

## DKOU 2019: Wissen schafft Werte oder: „Wir versorgen jeden!“

22. bis 25. Oktober, Messegelände Berlin. Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, DKOU, bot 1800 Präsentationen, über 200 Firmenaussteller und zog erneut mehr als 11 000 Teilnehmer an, darunter Ärzte, Firmenvertreter und Patienten. Ein Blick in einige Tagungen des nach Angaben der Veranstalter größten europäischen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Das Jahrestreffen der Szene dient naturgemäß der Selbstverortung – oder besser, der Diskussion um die stetig neu zu verhandelnde Rolle von O & U im hiesigen Gesundheitssystem.

Sich als Arzt nicht vor den Karren der Ökonomisierung spannen lassen, gehört dabei fast schon zur rhetorischen Pflichtausstattung. Ärzte sollten sich als Komplexitätsmanager und nicht als Glieder in der Wertschöpfungskette sehen, mahnte Professor Paul Alfred Grützner gleich auf der Eröffnungsveranstaltung. Der Ärztliche Direktor der BG Klinik Ludwigshafen fungierte in diesem Jahr als Präsident von DGOU und DGU turnusgemäß auch als deren Kongresspräsident.

### Weiterbildung – bitte zahlen!

Unverkennbar hatten sich die Veranstalter das Thema Weiterbildung vorgeknöpft, sprachen sich klar für deren direkte Finanzierung aus. Deutschland sei eines der wenigen Industrieländer, in denen Weiterbildung in der Medizin nicht bezahlt werde, monierte Professor Carsten Perka, Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin und Kongresspräsident für die DGOOC. Weiterbildung in O & U müsse endlich direkt entlohnt werden – auch für niedergelassene Ärzte, wenn die sich dafür engagierten, sekundierte Dr. Thomas Möller, niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in Speyer und in diesem Jahr BVOU-Kongresspräsident. Vorbildlich sei da die KV Rheinland-Pfalz, die mittlerweile die Weiterbildung von Fachärzten, einschließlich zum Orthopäden und Unfall-

chirurgen in Arztpraxen fördert – mit monatlich 2400 Euro. Das, so Möller, sollte bundesweit kommen.

Ohne mehr Geld im System sei ein Verlust an Qualität der Weiterbildung absehbar, warnten die Experten fast unisono. Die Fusion von Orthopädie und Unfallchirurgie habe die Lehrinhalte der Weiterbildung im gemeinsamen Facharzt um 60% steigen lassen, kalkulierte Perka. Bei 6 Jahren avisiert Weiterbildungszeit müsse ein Arzt schon 80 bis 100 Wochenstunden arbeiten, um die Stofffülle in der Zeit zu schaffen. Das Arbeitsschutzgesetz in Deutschland sieht 48 Stunden als zeitliche Obergrenze die Woche vor.

Das befeuert noch den Zeitdruck, vor allem in den Krankenhäusern, am Ende stehe eine massive Spezialisierung schon zu Beginn der Weiterbildung, es verschwänden „komplexe Therapieansätze“ (Perka).

Doch es gab auch vorsichtiger Stimmen. Professorin Almut Tempka von der Charité Berlin erinnerte während eines Symposiums *Zukunft O & U* daran, dass Forderungen nach mehr Geld automatisch andere Entscheider auf den Plan rufen dürften. Entweder, so Tempka, bleibe die Weiterbildung weiterhin „unsere eigene Sache“. Oder aber man fordere mehr Geld. Tempka: „Da warten dann aber die Kassen nur drauf, denn wenn die bezahlen, wollen sie auch kontrollieren.“ Gleiches gelte für die Politik, sollte Weiterbildung aus Steuermitteln finanziert werden.

Thomas Möller hingegen sah eine direkte Finanzierung von Weiterbildung in Arztpraxen obendrein als Hebel, um die vernachlässigte konservative Orthopädie wieder zu fördern. Viele angehende Orthopäden und Unfallchirurgen lernten konservative Inhalte kaum noch. Zugleich forderten zwar alle Leitlinien bekanntlich erst umfangreiche konservative Therapiever suche, bevor zum Beispiel die Implantation einer Endoprothese erwogen werden soll. Doch die vorliegenden Zahlen deuteten an, dass dies bei vielen Patienten, die zur Operation in die Klinik kommen, nicht oder nur unzureichend umgesetzt werde. Das vor 2 Jahren veröffentlichte *Weißbuch*

*Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie*, so Möller, habe die Probleme formuliert und ein Umdenken gefordert. Allerdings ohne nachhaltigen Erfolg.

### Zukunft O & U

Michaela Münnig, Vice President Global Marketing and R&D Orthopaedic and Spine Surgery bei der B. Braun Gruppe, bot die Sicht der Industrie auf die EU-Medizinprodukteverordnung MDR von 2017. Die wird Mai 2021 scharf gestellt, die Hersteller haben Abverkaufsfristen für im Markt befindliche Produkte bis maximal 2025. Die jetzt nötig werdende klinische Bewertung aller Produkte erfordert nach Schätzungen der Industrie eine Rezertifizierung von 314 000 von insgesamt 500 000 Produkten. Zugleich, so Münnig, sinke die Zahl der benannten Stellen, die weiterhin für die Vergabe der CE-Kennzeichen zuständig sind. „Das wird Engpässe geben“, warnte Münnig. Es könnte sein, dass es Produkte, die Chirurgen heute verwenden, nicht mehr gibt oder aber erst nach Wartezeit wieder zu haben sind.

Das neue Thema sei aber ohnehin für die Industrie die Digitalisierung. Nicht mehr nur Implantate verkaufen, vielmehr ein ganzes Setting um die Behandlung herum. Hersteller tüftelten an einer Vielzahl von Apps, die den Patienten individuell vor und nach Operationen als Akteur einbinden, ihm etwa per App direkt beim Reha-Training helfen.

Einen ganz anderen Aspekt beleuchtete Jürgen Zöllner, als SPD-Politiker zuletzt bis 2011 Senator für Bildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Berlin. Zöllner kritisierte vehement die aus seiner Sicht völlig unzureichende Qualitätssicherung in der Forschung.

Vertrauen in die Wissenschaft gebe es nur, wenn deren Aussagen auch verlässlich seien. Da sehe es nicht gut aus. Es seien nicht nur die ständig neu auffliegenden Fälle von aktiver Manipulation durch einzelne „Wissenschaftler“. Zöllner nannte auch die massiven Probleme mit fehlerhafter Anwendung statistischer Tools und verwies unter anderem auf das berühmte Pa-

per von John Ioannidis von 2005: *Why Most Published Research Findings Are False*. Das Ganze dann noch garniert mit mal kurz eben Löschen unerwünschter Datenpunkte aus Messreihen. Allen voran die Pharmazene weiß längst durch große Studien, dass viele Datengrundlagen aus Tierversuchen nicht reproduzierbar sind. „Ich halte die Qualitätssicherung für die größte Herausforderung, vor der die Wissenschaft steht“, lautete sein Statement.

Denn zugleich sei Vertrauen in Fakten und in deren wissenschaftliche Generierung zentral für eine demokratische Gesellschaft. Zöllner: „Das Umsichgreifen von Fake News, dass ein US-Präsident sagen kann, menschliches Handeln hätte nichts mit dem Klimawandel zu tun, sind mehr als Alarmzeichen.“ Auch das Aufkommen von Parteien wie der AfD läge mit daran, dass Leute das Gefühl hätten, man könne der Wissenschaft nicht mehr trauen. „Setzen Sie sich an die Spitze der Bewegung und definieren Sie Ihre Qualitätsanforderungen“, war Zöllners Mahnung an Ärzte und Forscher.

## Current Trends in Orthopaedics

...beleuchtete die gleiche Frage nach der Zukunft im internationalen Kontext. Daniel J. Berry von der Mayo Clinic, Rochester, USA, prognostizierte für die USA einen massiven Vormarsch der Künstlichen Intelligenz. Algorithmen werden seiner Meinung nach dem Chirurgen die Diagnose erleichtern oder gleich ganz abnehmen – etwa in der Befundung der Bildgebung. Einsatz von Robotern, Aufbau von immer mehr Registern, automatische Analyse von Fachliteratur oder der elektronischen Patientenakte – Berry sah sehr wohl auch ein Risiko, dass der Arzt mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt werden könnte und am Ende gar den Anschluss verliert. „Wenn wir diese Technologien implementieren, müssen wir sicherstellen, dass sie nicht dazu führen, dass Ärzte die Basisfähigkeiten verlieren, die sie brauchen“, betonte er.

Professor Fares Haddad von den University College London Hospitals illustrierte, welche enormen Datenmengen aus Registern

britische Krankenhäuser und Chirurgen heute für die Qualitätsverbesserung ihrer Arbeit nutzen können. In UK gibt es in der Endoprothetik auch öffentlich zugängliche Qualitäts- und Kennziffern, anders als hierzulande, bis runter auf die Ebene des einzelnen Operateurs. Auf der anderen Seite aber steht das staatliche Gesundheitswesen in UK unter massivem Zwang zum Sparen. Man habe dadurch mittlerweile 2 total verschiedene Gesundheitssysteme nebeneinander, konstatierte Haddad, den National Health Service und den privaten Sektor. Letzterer unterliegt naturgemäß keinem Sparzwang, was allerdings auch nicht per se immer nur positive Folgen für die Versorgungsqualität haben muss. Im privaten Sektor, so Haddad, kämen teuerste Stammzelltherapien zum Einsatz, für die es keine Evidenz gebe – die Patienten auf der Suche nach Möglichkeiten, endoprothetische Eingriffe zu vermeiden, würden trotzdem zahlen.

Dr. Friedrich Böttner, Direktor der Klinik für Orthopädie am Klinikum Bad Bramstedt, mit jahrelanger Erfahrung als orthopädischer Chirurg in den USA klärte die Frage *What can we learn from the Americans?* Einmal offenbar schlicht *Mehr arbeiten!* Das Libby Zion Law legt im Bundesstaat New York für den Resident Physician, vergleichbar mit dem deutschen Arzt in Weiterbildung, die Obergrenze der wöchentlichen Arbeitszeit auf – sagenhafte 80 Stunden.

Dennoch sei der Alltag in den USA oft erheblich stressfreier, betonte Böttcher. Es hilft die Elektronik – per Smartphone könne jeder Arzt dort eine enorme Datenmenge zu seinen Patienten erfassen und steuern, was die Arbeitsabläufe übersichtlicher macht. Böttner: „Es ist phänomenal, wie Technologie unser Leben stressfreier gestalten kann.“ Zugleich werde in den USA viel strenger als hierzulande gecheckt, welche Kompetenzen ein Arzt wirklich hat, ein Zertifikat alleine sage schließlich wenig, wie gut ein Arzt sei. Und dann wären da noch mentale Fähigkeiten. Aequinimitas, ein Terminus, der auf den kanadischen Arzt und Medizinhistoriker Sir William Osler (1849–1919) zurückgeht, steht für Ruhe, Gelassenheit, eine gewisse Coolness, die ein Arzt haben soll, mit der er auch schwierige Entscheidungen fällt.

„Das könnten wir uns von den Amis durchaus abgucken“, meinte Böttcher.

## G-BA Aktuelle politische Entscheidungen

...brachte Neuigkeiten aus dem obersten Gremium der Selbstverwaltung.

Gute Nachrichten für zumindest manche Traumazentren hatte Professor Thomas Auhuber vom Unfallkrankenhaus Berlin. Gemäß § 136c SGB V brütet der G-BA aktuell an Definitionen für Zentren, die dann auch Zuschläge erhalten sollen. Bislang, so Auhuber, sei der Zentrumsbegriff für Kliniken völlig ungeschützt: Herzzentrum, Traumazentrum, Brustkrebszentrum – je nach Bundesland und Fachgesellschaft mehr oder weniger definiert.

Das ändert sich jetzt. An die 300 Millionen Euro jährlich sind zu verteilen an Zentren nach G-BA-Kriterien. Und siehe da – ausgerechnet für Traumazentren scheint es die ersten Beschlüsse für Definitionen und Zuschläge womöglich noch in diesem Jahr zu geben. Die Fachgesellschaften, so Auhuber, hätten sich bei den Beratungen massiv eingebracht.

Vielleicht 10% von rund 600 Traumazentren hierzulande sollten in den Genuss von Zentrumszuschlägen kommen. Kriterien könnten jene sein, die auch schon das Traumanetzwerk etabliert hat: Teilnahme am Traumanetzwerk, gute technische Ausstattung, Kenntnisse im Umgang mit MANV, Forschungsaktivitäten, Telemedizin. „Die Vorarbeiten, die durch das Traumanetzwerk geleistet wurden, wirken sich jetzt aus. Das wird jetzt zumindest bei einigen Zentren zu einer Bezahlung führen“, war sich Auhuber sicher.

## Dauerbrenner Notfallambulanzen

Der G-BA-Beschluss vom April 2018 hat zumindest theoretisch Struktur und eine gewisse Beruhigung in das Reizthema *Überlastete Notfallaufnahmen* gebracht. An der Notfallversorgung sollen danach hinfort nur noch Kliniken teilnehmen, die definitionsgemäß in einer von 3 Stufen

landen, von der Basisambulanz bis zur umfassenden Notfallversorgung. Ende 2018 handelten GKV-Spitzenverband und Krankenhausgesellschaft auch die Höhe der Zuschläge für Kliniken aus, der Gesamtpotopf dafür liegt bei knapp 300 Millionen Euro. Kliniken, die in keiner der 3 Stufen landen, sollen hingegen je Patient sogar einen Abschlag von 60 Euro zahlen.

Offen ist, welche Folgen das wirklich für die Versorgungslandschaft hat. Leopoldina und Wissenschaftsrat hätten kalkuliert, dass in Deutschland statt aktuell etwa 1800 gerade mal 600 Häuser ausreichen, referierte Professor Andreas Seekamp aus Kiel. Die dreistufige Versorgung hielt er für sinnvoll, aber die vereinbarten Zuschläge seien zu niedrig. Und es bleibe offen, wie viele Häuser wirklich geschlossen würden, ob der gewünschte Konzentrationsprozesse derart auch greift.

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Dietrich Monstadt (Wahlkreis Schwerin-Ludwigslust) ließ erkennen, dass Berlin die Zahl der Krankenhäuser verringern möchte: Man habe sich in der Bundespolitik entschieden, die Versorgung über die Vorgabe von Qualitätsstandards zu organisieren – beispielsweise über Zu- und Abschläge, wie sie dann der G-BA für Notfallambulanzen jetzt beschlossen habe. Und ja – ein Ziel sei in der Tat, in Zukunft nur noch 600 Krankenhäuser für die Versorgung zu haben. Monstadt sah auch die politischen Probleme dahinter: „Erklären Sie das mal dem Landrat vor Ort, wenn bei ihm das Krankenhaus schließen soll.“

Der Rechtsanwalt ist unter anderem Berichterstatter der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit für die Themen Adipositas, Diabetes, Medizinprodukte und Zahnärzte. *Welche Ärzte braucht das Land und wo?* – war Titelfrage seines Vortrags. Für ihn war die Antwort klar: „Wir haben kein Ärzteproblem, wir haben ein Verteilungsproblem. Wir haben in den Städten zu viele und in den ländlichen Gebieten zu wenig.“

Mehr Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen und ein Ausbau der telemedizinischen Möglichkeiten seien weitere Ziele Berlins. Bei Letzterem müsse er sagen, ein kleiner Seitenhieb

an das Publikum, „hat sich auch Ihre Gruppe nicht hervorgetan“. „Bringen Sie sich ein“, war sein Appell an die Ärzte. Sonst, und das mit einem Schuss Selbstironie, „müssen Sie damit rechnen, dass Juristen wie ich über Ihre Angelegenheiten entscheiden.“

Stichwort Hüftgelenksnahe Frakturen. Die hiesigen Leitlinien fordern, dass Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur binnen 24 Stunden operativ versorgt sein sollen – ob mit einer Endoprothese oder per Osteosynthese. Doch zu viele Häuser reißen diese Messlatte bei mehr als 15% der Patienten – ab diesem Wert schauen die Gutachter bei der externen stationären Qualitätssicherung genauer hin. Auch hier will die Selbstverwaltung liefern. Ein Unterausschuss beim G-BA tüfelt an verbindlicheren Qualitätsvorgaben, die Häuser erfüllen sollen, wollen sie diese Patienten weiterhin versorgen.

Professor Rüdiger Smektala vom Universitätsklinikum Knappschafts-Krankenhaus Bochum deutete die Richtung an: Gefordert werden in Zukunft vermutlich eine 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus, Vorhandensein von Schockraum, eine Kooperation mit Geriatern. Eine eigene Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie dürfte ebenso Pflicht werden wie eine für Innere Medizin und für Anästhesie. Und auch eine Intensivstation mit mindestens 6 Betten muss da sein. Im Strukturierten Dialog mit auffälligen Kliniken fand sich, dass Operationen verzögert wurden, da man keine freien Betten auf Intensivstation hatte, berichtete Smektala.

## Endoprothesenregister – Stand und Zukunft

Schon Tradition ist die Vorstellung des Jahresberichts des Endoprothesenregisters Deutschland EPRD (Grimberg A, Jansson V, Melsheimer O et al. EPRD Jahresbericht 2019. Im Internet: <https://www.eprd.de/de/ueber-uns/aktuelles/artikel/eprd-jahresbericht-2019/>; Stand: 08.11.2019).

PD Arnd Steinbrück, Studienkoordinator beim EPRD, illustrierte anhand neuer Daten aus dem EPRD, wie sehr die Erfahrung einer Klinik mit Modellen bei der Hüft-To-

talendoprothese und bei der Knie-Endoprothese die langfristige Qualität beeinflusst. Total- oder unikondyläre Versorgung am Knie: Auch die mittlerweile vorliegenden Verlaufszahlen für bis zu 4 Jahre nach Implantation zeigen einen klaren Trend – die Ergebnisse sind in Häusern mit mehr Eingriffen deutlich besser als bei niedrigen Fallzahlen. „Die Klinikerfahrung hat bei Hüft-TEP wie Knie-Endoprothetik einen klaren Einfluss auf das Abschneiden“, betonte Steinbrück. Und auch das zeigen die Daten: Jeder Wechsel von Modellen in einem Haus führt zunächst zu einem deutlichen Anstieg der Revisionsraten bei den unmittelbar danach versorgten Patienten – die Folge der Lernkurve der Operateure.

Professor Volkmar Jansson von der LMU München präsentierte Daten zum Thema *Mix and Match*. Danach ist die Kombi von Kopf und Pfanne (Inlay) aus Implantaten unterschiedlicher Hersteller fast gängige Praxis in der Hüftendoprothetik – in 12% der Fälle arbeiten die Operateure damit. Warum sie dies tun, bleibt eher rätselhaft, denn die Daten aus dem Register deuten an, dass die Langzeitergebnisse solcher Kombinationen meistens schlechter sind, als wenn Komponenten ein- und desselben Systems zum Einsatz kommen. Einige wenige Fälle zeigen nach den bisherigen Zahlen bei den Revisionsraten bessere Werte als der Durchschnitt.

Noch unbehaglicher stimmen Daten von Mismatches im Register, bei denen zum Beispiel eine 28er-Pfanne mit einem 32er-Kopf kombiniert wird. Jansson wollte nicht ausschließen, dass es sich um Fehleinträge handeln könnte. Auf jeden Fall arbeite man hier an der Möglichkeit einer automatisierten Rückmeldung an die Krankenhäuser, Motto – seid Ihr wirklich sicher, bei dem, was Ihr da tut?

Das EPRD ist die Blaupause für das per Gesetz ab 2021 mit der Endoprothetik anlaufende Bundesdeutsche Implantatregister, bei dem die Teilnahme aller Kliniken und Patienten verpflichtend wird.

Dann war da noch die Schnittstelle konservativ – operativ – konservativ.

Professor Bernhard Greitemann vom Rehaklinikum Bad Rothenfelde war gar nicht glücklich mit der Qualität der Amputationen, mit denen manche Patienten zu ihm in die Rehaklinik verlegt werden. Jetzt komme ein Gruselkabinett, warnte er sein Publikum vor den dann folgenden Aufnahmen, die alles andere als fachmännisches chirurgisches Handwerk zeigten. Greitemann las seinen Kollegen in den OP-Sälen die Leviten: „Es wird gefpuscht in der Traumatologie wie in der Gefäßchirurgie.“ Der nachbehandelnde Rehaarzt müsse sich daher unbedingt auch mit der chirurgischen Versorgung auskennen, um beurteilen zu können, wann ein Patient nochmals nachoperiert werden sollte. Und auch er mahnte zur Zentrenbildung. Wenn eine Rehaklinik Amputationspatienten versorgen wolle, sollten es mindestens 50 solcher Patienten im Jahr sein, es ginge nicht an, dass man nur einen einzigen versorge. Und er mahnte zu mehr Zusammenarbeit zwischen Akut- und Rehaklinik. „In der Zusammenarbeit haben wir ein Riesenpfund, das wir nicht verlieren dürfen.“

Die Schnittstelle zwischen Reha und Krankenhaus sei nicht genügend bearbeitet, konstatierte trocken Sitzungsleiter Dr. Matthias Psczolla.

Mehr Gewicht auf konservative Therapie forderte Professor Bernd Kladny aus Herzogenaurach bei der Versorgung von Patienten mit spezifischem Kreuzschmerz. Studien zeigten, dass 2 bis 3 Jahre nach einer Operation die Ergebnisse bei Patienten mit spezifischem Kreuzschmerz nicht besser sind als bei Vergleichsgruppen, die konservativ behandelt werden. Dagegen stünde in der Praxis leider eine massive Überversorgung mit chirurgischen Verfahren. Dabei habe die ambulante Behandlung auch gesetzlich Vorrang vor der stationären. So stehe es in der Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie des G-BA. Kladny: „Man hat bei Rückenschmerzen den Eindruck, dass es trotz Know-how und Leitlinien nicht besser wird.“

Und, einmal mehr, auch Kladny plädierte für mehr Zentrenbildung – Häuser, in denen Experten beider Richtungen, operativ wie konservativ, zusammen an der Entscheidung arbeiten, welcher Patient mit

Rückenschmerzen wann operiert wird und wer nicht.

Derweil machen sich Deutsche Wirbelsäulengesellschaft, DGOU wie Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie für die Einrichtung einer Zusatzbezeichnung „Spezielle Wirbelsäulenchirurgie“ stark. Die Vertreter der konservativen Therapie hier in dieser Session sahen es mit Argusaugen. Man habe Anträge gestellt, dass es in jedem Wirbelsäulenzentrum auch Leute geben müsse, die konservativ behandeln, betonte Kladny.

## Wissen braucht Werte – Blick über den Tellerrand

Und dann gab es noch Sessions, die mit Blick auf andere Regionen all das Wohl und Weh um den hiesigen Gesundheitsbetrieb ein wenig relativierten. Man müsse auch über Themen sprechen, die jenseits unserer westlichen Wohlstandswelt liegen, das sei ihm persönliches Anliegen, warb Paul Alfred Grützner als Sitzungsleiter.

„Geben Sie mir Ihre Kondylenplatten“, bat Heiner Winker sein Publikum. Da lägen in vielen Häusern hierzulande viele von herum und würden nicht mehr gebraucht. Winker: „Die nehme ich gerne mit.“ Der emeritierte Unfallchirurg bildet, vernetzt über die AO Alliance, seit Jahren in Nepal am Dhulikhel Hospital Paramedics wie angehende Unfallchirurgen aus – Hilfe zur Selbsthilfe. Nächstes Ziel ist der Bau eines Traumazentrums. Langfristigkeit solcher Hilfe ist A und O: „Wer nur einmal kommt und wieder geht, der hat keine Chance“, betonte Winker. Es gehe um Strukturveränderung in kritischen Regionen: „Ohne Kontinuität geht nichts.“ Und auch nicht ohne Spender. Material im Wert von 800 000 Euro habe er dank großzügiger Firmenspenden mittlerweile vermitteln können.

Auch Dr. Thomas Kühn sieht die größte Chance im Transfer von Know-how und Material vor Ort. In Mwanza am Victoriasee, Tansania, müht sich Kühn, im St. Clare-Hospital eine unfallchirurgische Grundversorgung aufzubauen, dito in Wasso, einer Stadt im Nordosten des Lan-

des. In der Not hilft dem pensionierten Unfallchirurg auch einfachstes Gerät – Kühn zeigte Fotos von Operationen mit einem handelsüblichen Baumarkt-Bohrer in Räumen, die nach hiesigen Kriterien nicht als steril gelten können. Doch hilft dies manchen Patienten mit schwersten Verbrennungen, Brüchen oder auch Tumoren zu einer womöglich lebensrettenden Behandlung. Kühn hat eine eigene Stiftung Orthopedic Surgery for Africa.

Inga Osmers, Unfallchirurgin in Berlin und bei Ärzten ohne Grenzen/Medecins sans Frontieres (MSF), verdeutlichte, wie sehr NGOs, die in Krisengebieten tätig sind, eiserne Grundsätze durchziehen. Drei Grundprinzipien humanitärer Hilfe sind Eckpfeiler auch für die Arbeit von MSF: Unabhängigkeit, Unparteilichkeit, Neutralität.

Unabhängigkeit heißt für MSF: 80% der Spender sind private Spender. Unparteilichkeit bedeutet: „Wir bieten unsere Hilfe allen an.“ Und Neutralität, so Osmers: „Wir beziehen keine Stellung in den Konflikten, wo wir helfen.“ Diese Neutralität sei im Übrigen in Kriegs- und Terrorregionen die einzige Sicherheitsgarantie für NGOs. Nach Osmers Eindruck bietet die Tatsache, dass alle kriegsführenden Parteien wissen, dass sie in einem Versorgungsposten im Notfall Hilfe finden, noch den besten Schutz vor Angriffen. Auf der anderen Seite machte sie auch klar, ist gerade der Angriff auf Gesundheitseinrichtungen heute oft Teil der Kriegsstrategie: „Man übt sich in der Strategie, erst den Marktplatz zu bombardieren, dann 20 Minuten später das nächste Krankenhaus.“ Gesundheitszentren vermieden daher heute zum Beispiel in Syrien und Jemen, ihre Flagge zu hissen, das rote Kreuz auf weißem Grund. Das bot früher gewissen Schutz. Tenor: Achtung – hier Gesundheit. Heute, so Osmers, tarnen sich solche Einrichtungen.

Dabei stehen solche Einsätze mehr denn je vor grundsätzlichen Dilemmata. Osmers schilderte Einsätze von MSF etwa bei den Kämpfen um die irakische Stadt Mossul. Selbst rudimentärste Prinzipien der Genfer Konvention sind nicht mehr erfüllt. Laut der haben die kämpfenden Armeen zumindest die Verantwortung, auch die Folgen ihres Tuns zu mildern, für die Versor-

gung der Verletzten hinterher zu sorgen. „IS wie irakische Kräfte hatten aber gar nicht die Kapazitäten dafür“, berichtete Osmer. Eine Lücke, die die WHO mit privaten Gesundheitsversorgern zu schließen versuchten – eine davon ist MSF. Neutralität heißt eben auch dann – es wird nicht nach Herkunft und Partei gefragt. Osmer: „Wir versorgen jeden.“ Auch wenn denkbar sei, dass der eine oder andere Kriegsverbrecher darunter sei.

## Weitere Infos

<https://dkou.org/>(Programmübersicht, DKOU TV, Twitter, Fotogalerie)

Abstracts in German Medical Science (GMS):

<https://www.egms.de/dynamic/de/meetings/dkou2019/index.htm>

Der nächste DKOU:

20. bis 23. Oktober 2020, Berlin

<https://2020.dkou.org/>

Bernhard Epping