hinnehmbar. Ein abgestimmtes Rahmenkonzept für eine Pilotphase liegt vor.
4. Die vollständige Erfassung aller eingebauten und aller gewechselten Endoprothesen ist das zuverlässigste Verfahren, um repräsentative Aussagen über die Ergebnisqualität der Endoprothetik, insbesondere über ihre Dauerhaftigkeit, zu machen. Eine zusätzliche Dokumentation subjektiver Erfolgsparameter ist im zweiten Schritt sinnvoll.
5. Nationale Endoprothesenregister tragen nur dann wirkungsvoll zur Qualitätsverbesserung bei, wenn Sachverstand und Erfahrung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften umfassend institutionalisiert eingebunden und in ihren qualitätssichernden Konsequenzen genutzt werden, ebenso die Erfahrungen der Industrie.
6. Das Einsparpotenzial durch vermiedene Revisionseingriffen ist wesentlich größer als der Aufwand für Einrichtung und Betreiben eines Endoprothesenregisters.

## Endoprothesenregister in Deutschland

- Implantationszahlen
- Registerstrukturen
- Ausblick

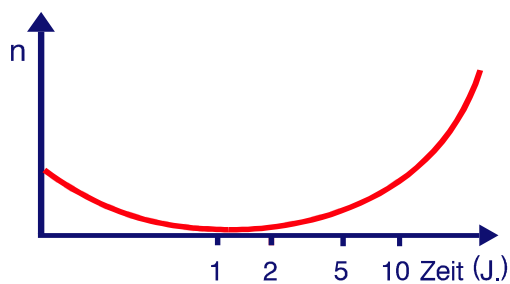


J. Hassenpflug  
DGOOC  
Klinik für Orthopädie,  
UK Schleswig-Holstein, Campus Kiel

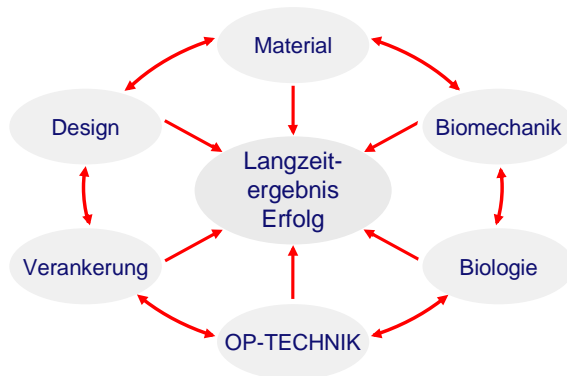
## ca. 370 Tsd. Endoprothesen / Jahr in Deutschland

- 153 Tsd. Hüftendoprothesen primär Revision 2,3%
- 21 Tsd. Wechselhöften Revision 6,8%
- 50 Tsd. Hüftfrakturen (ca.)
- 136 Tsd. Knieprothesen primär Revision 1,9%
- 9,5 Tsd. Wechselknie Revision 4,7%
- Bisher keine systemat. Analyse der Ergebnisqualität !!!!

## Häufigkeit von Fehlschlägen



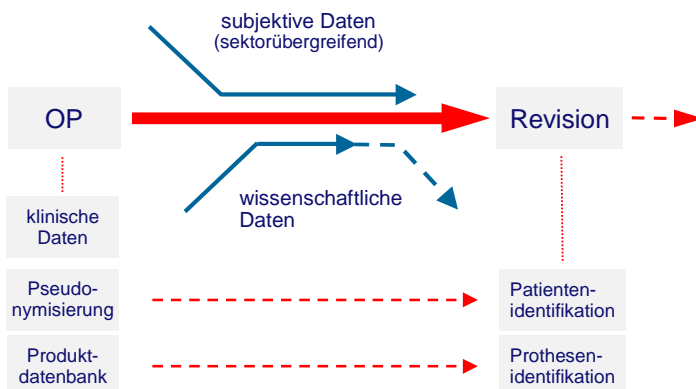
## Einflussfaktoren



## Konzeption Endoprothesenregister

- Jeder Einbau und Ausbau erfasst (BQS)
- Ein-/Ausbau verknüpfen (Pseudonymisierung, Trust Center!)
- Prothesenidentifikation (Produktdatenbank, Hersteller!)
- Zielkriterium: – Standzeit bis Revision  
– subjektive Parameter sektorübergreifend

## Datenfluss Endoprothesenregister





## Qualitätskontrolle



- Protheseneinbau
- Prothesenausbau

- „harte Daten“
- vollständige Erfassung

## Sektorübergreifend



- Funktion
- Beschwerden
- Befindlichkeit

- „weiche Daten“
- Dunkelziffer?



## Projektstatus Endoprothesenregister

- Rahmenkonzept liegt vor
- Ablauforganisation ist vorgeschlagen
- Produktdatenbank von Herstellern angeboten
- Datensatz „Hüfte“ vorbereitet
- Auswertungsschritte in der Diskussion
  
- Wechsel des beauftragten Instituts



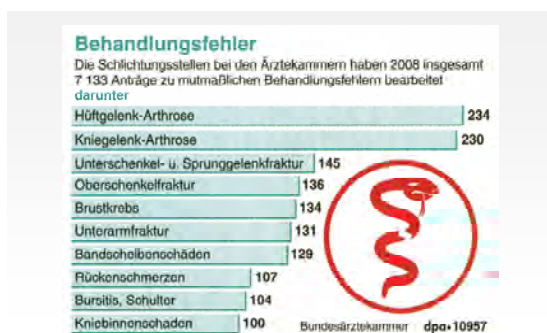
## Revisionsrate Hüftprothesen

- Schweden: 1979 – 2003 halbiert  
aktuell 11,2%
- Finnland: 1980 – 2000 12% → 20%  
aktuell 16,9%



## Einsparpotenzial durch Endoprothesenregister

	Kosten/Jahr	Sparpotential im 3. J.
▪ <b>HVP</b> 21 Tsd. Wechsel	ca. 210 Mio EUR	21 Mio (-10%)
prim. Revis. 3,5 Tsd.	35 Mio EUR	9 Mio (-25%)
▪ <b>KVP</b> 9,5 Tsd. Wechsel	95 Mio EUR	9 Mio (-10%)
prim. Revis. 2,6 Tsd.	26 Mio EUR	6 Mio (-25%)
	<b>366 Mio EUR/J.</b>	<b>- 45 Mio im 3. J.</b>



aus Kieler Nachrichten: 12. Juni 2009

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, Oktober 2009

## **Nachwuchsförderung in Orthopädie und Unfallchirurgie**

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinik der RWTH Aachen

In den chirurgischen Fächern herrscht Nachwuchsmangel. Hohe Arbeitsbelastung, überbordende Bürokratie, mangelndes Verständnis der Vorgesetzten, mangelhafte Anleitung, so heißt es, sind die wesentlichen Gründe dafür, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte anderen Berufsfeldern zuwenden oder Deutschland ganz den Rücken kehren. Die Enttäuschung beginnt bereits bei den PJ-Studenten: Um die Assistenzärzte/Innen zu entlasten, müssen sich diese überwiegend bürokratischen Aufgaben widmen, um ihre hauptamtlichen Kolleg/Innen zu entlasten.

Auch Orthopädie und Unfallchirurgie sind davon betroffen. Dieses hat nicht nur mit der „allgemein gefühlten Unzufriedenheit“, sondern auch mit den speziellen Anforderungen zu tun, die mit der Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie im Jahr 2003 zu einem Fach und der Schaffung eines gemeinsamen Facharztes entstanden sind. Die Nachwuchsförderung in Orthopädie und Unfallchirurgie hat daher in verschiedenen Ebenen anzusetzen:

- Im Bereich der Organisation von Weiterbildungskonzepten, die dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie gerecht werden: Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hilft bei allen Fragen zur Weiterbildung, analysiert Schwachstellen und tritt in Verhandlungen mit den zuständigen Ärztekammern ein. Hierzu wurden Vertreter der Ärzte in Weiterbildung und der Oberärzte in die Vorstandsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie integriert. Das „Junge Forum“ hat z.B. eine Stellenbörse entwickelt, die Lücken im erforderlichen Weiterbildungsprogramm schließen kann.
- Eine Zusammenarbeit besteht auch mit Vertreterinnen der Frauen in Orthopädie und Unfallchirurgie, da die Feminisierung des Arztberufes auch in den chirurgischen Fächern voranschreitet und daher zukunftsweisende Strukturen und Arbeitszeitkonzepte gefordert sind.
- Medizinstudentinnen und -studenten sollen für die operativen Fächer und insbesondere Orthopädie und Unfallchirurgie begeistert werden. Viele sind manuell besonders geschickt und möchten ihre besonderen Fähigkeiten weiter entwickeln. Die DGOU spricht mit verschiedenen Programmen Studenten aus ganz Deutschland an, um ihnen das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie näher zu bringen:
  - In der Summer School wird Studenten das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie nahe gebracht, indem sie mit den Grundlagen vertraut gemacht werden.

- Kongressstipendien für Studenten sollen Interessierten die Breite des gesamten Faches Orthopädie und Unfallchirurgie während des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin darstellen.
- Unterstützung für Reiseprogramme von Promovierenden im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie runden das Projekt ab.

Die große Resonanz auf die Programme zeigt, dass die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie die richtigen Wege beschritten hat, um den Nachwuchs zu fördern und für das Fach zu begeistern.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Oktober 2009

## **Was machen Orthopäden und Unfallchirurgen um die Patientensicherheit zu erhöhen?**

Professor Dr. med. Hartmut R. Siebert

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Schwäbisch Hall

Unter Fehler ist das Eintreten von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen bei der Umsetzung eines Behandlungsplanes definiert. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2007 festgestellt, dass 170 000 Behandlungsfehler pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland auftreten, wobei 17 000 mit Todesfällen verbunden sind. Differenziertere Auswertung zur Art von Behandlungsfehlern und Komplikationen in den verschiedenen Bereichen der Medizin, hier im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, ergeben sich aus der Publikation der Bundesärztekammer, hier Bericht der Schlichtungsstelle, zuletzt publiziert im Mai 2009. In einem Zeitraum von fünf Jahren hat die Norddeutsche Schlichtungsstelle in 13 330 Fällen entschieden. Unter den zehn häufigsten Diagnosen sind neun aus dem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Die häufigsten Fehler finden sich in der Diagnostik (bildgebende Verfahren) sowie perioperativ.

Komplexe Arbeitsabläufe mit einem hohen Grad der Abhängigkeit von spezialisierter, störungsanfälliger Technik, die große Zahl nicht vorhersehbarer, aber trainierbarer Situationen, der große Zeitdruck mit einer erheblichen Arbeitsverdichtung, die mit der Einhaltung des Arbeitszeitregelungsgesetzes verbundene „Schichtung“ ärztlicher Leistungen und der damit verbundenen Fehlerquelle einer unvollständigen Informationsübergabe sowie die durch Röntgen-Bild und äußere Inspektion leichtere „Nachweisbarkeit“ von Fehlern sind Gründe für die „Spitzenstellung“ von Orthopädie und Unfallchirurgie bei dem Auftreten von unerwünschten Ereignissen und Fehlern.

Konkret sind in Orthopädie und Unfallchirurgie seit Jahren Maßnahmen zur Vermeidung eingeführt und Bestand verschiedener Schulungsmaßnahmen, wie:

- die von der WHO empfohlenen Maßnahmen zur Prävention der Verwechslung des Eingriffortes und Eingrifforgans
- „der Auszeit“ vor Beginn des Eingriffs und am Ende des Eingriffs („time out“)
- der Vermeidung unbeabsichtigten Belassens von Fremdkörpern im Op-Gebiet (Zählkontrollen und Dokumentation),
- der anonymisierten, standardisierten und strukturierten Meldung von Beinahefehlern und kritischen Ereignissen (ZIRS)
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen,
- klinische Studien zur Darstellung der Komplikationen und ihrer Vermeidung.

Da Kommunikationslücken, Unachtsamkeit, Übermüdung und weitere „human factors“ zu 80 Prozent Ursache für das Eintreten von unerwünschten Ereignissen ausmachen, wird vermehrt in Schulungen und speziellen Kursen (Safe Trac Kurse der DGU) das Verhalten der im Team Arbeitenden unter bestimmten Stress-Situationen geschult. Dabei wurden die Erfahrungen des Sicherheitstrainings der Luftfahrt übernommen.

Während ein Großteil der oben dargestellten Maßnahmen zur Prävention seit Jahren zur Verfügung steht, ist die Umsetzung und Implementierung in den Einrichtungen flächendeckend in einem unterschiedlichen Prozentsatz erfolgt (exakte Daten hierzu fehlen). Die DGOU fordert deshalb die Verantwortlichen und die Geschäftsführungen von Kliniken und Krankenhäusern auf, ausreichend Raum, Zeit und Personal bereitzustellen, um im Rahmen des Risiko- und Qualitätsmanagements diese speziellen, Fehler vermeidenden Maßnahmen umzusetzen, interprofessionelle Schulungen jährlich durchzuführen und Dokumentation sowie Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen nachhaltig zu gewährleisten.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit dient neben den dargestellten internen qualitätssichernden Maßnahmen die flächendeckende, externe Qualitätssicherung, wie sie im Bereich der Schwerverletztenversorgung im TraumaRegister der DGU seit Jahren eingeführt ist. Im Rahmen der Gelenk ersetzenden Operationen dient das seit zehn Jahren von der DGOOC geforderte bundeseinheitliche zentrale Endoprothesenregister einer soliden externen Qualitätssicherung. Zusammen mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, in dem die DGOU partnerschaftlich mitarbeitet, muss es uns gelingen, aus einer „beschimpfenden und beschämenden Fehlerkultur eine transparente, alle Beteiligten einschließende Sicherheitskultur“ in der Medizin und speziell Orthopädie und Unfallchirurgie einzuführen und umzusetzen.

Fazit: Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit in der Behandlung von Patienten im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie werden seit Jahren in zunehmendem Maße und konkret dargestellt, die flächendeckende Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen müssen ebenso wie das Bewusstsein der Verantwortung nicht nur der Ärzte und des Pflegepersonals, sondern auch der Geschäftsführungen in den Kliniken nachhaltig verstärkt werden, um den so emotional aufgeheizten Umgang mit Fehlern in eine transparente, umfassende Sicherheitskultur zu überführen. Denn: „Fehler sind unvermeidbar, das Vermeiden von Fehlern ist aber lernbar!“

**Literatur/Links:**

- [www.aktionsbuendniss-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendniss-patientensicherheit.de)
- [www.bundesaertekammer.de](http://www.bundesaertekammer.de)
- [www.der.unfallchirurg.de](http://www.der.unfallchirurg.de) Springer Verlag 2009 Heft 1, 2, 3, 4 und 9
- Burhofer K., Ch. Lackner: Die SAFETRAC-Kursreihe der DGU zur Patientensicherheit.
- Der Unfallchirurg Heft 9, 2009
- [www.safe-trac.de](http://www.safe-trac.de)
- [www.qualitaetskongress-gesundheit.de](http://www.qualitaetskongress-gesundheit.de)

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Oktober 2009

## **Traumanetzwerk**

Professor Dr. med. Hans Zwipp

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),  
Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor,  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Seit August 2009 steht das Qualitätsmodul des TraumaRegisters der DGU allen am TraumaNetzwerk teilnehmenden Kliniken online zur Verfügung. Es dient mit insgesamt 40 Parametern der Qualitätsdokumentation im TraumaNetzwerk. Es ermöglicht nicht nur ein regelmäßiges Benchmarking mit anderen Kliniken im Netzwerk, sondern erlaubt den Teilnehmern auch, kurzfristig therapeutische Maßnahmen abzugleichen und zu verbessern. Am TraumaRegister sind 113 Kliniken aus Deutschland, Österreich, Belgien, den Niederlanden und der Schweiz beteiligt. Es sind derzeit die Daten von über 30 000 Patienten mit einem durchschnittlichen ISS (Injury Severity Score) von 23 Punkten gespeichert. Die am TraumaNetzwerk® der DGU teilnehmenden Kliniken verpflichten sich, das Forschungsprogramm zu erfüllen und Qualitätskriterien nach den vereinbarten Standards zu gewährleisten. Hauptziel des TraumaRegisters und des TraumaNetzwerkes sind Verbesserungen in der Versorgung des Schwerverletzten.

Im TraumaNetzwerk® der DGU waren bis zum 1. Jahreskongress in Marburg am 28. März 2009 bereits 715 teilnehmende Kliniken in bundesweit 42 aktiven TraumaNetzwerken etabliert. 62 Kliniken hatten bereits seit Beginn der Zertifizierung im September 2008 erfolgreich das Audit zur Erfüllung der Kriterien laut Weißbuch der DGU erhalten. Das 3-stufige TraumaNetzwerk-Modell mit Untergliederung in regionale und überregionale Traumazentren sowie der Basisversorgung Schwerverletzter in lokalen Traumazentren soll eine Matrix für das künftige Qualitätssicherungssystem auch für die Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherungen (DGUV) sein.

Anhand der Datenauswertung an bislang 42 auditierten Kliniken fand sich in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von DIOZert, dass in 70 Prozent ein Schockraum-Management-Qualitäts-Zirkel eingerichtet worden war, gefolgt von der Einführung von klar strukturierten Schockraum-Algorithmen (68 Prozent) und interdisziplinären Behandlungspfaden (63 Prp). Im Bereich der apparativen Schockraumausstattung wurde überwiegend die Einführung bzw. Vorhaltung von Notfallsieben (43 Prozent) für Thorakotomie, Kraniotomie, Laparotomie etc. genannt. Die Installation einer Röntgenanlage war in immerhin 13 Prozent, die eines CT's in nur noch 5 Prozent aller Fälle als notwendige Investition bzw. Neustrukturierung genannt worden. Weitere prospektive Erfassungen laufen gleichzeitig zur Anwenderzufriedenheit der teilnehmenden Ärzte, das Rettungspotenzial und die Pflegekräfte innerhalb des TraumaNetzwerkes DGU.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Oktober 2009

## **Fazit/Ergebnisse des Kongresses**

Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC), stellvertretender Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Das diesjährige Programm des Orthopäden- und Unfallchirurgenkongresses zeigt eine Vielzahl eindrucksvoller medizinischer Beiträge, die von innovativer Grundlagenforschung bis zur erfolgreichen klinischen Prüfung von Behandlungskonzepten reichen. Experimentelle Arbeiten zum Einfluss **regenerativer Medizin** (Stammzellen, Tissue Engineering und Wachstumsfaktoren) auf die Behandlungsverläufe bei Erkrankungen und Verletzungen der Bewegungsorgane zeigen ein hohes Potenzial dieser Verfahren. Demzufolge werden diese Therapieprinzipien in ersten klinischen Studien geprüft.

Minimalinvasive Operationsverfahren in Unfallchirurgie und Orthopädie (zum Beispiel beim Gelenkersatz und der Versorgung komplexer Knochenbrüche) zeigen, dass mit gewebeschonendem Vorgehen verbesserte funktionelle Ergebnisse erzielt werden können. Dazu kann in Einzelfällen auch computerbasierte Navigation eine wertvolle Unterstützung geben.

In der Führung von Patienten mit **schwersten Behinderungen und Mehrfachverletzungen** wird immer deutlicher, dass die komplexen Schädigungen einen aufwendigen Behandlungsansatz unter Einbindung vieler Disziplinen erfordern. Dabei bildet die Vergütung den entstehenden Kostenaufwand bei adäquater Behandlung nicht immer ausreichend ab. Dies zeigt sich beispielhaft in der zunehmend anspruchsvollen Versorgung von geriatrischen Patienten mit Unfallfolgen oder von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. In beiden Bereichen sind Behandlungserfolge nur unter Einbindung maximal qualifizierter Ärzte und interdisziplinär besetzter Behandlungsteams zu erreichen. Deshalb ist die Versorgung oft an Zentren mit komplexem Leistungsangebot gebunden.

**Weitere Kongresshöhepunkte** sind die gemeinsame Diskussion der Versorgung von Erkrankungen bzw. Verletzungen von Fuß und Hüfte mit unterschiedlichen europäischen Fachgesellschaften sowie die Sitzungsblöcke zu den Auswirkungen häuslicher Gewalt, Knochenstoffwechselstörungen und der Versorgung von Tumorerkrankungen. Auch wurde in vielen Veranstaltungen die mittlerweile sehr differenzierte konservative Therapie von Schmerzerkrankungen am Bewegungsapparat gründlich beleuchtet. In diesem Zusammenhang ist die Vorstellung der nationalen Versorgungsleitlinie „Rückenschmerz“ ein besonderer Höhepunkt.

Am Schlußtag des Kongresses findet ein **Patiententag „Arthrose“** in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rheuma-Liga Berlin statt. Dabei wird ein strategischer Schwerpunkt des Kongresses „Der informierte Patient“ in Zusammenarbeit der Fachgesellschaften und der Patientenvereinigung unmittelbar umgesetzt.

Auch außerhalb der krankheitsbezogenen Themen werden **„heiße Eisen“** angepackt: So diskutieren beispielsweise im Forum „Implantatsicherheit“ Vertreter der Ärzteschaft, der Implantathersteller und der Behörden über Gründe für Implantatversagen, einheitliche Meldeverfahren und Optimierungspotenzial. Auch in diesem Zusammenhang wurde wieder einmal deutlich, dass die Einrichtung eines nationalen Endoprothesenregisters und die weitere Förderung von Traumaregistern ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im muskuloskeletalen Versorgungsbereich sind.

Ein besonderer Programmschwerpunkt lag in diesem Jahr auf der **Nachwuchsförderung**: Mit Sitzungen zu „Forschung und Krankenversorgung im Spagat“, Schulungsangeboten für Nachwuchsforscher und direkter Einbindung der Ansprechpartner von großen Organisationen der Forschungsförderung versuchen wir, konkrete Unterstützung gerade für Berufsanfänger und junge Ärzte zu geben.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Oktober 2009

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Siegfried Götte

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU),  
1. Vorsitzender der Stiftung Akademie Deutscher Orthopäden, Berlin



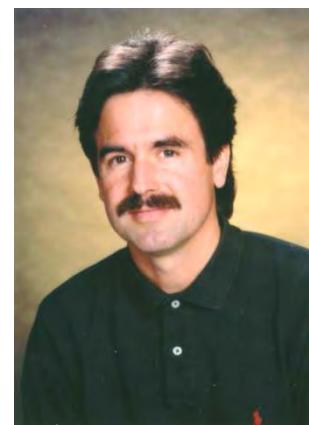
## **Beruflicher Werdegang:**

- 1968–1974 Studium der Medizin in Marburg und München
- 1974 Staatsexamen
- 1974–1981 Medizinalassistentenzeit und Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie in München
- 1975 Promotion
- 1981 Niederlassung als Orthopäde in München
- 1993 Präsident der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie  
Vorstandsmitglied der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden  
Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie
- 1996 Sprecher der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände in Bayern
- 1997 2. Vorsitzender der GFB Bayern  
Mitglied REKO Südbayern
- 1998 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie  
Mitglied des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Osteologie
- 1999 Stellvertretender Vorsitzender der Sektion Osteologie der DGOOC
- 2000 Stellvertretender 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie
- seit 2000 Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- 2001 Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- 1998–2002 Osteologiekongress-Co-Präsident
- seit 2001 1. Vorsitzender der Stiftung Akademie Deutscher Orthopäden
- seit 2006 Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), BVOU-Präsident des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2008 Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- seit 2008 EFORT-Delegierter des BVOU
- 2009 Ehrenpräsident der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC), stellvertretender Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden



### **Beruflicher Werdegang:**

<b>Studium:</b>	1978–1985	Humanmedizin, Universität München (LMU), University of California (UCLA und USCF)
<b>Akademische Titel:</b>	1986	Promotion (LMU München)
	1997	Habilitation und Venia Legendi für das Fach Orthopädie (Med. Fakultät der Universität Ulm)
	2001	Berufung auf C4-Professur für Orthopädie an der Med. Fakultät der Technischen Universität Dresden
<b>Berufslaufbahn:</b>	1985–1988	Assistenzarzt Chirurgie Klinikum Traunstein
	1988–1989	Wiss. Mitarbeiter Orthopädische Universitätsklinik Zürich
	1989–2002	Assistenzarzt, Oberarzt (ab 1992) und erster Oberarzt (ab 1996) bzw. Leitender Oberarzt (ab 2000) an der Orthopädischen Klinik der Universität Ulm
	seit 2002	Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik an der Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden

### **Wissenschaftliche Schwerpunkte:**

Klinische Epidemiologie degenerativer Gelenkerkrankungen mit

- Ursachen- und Verlaufsforschung von Hüft- und Kniegelenkarthrosen
- Stellenwert gelenkerhaltender Operationstechniken bei Hüftdeformitäten
- Versorgungsforschung bzw. Outcome-Forschung Gelenkersatz

Knochenregeneration und Knochenersatz

- In-vitro- und tierexperimentelle Untersuchungen zum Implantatremodelling
- zellbiologische, tierexperimentelle und klinische Studien zum Potenzial von Tissue-Engineering und Stammzell-Applikation bei Knochendefekten

**Ausgewählte Tätigkeiten und Positionen:**

- |           |  |
|-----------|--|
| seit 1998 | Mitglied im Steering-committee „Hip and Knee Osteoarthritis“ der European League against Rheumatism (EULAR)  |
| seit 1998 | Tätigkeiten für Fachzeitschriften als Beiratsmitglied (Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, Der Orthopäde) und Mitherausgeber (Techniques in Orthopaedics, Orthopädie und Unfallchirurgie up2date, Journal of Childrens Orthopaedics) |
| 2002      | Gestaltung des Berichtskapitels „Arthrose“ im Gesundheitsbericht der Bundesregierung   |
| seit 2003 | Vorstandsmitglied der European Federation of Nat. Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT)  |
| seit 2003 | Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)  |
| seit 2004 | Mitglied im Advisory Panel von “Longterm Healthcare Business Briefing Reports” (Business Briefing Ltd)   |
| seit 2004 | Mitglied im Steering committee der OMERACT/OARSI-Arbeitsgruppe “Outcome measures in osteoarthritis”  |
| seit 2004 | Mitglied im Prüfungsausschuss und -kommissionen der Landesärztekammer Sachsen  |
| seit 2005 | Vorstandsmitglied in der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)  |
| seit 2006 | Gutachter für BMBF und DFG sowie das Schweizerische Nationale Forschungsprogramm   |
| 2009      | Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)   |
| 2009      | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)  |
| 2009      | Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)   |

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Joachim Hassenpflug  
Direktor der Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein Campus Kiel

\* 1949



### **Beruflicher Werdegang:**

Medizinstudium in Kiel und Zürich

- |      |   |
|------|---|
| 1987 | Habilitation über Kniescheibenprobleme beim künstlichen Kniegelenkersatz.   |
| 1990 | Kommissarische Leitung der Klinik für Orthopädie am UKSH Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Seit 1995 Direktor der Klinik |
| 2003 | Präsident der Norddeutschen Orthopädenvereinigung   |
| 2007 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)                                 |

### **Arbeitsschwerpunkte:**

Im Bereich der klinischen Outcome-Forschung, computergestützte Operationen, gelenkerhaltende Korrekturosteotomien, Endoprothetik und Biomechanik

Biesalski-Preisträger sowie ASG Travelling Fellow der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie (DGOOC)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard  
Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für  
Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Direktor der Klinik und  
Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinik der RWTH Aachen

\*1945



## **Beruflicher Werdegang**

### *Studium*

1964–1966	Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin
1967	Universität Göttingen
1968–1970	Freie Universität Berlin

### *Klinischer Werdegang*

1971–1973	Chirurgische Weiterbildung (Chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Salzgitter, Professor Dr. Ostapowicz)
1974–1977	Orthopädische Weiterbildung (Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, Professor Dr. Cotta)
1977	Facharzt für Orthopädie
1977–1984	Oberarzt
1984–1991	Stellvertretender Klinikdirektor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg
1991–1996	Abteilungsleiter: Leiter der Abteilung Orthopädie im Kindesalter mit Schwerpunkten rekonstruktive und stabilisierende Wirbelsäulen- chirurgie und technische Orthopädie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg
seit 4/96	Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

### *Wissenschaftlicher Werdegang*

1978	Habilitation
1984	apl. Professor

### **Herausgeberschaften:**

- Seit 1996 Schriftleiter der „Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete“, Thieme, Stuttgart
- Mitglied im Beirat der „Aktuellen Traumatologie“, Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Mitglied im Advisory Board der Zeitschrift „Spine“ Lippincott, Minneapolis
- Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Krankengymnastik“, Pflaum-Verlag, München
- Wissenschaftlicher Beirat der *Scientia paediatrica*, Madrid
- Mitglied im Beirat der „Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde“,
- Verlag Neuer Merkur, München
- Advisory Board des *Journals of Pediatric Orthopedics*, Raven Press
- 8. Advisory Board des *Journal of Bone and Joint Surgery*, Raven Press

### **Kongressorganisationen:**

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| 1981, 1987, 1988 und 1992 | Gemeinschaftskongresse der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg mit dem Zentralverband Deutscher Krankengymnasten e.V. (ZVK)  |
| 1986                      | neben Professor Cotta organisatorische Leitung des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin<br>Kongresspräsident der International Society for the Study of the Lumbar Spine |
| 1990/91                   | Ausrichtung des 18th Annual Meeting in Heidelberg vom 12. bis 16. Mai   |
| 1991                      | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie   |
| 2000                      | Deutscher Orthopädenkongress in Wiesbaden   |

### **Wissenschaftliche Ämter:**

- Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Vorstandsmitglied Berufsverband Deutscher Orthopäden (BVO)
- Vorstandsmitglied in der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)
- Mitglied der Zukunftskommission Orthopädie-Unfallchirurgie
- Vorstandsmitglied und Sprecher des ärztlichen Kuratoriums des Zentralverbandes Deutscher Krankengymnastik (ZVK)

- Wissenschaftlicher Beirat des Zentralverbandes Deutscher Krankengymnastik (ZVK)
- Präsident der CALAS (Computer Assisted Locormotor Aparatus Surgery)
- Vorstandsmitglied der European Pediatric Orthopaedic Society (EPOS)
- Vorstandsmitglied der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO)
- Vorstandsmitglied des Deutschen Endoprothesenregisters (DER)
- Beirat der Deutschen Sektion der Bone an Joint Decade (BJD)
- Gutachter der DFG
- Beiratsmitglied der Ars Arthro
- Vorsitzender der Otto Bock Stiftung
- Gutachter der OAQ (Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung der schweizerischen Hochschulen)

**Preise und Ehrungen:**

1979 Georg-Schmorl-Preis der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung

1982 Mitglied des anglo-amerikanischen Reiestipendiums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie

1983 Matthias-Hackenbroch-Preis der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V.

- Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Korrespondierendes Mitglied der American Orthopaedic Association

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Hartmut R. Siebert  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU);  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und  
Unfallchirurgie (DGOU); Schwäbisch Hall

\*1943



### **Beruflicher Werdegang:**

- 1965–1970 Studium der Humanmedizin in Berlin (Freie Universität) und Freiburg
- 1971–1972 Medizinal-Assistentenzeit Stuttgart / Koblenz
- 1972–1974 Chirurgische Weiterbildung Universität Tübingen (Professor Dr. L. Koslowski)
- 1974–1979 Fortsetzung Chirurgische Weiterbildung Universitätsklinikum Frankfurt/Main, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Klinik für Herz-/Thorax-, Gefäßchirurgie, Klinik für Urologie, Klinik für Unfallchirurgie, Klinik für Neurochirurgie
- 1979 Facharzt für Chirurgie
- 1979–1981 Weiterbildung Schwerpunkt Unfallchirurgie Universitätsklinik Frankfurt/Main, Professor Dr. A. Pannike
- 1981 Schwerpunkt Unfallchirurgie, Oberarzt der Abteilung für Unfallchirurgie Universitätsklinikum Frankfurt/Main
- 1970 Promotion
- 1981 Habilitation Fach Chirurgie, Venia Legendi
- 1984 AO-Reisestipendiat Vereinigte Staaten von Nordamerika
- 1986 APL-Professor, Medizinische Fakultät, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main
- 1988 Zusatzbezeichnung Handchirurgie, Physikalische Therapie
- 2007 Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatz-Weiterbildung spezielle Unfallchirurgie
- 1985–2008 Leiter der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall ([www.diaksha.de](http://www.diaksha.de))
- 1987 Gründungsmitglied Verband Leitender Unfallchirurgen Südwest, später Regional-Vorsitzender und 2. Bundesvorsitzender VLU bis 2001
- 1996–2001 Leiter der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- 1997–2002 Leiter des Berufsständischen Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

- 1996–2002     Leiter des Arbeitskreises Handchirurgie der Deutschen Sektion der AO International  
seit 1992     Regelmäßiger Einsatz als Chairman und Faculty Member Kurse der AO International  
              betr.: Allgemeine Unfallchirurgie und Handchirurgie in Deutschland, Südamerika,  
              Afrika, mittlerer und ferner Osten
- 1999–2004     Mitglied der gemeinsamen Zukunftskommission der Deutschen Gesellschaft für  
              Orthopädie / Orthopädische Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für  
              Unfallchirurgie als Vertreter Verband Leitender Unfallchirurgen
- 2002–2004     Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- 2003            Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- seit 2006      Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., Berlin
- seit 8.7.2008   Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.,  
              Berlin

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Hans Zwipp

Kongress-Präsident DKOU 2009; Präsident Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Ärztlicher Direktor, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

\* 1949



### **Beruflicher Werdegang:**

1969–1975	Studium der Veterinärmedizin, Theologie und Humanmedizin in Wien, Berlin, Bochum und Essen.
1975	Staatsexamen und Promotion zum Dr. med. an der Medizinischen Fakultät der Gesamthochschule Essen.
1975–1977	Medizinalassistent und Assistenzarzt am St. Vincenz-/Bethesda-Krankenhaus, Essen
1/1978–9/1993	Chirurgische Ausbildung und Tätigkeit an der M H H (Professor Dr. med. H. Tscherne).
September 1982	Facharzt für Chirurgie (MHH)
März 1984	Arzt für Unfallchirurgie (MHH)
Seit 7/1984	Oberarzt der Unfallchirurgischen Klinik (MHH)
Juli 1985	Venia legendi für Unfallchirurgie im (MHH)
1/1986	Arzt für Sportmedizin
12/ 1989	Apl.-Professur für Unfallchirurgie (MHH)
2/1993	Anerkennung als Arzt für Rettungsmedizin
7/1992–9/1993	Leitender Oberarzt der (MHH)
zum 1.10.1993	Berufung als C4-Professor für Unfallchirurgie auf den Lehrstuhl für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ Dresden
12/1995	Arzt für Handchirurgie
02/2006	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
seit 7/2007	Ärztlicher Direktor der Kliniken für Chirurgie

**Ehrungen und Akademische Positionen:**

- 1987 Hermann-Kümmel-Preis der NWD-Chirurgen
- 1988 Hans-Liniger-Preis der DGU
- 1994 Founding President of ESFAS, Dresden
- 1994–2006 Chairman Foot & Ankle Expert Group AOI
- 1998/1999 Präsident der Sächsischen Chirurgenvereinigung
- 1999–2001 Mitglied des Nichtständigen Beirats der DGU
- 2000–2004 Beiratsmitglied der Deutschen AO
- 2002–2008 Leiter Arbeitsgemeinschaft Fuß der DGU
- 2003 Ehrenmitglied AO Alumni Association, Chile
- 2005–2007 Mitglied des Nichtständigen Beirats der DGU
- 2006 Commemorative Medal of 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine, Charles University, Prag
- 2009 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 2009 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

## **Bestellformular Fotos:**

### **Abschluss-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)**

Freitag, 23. Oktober 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr  
ICC Berlin, Funkturlounge

Bitte schicken Sie mir folgendes Foto per E-Mail:

- Dr. med. Siegfried Götte
- Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther
- Professor Dr. med. Joachim Hassenpflug
- Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard
- Professor Dr. med. Hartmut R. Siebert
- Professor Dr. med. Hans Zwipp

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**

### Kontakt für Journalisten:

Pressestelle  
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)  
Silke Jakobi/Corinna Spirgat  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel. 0711 8931-163  
Fax. 0711 8931-167  
E-Mail: [jakobi@medizinkommunikation.org](mailto:jakobi@medizinkommunikation.org)  
[www.orthopaedie-unfallchirurgie.de](http://www.orthopaedie-unfallchirurgie.de)