



# Die ARO – Eine Chronik

Herausgeber: Frank-W. Hagena R. Müller-Gesser



Novartis Pharma Verlag

Rheumatologie Orthopädie Spezial



## Die ARO - Eine Chronik

Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.

Herausgeber:

Frank-W. Hagena

R. Müller-Gesser



Novartis Pharma Verlag

Nürnberg 1999

Alle Rechte auch die des Nachdrucks, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in Wort, Bild und Schrift sowie der Übersetzung sind dem Verlag vorbehalten. © 1999, Novartis Pharma Verlag, 90429 Nürnberg Satz und Lithos: Fotosatz H. Strütt und D. Rünzi, 79650 Schopfheim Druck: Druckerei Rünzi GmbH, 79650 Schopfheim ISBN 3-933 185-32-7

## Widmung

Die »ARO – eine Chronik« wird Herrn Professor Dr. Norbert Gschwend gewidmet, dem Begründer, dem ersten Obmann und dem Ehrenmitglied der jetzigen Assoziation für orthopädische Rheumatologie e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie.



## Laudatio für Norbert Gschwend

Vor bereits mehr als 27 Jahren fragte Professor Dr. H. RÖSSLER, damaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, den Privatdozenten Dr. Norbert GSCHWEND aus Zürich, ob er gewillt sei, einen Arbeitskreis für Rheumatologie in der DGOT zu gründen.

N. Gschwend hatte 1962 als ehemaliger Oberarzt am Balgrist in Zürich die Leitung der Wilhelm-Schulthess-Klinik übernommen und zunächst mit einem einzigen Assistenten die Geschicke der Klinik in die Hand genommen. Beeinflußt durch die Begegnungen mit M.L. CLAYTON aus Denver, USA sowie S. JAKUBOWSKI, Warschau, und K. VAINIO, Heinola, und auch mit J.A. PAHLE, Oslo, war N. GSCHWEND stimuliert, eine »Rheuma-unit« an der Züricher Klinik zu gestalten und die Rheuma-Orthopädie für den deutschsprachigen Raum zu entwickeln – folglich sagte er kurzfristig zu und wurde erster Obmann des von ihm am 20.4.71 gegründeten Arbeitskreises.

Im Dezember 1972 organisierte N. GSCHWEND in Zürich die erste hocherfolgreiche Tagung des Arbeitskreises, Grund genug für die Folgegeneration, die diesjährige Tagung zu einem und zu seinem Jubiläum zu gestalten.

»Die operative Behandlung der chronischen Polyarthritis« von N. GSCHWEND herausgegeben, ist, obwohl seit langer Zeit vergriffen, das Standardwerk für jeden, der sich mit diesem Spezialgebiet der Orthopädie beschäftigt. Lediglich eine Ausnahme ließ er zu, daß ein spezialisierter Handchirurg, G. STELLBRINK in die Rheumaorthopädie integriert wurde. Wesentliche Voraussetzung war, daß er in die »Rheuma-Einheit« in Hamburg mit dem gemeinsamen Freund K. TILLMANN verbunden war.

In besonderem Maße war das klinische und wissenschaftliche Arbeiten von N. GSCHWEND davon geprägt, Operationstechniken und vorrangig Alloarthroplastiken zu entwickeln, die den Rheumapatienten zu einer Bewältigung ihrer Krankheitsbedingten Reduzierung ihrer Alltags-Aktivitäten verhelfen sollten. Weltweit wurde das Signum »GSB« zu einem Begriff für die »Schweizerischen Markenartikel«. Hierin verbargen sich die Namen GSCHWEND, SCHEIER und BÄHLER. Prof. Dr. H. Scheier war der wohlbekannte Wirbelsäulenchirurg, mit dem N. GSCHWEND im Kollegialsystem die Klinik leitete, und G. BÄHLER der erfinderische Orthopädietechniker in der Schulthess-Klinik. International wurde die GSB-Kniegelenksprothese zu einem Meilenstein in der operativen Behandlung der Polyarthritiker. Intensivst hat N. GSCHWEND sich mit den Möglichkeiten der Synovektomien bei Rheumapatienten in seinem Lebenswerk in der festen Überzeugung auseinandergesetzt, daß diese Operationstechniken präventiv durchzuführen sind. Mit der routinemäßig etablierten arthroskopischen Operationsmöglichkeit hat er in Kombination mit einer Synoviorthese erst in den letzten Jahren einen neuen Anstoß für die frühzeitige chirurgische Behandlung der destruierenden Synovitis gegeben. Die differenzierten Prioritäten und Möglichkeiten der operativen Behandlung der schwerst betroffenen Rheumapatientinnen und -patienten stellte eine der größten Herausforderungen für N. GSCHWEND dar, indem er den Rheumaorthopäden mit dem Feuerwehrmann vor dem brennenden Haus verglich.

Die ARO war und ist das innig geliebte Kind von N. GSCHWEND. Daß er darüberhinaus mit seinen Freunden 1979 die ERASS gründete und die SECEC war nie eine Entscheidung gegen die deutschen Freunde. Frühzeitig hatte N. Gschwend erkannt, daß nur mit einer Beteiligung der deutschsprachigen »orthopädischen Chirurgen« in europäischen Gesellschaften international eine entsprechende Weiterentwicklung und Sicherung der operativen Qualität gewährleistet sein würde. Gleichzeitig setzte er ein Signal, daß international eine Gelenkbezogene Subspezialisierung zunahm, der sich auch die Rheumaorthopäden stellen sollten.

Die Zahl der Freunde, die N. GSCHWEND im deutschen Sprachraum und international gewonnen hat, bleibt beispiellos. Die Zahl seiner Bewunderer ist unermeßlich. Die Zahl seiner Ehrungen ist bewundernswert. Die Zahl seiner »Lehrlinge« ist unüberschaubar. Die Zahl der von ihm erfolgreich behandelten und dankbaren Patientinnen und Patienten ist grenzenlos. Die Zahl seiner Vorträge und Publikationen ist noch nicht abgeschlossen.

N. GSCHWEND hat das Haus der ARO wohlbestellt in die Hände jüngerer Kollegen übergeben. Welch großartiger Architekt er ist, mag seine Schulthess-Klinik beweisen, die er mit einem Assistenten an der Neumünsterallee übernommen und nun als »Juwel« in der allgemeinen Krankenhauslandschaft an der Lengghalde übergeben hat.

Die Tradition, die N. GSCHWEND im besonderen für ARO begründet hat, soll für seine Erben eine ehrenvolle Aufgabe bleiben. Hierfür gilt ihm der aufrichtige und dauerhafte Dank.

Frank-W. Hagena

¥--

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.Vorworte	14
2. Einleitung	15
3. Die Gründung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«	17
3.1. Die DGOT-Definition der Arbeitskreise	
3.2. Der Gründungsablauf	
3.3. Die Teilnehmer der Gründungssitzung	
3.4. Die Tagesordnung der Gründungssitzung	
4. Die Satzung	24
4.1. Die Entwicklung der Mitgliederzahl	24
4.2. Die Satzung	25
4.3. Die Verhandlungen mit der DGOT	26
4.4. Neuorganisation und Neugründung	
5, Die Dokumentation	
5.1. Baden-Baden (30. April 1971)	
5.2. Bonn (20. September 1971)	
5.3. Baden-Baden (29. April 1972)	
5.4. Zürich (02. Dezember 1972)	
5.5. Baden bei Wien (23. Juni 1973)	
5.6. Aachen (19. September 1973)	
5.7. Bad Bramstedt (04. April 1974)	
5.8. Augsburg (19. April 1975)	
5.9. Lund	
5.10. Basel (07. Juli 1978)	
5.11. Wien	
5.12. Essen (22. September 1983)	
5.13. Freiburg (03. Oktober 1986)	
5.14. Bad Abbach (11. Mai 1988)	
5.15. Aachen (14. September 1988)	
5.16. Baden-Baden (29. April 1989)	
5.17. Interlaken (18. Mai 1990)	
5.18. Wien	
5.19. Wiesbaden	

5	Alle bisherigen Tagungen 5	1
,	5.1. Übersicht	1
	6.1.1. Tagungsorte	
	6.1.2. Themen der Klausurtagungen	
	5.2. Baden-Baden (30, April 1971)	
	5.3. Bonn	
	6.4. Baden-Baden(29. April 1972)	
	5.4. Baden-Baden(29. April 1972)	2
	5.5. Zürich	
	5.6. Baden bei Wien(23. Juni 1973)	
	5.7. Aachen(19. September 1973) 5	
	5.8. Bad Bramstedt(04. bis 06. April 1974) 5	
	5.9. Baden-Baden(13. September 1974) 5	
	5.10. Augsburg(17. bis 19. April 1975) 5	
	5.11. Salzburg(01. bis 03. April 1976) 5	
	5.12. Lund	
	5.13. Basel(07. bis 08, Juli 1978) 5	
	5.14. Wien	
	5.15. Oslo(03. bis 05. Juli 1980) 6	
	5.16. Konstanz(01. bis 04. Oktober 1980) 6	
	5.17. Wien	4
	5.18. Basel	
	5.19. Essen	4
	5.20. Bad Ragaz(12. bis 14. April 1984) 6	5
	5.21. München	5
	5.22. Freiburg(03. Oktober 1986)	6
	5.23. Bad Abbach(11. bis 14. Mai 1988)	7
	5.24. Aachen	8
	6.25. Baden-Baden(29. April 1989) 6	9
	5.26. Interlaken(17. bis 19. Mai 1990)	0
	5.27. Hamburg	1
	5.28. Wien	
	5.29. Mannheim(18. September 1992)	
	5.30. Baden-Baden(30. April 1993)	
	5.31. Eisenach(15. Oktober 1993)	
	5.32. Wiesbaden(12. bis 14. Mai 1994)	
	5.33. Wiesbaden (15. Oktober 1994)	
	5.34. München(04. Juli 1995)	
	6.35. Mannheim(16. bis 18. Mai 1996)	
	6.36, Nagoya(09. bis 10. Oktober 1996)	
	6.37. Wien	

7. Obmänner und Präsident	79
7.1, Obmänner des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«	79
7.1.1. Bis zur Sektionsgründung 1982	80
7.1.2. Von der Sektionsgründung bis zur Vereinsgründung 1992	80
7.2. Präsident der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«	80
8. Ehrenmitglieder	81
8.1, Wartburg / Eisenach 1993	81
8.2. Wiesbaden 1994	81
8.3. Mannheim 1996	81
9. Korrespondierende Mitglieder	82
9.1. England	
9.2. Japan	
9.3. Tschechien	82
10. Interviews	83
10.1. Erläuterung	83
10.2. Norbert GSCHWEND	83
10.2.1. Lebenslauf	84
10.2.2. Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden	85
10.2.3. Der Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie«	86
10.2.4. Veröffentlichungen	88
10.2.5. Forschung	88
10.2.6. Die Rheuma-Orthopädie in Nordamerika	89
10.2.7. Zukunft der Rheuma-Orthopädie	90
10.3. Walter MOHING	92
10.3.1. Lebenslauf	92
10.3.2. Kontakte zu Rheuma-Orthopäden	93
10.3.3. Der Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie«	94
10,3.4. Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden	94
10.3.5, Mißerfolge	95
10.3.6, Zukunft der Rheuma-Orthopädie	96
10.4. Karl TILLMANN	97
10.4.1. Lebenslauf	97
10.4.2. Die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie	98
10.4.3, Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden	99
10.4.4. Forschungsprojekte	99
10.4.5, Prothetik	.00
10.4.6, Arthrodese	101
10.4.7. Synovektomie	

10.4.8. Mißerfolge	102
10.4.9. Die Zukunft der Rheuma-Orthopädie	
Vorschlag zur Statuserhebung der Rheuma-Orthopädie	103
11.1. Erläuterung	103
11.2. Der Fragebogen	104
2. Zusammenfassung	110
3. Tabellenverzeichnis	112
4. Abbildungsverzeichnis	114
5. Literatur- und Quellenverzeichnis	116
6. Anhang	124
16.1. Geschäftsordnung 1982	
16.2. Satzung 1992	128
ARO-Dokumentationsbogen	140

## Geleitwort

Zielsetzungen einer medizinisch-wissenschaftlichen Vereinigung zu verfolgen, Sinn und Zweck des Vereinslebens für die Zukunft zu gestalten ist das natürliche Anliegen aller Vereinsmitglieder und ihrer gewählten Repräsentanten. Hilfreich, sinnvoll und geradezu unerläßlich ist es, sich immer wieder auf bereits vollzogene Prozesse und ihre gedanklichen Grundlagen zurückzubesinnen. Das heißt, Rückschau in die Vergangenheit mit der Arbeit für die Zukunft zu verbinden. Nur allzu schnell – dies wird jeder einzelne im arbeitsreichen und hektischen Alltagsleben feststellen – geht das Vergangene und die Kenntnis über die Hintergründe verloren. Vorgänge verwischen sich, es kommt zu Verwechslungen, Mißinterpretationen, zu »Erkenntnissen«, die manchmal ganz der korrekten Grundlage entbehren.

Mit allen ARO-Mitgliedern schätze ich mich sehr glücklich, daß nunmehr eine von Frank-W. HAGENA im Rahmen einer Dissertation gemeinsam mit Herrn Ralph MÜLLER-GESSER erarbeitete Dokumentation vorliegt, die allen Interessierten Auskunft über Grundlagen, Hintergründe und bisherigen Entwicklungen in der ARO seit ihrem Bestehen vermittelt. In akribischer Arbeit ist es gelungen, eine Zusammenschau aller relevanten Vorgänge zustandezubringen, die es mehr als wert ist, interessiert aufgenommen zu werden, wenn man sich über unsere Vereinigung einen Überblick verschaffen möchte.

Selbst der »Eingeweihte« wird viele interessante und nützliche Details aus der Vergangenheit des Vereins finden und damit den roten Faden im Vereinsleben neu erkennen. Die mit den Männern der ersten Stunde Norbert GSCHWEND, Walter MOHING und Karl TILLMANN geführten Interviews und die Darstellung ihres Wirkens vermitteln überdies hochinteressante Einblicke und machen manche Hintergründe deutlich.

Auch die enormen Schwierigkeiten, wie beispielsweise das Ringen um eine gemeinsame Dokumentation in der orthopädischen Rheumatologie, werden in dem vorliegenden Werk deutlich. Exemplarisch sind aus solchen Prozessen wiederum die Aufträge für die Zukunft abzuleiten.

F.-W. HAGENA hat sich dankenswerterweise der großen Mühe der Erstellung der vorliegenden Dokumentation als Sekretär der ARO nach ihrer Umwandlung und Neugründung von 1992 bis 1996 unterzogen. Neben seiner hervorragenden Arbeit in seinem Amt hat er damit ein besonderes »Highlight« gesetzt.

Allen ARO-Mitgliedern wünsche ich eine interessante, Freude bereitende und zum Nachdenken anregende Lektüre.

R.K. Miehlke Präsident der ARO 1992–1998

## Vorwort

Ein 25jähriges Jubiläum gilt es zu feiern, da 1972 die erste Tagung des »Arbeitskreises Rheuma-Orthopädie der DGOT« in Zürich stattgefunden hatte. Dieses ein gewichtiger Anlaß der Rückbesinnung.

Viele Freunde hat der von N. Gschwend gegründete Kreis in seinen Bann gezogen. Diejenigen, die schon immer dabei waren, werden sich noch an die vielen gemeinsamen Stunden und Tage erinnern. Während diese Vergangenheit jetzt noch wach ist, soll einiges von diesen Zeiten in einer Chronik zusammengetragen und festgehalten werden.

Da sich diese geschichtliche Aufarbeitung insbesondere mit der Entwicklung der ARO zu beschäftigen hat, kommt die Entwicklung der »Rheuma-Orthopädie« ein wenig zu kurz. So lebendig wie der mehr als zwei Jahrzehnte dauernde Kampf um die Etablierung dieses Schwerpunktes sich darstellt, so hat sich auch die operative Behandlung mit ihren Möglichkeiten, Indikationen und Ergebnissen gewandelt. Die rasante Verbesserung der zur Verfügung stehenden Implantate und vor allem die so überaus positiven Resultate mit den Alloarthroplastiken der Gelenke an den oberen Extremitäten hat zu einer wesentlichen Therapiesicherheit beigetragen. Hierzu werden wir noch ein weiteres Kapitel für die ARO schreiben.

Der vorliegende Band stellt drei Bereiche in den Mittelpunkt. Erstens war von der Geburtsstunde der ARO an klar, daß ohne eine adäquate Dokumentation keine wissenschaftlich verläßlichen und vergleichbaren Ergebnisse möglich sein würden. Es bleibt daher festzuhalten, daß wir dieses angestrebte Ziel auch zum heutigen Zeitpunkt nicht befriedigend für die Rheumaorthopädie vorweisen können.

Zweitens hat sich die ARO insbesondere in ihren Tagungen und Klausurtagungen mit den verschiedenen Themenkomplexen der Rheumaorthopädie befaßt. Die hierzu erfolgten Publikationen sind im deutschsprachigen Raum nicht immer in zitatfähigen Organen erfolgt. Die Erhaltung dieser deutschsprachigen Grundlage wird in einer gesonderten Dokumentation erarbeitet.

Drittens war es den Autoren ein besonderes Anliegen, die Exponenten aus der Gründerzeit der ARO zu Wort kommen zu lassen. Daher führten wir »Interviews«, die in aktualisierter Form die Geschichte der ARO wachrufen helfen. Dieses ist nicht eine Zurücksetzung derer, die nicht befragt wurden. Einige von den uns zur Verfügung gestellten Dokumenten konnten wir auf Grund der Struktur dieser Arbeit nicht in angemessener Form darstellen. Auch hierfür bitten wir um Verständnis.

Die ARO – eine Chronik kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Wir haben uns bemüht, das »Essentielle« zu erfassen und damit für alle zu überliefern.

Der Dank gilt denjenigen, die uns in unserer Arbeit geholfen haben. Insbesondere danken wir Herrn H.J. Riedel, Fa. Novartis, für die großzügige Unterstützung der ARO, indem er den Druck ermöglicht hat.

Frank-W. Hagena

## **Einleitung**

Heute sind internistische und orthopädische Therapie von Rheumakranken eng miteinander verbunden. Doch bis es soweit war, hat es Jahrzehnte gedauert. Bis in die 50er Jahre dominierte die internistische Rheumatologie. Bis dahin kümmerte man sich in Deutschland vor allem in Kurkliniken um rheumatische Patienten. Dabei hatte es schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts vielversprechende chirurgische Ansätze gegeben: VOLKMANN führte 1877 die erste Synovektomie am Knie eines Tuberkulosekranken durch. SCHÜLLER (1893) und MÜLLER (1894) synovektomierten dann schon Rheumapatienten. Der Wiener ALBERT entwickelte 1878 die Arthrodese. Und schon 1894 verwendete HELFERICH Weichteile als Interponate. Doch diese Entwicklungen führten ein Mauerblümchendasein. Aus Angst vor Infektionen wurden nur vereinzelt klinische oder experimentelle Arbeiten durchgeführt. Und wenn, dann in den Vereinigten Staaten. Es scheint nicht übertrieben, wenn man sagt, daß mit der Entdeckung des Rheumafaktors die moderne Zeitrechnung der Rheumatologie begann. Erst dann, in den frühen 40er Jahren, war es möglich, anhand von Laborparametern rheumatische Erkrankungen differenziert zu betrachten.

Für die Rheumatologie wiederentdeckt wurden die Errungenschaften der Chirurgie erst 1952 in Finnland. Da holte der Internist LAINE den Chirurgen VAINIO in seine Rheumaklinik nach Heinola. Zum ersten Mal standen internistische und orthopädische Therapiemöglichkeiten unter einem gemeinsamen Dach zur Verfügung. Von Heinola schwappte die Idee nach Kontinentaleuropa. Zuerst nach Polen, wo JAKUBOWSKI in Warschau ein Staatliches Rheuma-Institut aufbaute, dann zu Beginn der 60er Jahre in die Schweiz. Dort integrierte GSCHWEND die Rheuma-Orthopädie an der Klinik Wilhelm Schulthess in Zürich. Mehr als ein Jahrzehnt nach den Anfängen in Heinola konnte die finnische Idee auch in Deutschland umgesetzt werden: Fast 70 Jahre nach der Gründung der Rheumaheilstätte Bad Bramstedt richtete TILLMANN 1968 in der Klinik eine orthopädische Abteilung ein, und als Walter MOHING 1970 Chefarzt der Hessing-Klinik in Göggingen bei Augsburg wurde, konnte sich dort ein zweites deutsches rheuma-orthopädisches Zentrum entwickeln.

Der Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie« der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) hatte entscheidenden Anteil daran, daß die Rheuma-Orthopädie im deutschsprachigen Raum seit den 70er Jahren einen stetigen Aufschwung erlebte. 1971 von GSCHWEND ins Leben gerufen, war die Arbeitsgruppe vom ersten Augenblick an Treffpunkt der erfahrensten deutschsprachigen Rheuma-Orthopäden, wie TILLMANN, MOHING und GSCHWEND. Im folgenden sei die Entwicklung dieser wichtigen rheuma-orthopädischen Vereinigung dargestellt.

## 3. Die Gründung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«

#### 3.1. Die DGOT-Definition der Arbeitskreise

Am 23. Mai 1970 wurde auf der Präsidiums- und Beiratssitzung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) die Einrichtung von Arbeitskreisen beschlossen. Diese waren von der Programmkommission der DGOT vorgeschlagen worden. Im Rundschreiben der DGOT vom 28. November 1970 »Zur Gründung von Arbeitskreisen« findet sich folgende Definition der Arbeitskreise:»Ihr Zweck und ihre Aufgabe ist es, bestimmte Schwerpunkte der klinischen und Grundlagenforschung sowie besondere Anliegen der Orthopädie und ihrer Grenzgebiete kontinuierlich zu bearbeiten, weiterzuentwickeln und über die Ergebnisse in angemessener Form zu berichten« (84).

Ihre Vorstellung von der Funktion der Arbeitskreise führten der Präsident der DGOT, Prof. Dr. H. RÖSSLER, und der Vorsitzende der Programmkommission der DGOT, Prof. Dr. H. MAU, im gleichen Rundschreiben aus: Mit der Bildung der Arbeitskreise wolle man eine Plattform schaffen, um den Erfahrungsaustausch, insbesondere mit jüngeren Kollegen, anzuregen. Gemeinsame Arbeitsvorhaben, auch mehrerer Kliniken, könnten so koordiniert und die Finanzierung von Forschungsprojekten erleichtert werden. Die Aufnahme von Wissenschaftlern anderer Fachbereiche werde die interdisziplinäre Kontaktpflege auf Grenzgebieten fördern. Außerdem würden Arbeitskreise die Zusammenarbeit mit Nachbarfächern sowie die Kooperation mit Technikern, Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten erleichtern (83).

Besonderen Wert legten RÖSSLER und MAU auf die »Zusammenführung von Interessierten und die Mobilisierung der Kräfte auf allen Sektoren unseres Faches«. Nach den Vorstellungen der beiden Professoren sollten die Arbeitskreise zur »entscheidenden Infrastruktur« der DGOT werden (85). Sie erhofften sich von den neuen Gremien wichtige Impulse für die Gestaltung der DGOT-Kongresse. In Arbeitskreissitzungen könnten beispielsweise Podiumsdiskussionen ebenso vorbereitet werden wie auch Symposien kleiner Teilgebiete. Ausdrücklich wird in dem Schreiben darauf hingewiesen, daß die Mitgliedschaft in einem Arbeitskreis nicht verpflichtend ist: »Es handelt sich vielmehr um Interessengemeinschaften auf rein freiwilliger Basis, welche weder gesteuerte Glieder der DGOT sind, noch etwa andere Forschungsprojekte zu präjudizieren vermögen« (85).

Der Gründungsmodus sollte folgendermaßen aussehen: Für jeden Arbeitskreis hatte die Programmkommission mehrere Ärzte nominiert. Aus jeder Gruppe wurde ein vorläufiger Gründungsobmann bestellt, der die Konstituierung des Arbeitskreises koordinieren sollte. Spätestens zum Frühjahrskongreß der Süddeutschen Orthopäden im Mai 1971 in Baden-Baden sollte die Gründung der Arbeitskreise stattgefunden haben. Dann hätten die endgültigen Leiter der einzelnen Gremien gewählt sein müssen, um gleich mit einer Bestandsaufnahme der anstehenden Probleme und Arbeitsmöglichkeiten, einer Aufstellung von Arbeitszielen und deren Begrenzung sowie der Organisation von Forschungsvorhaben beginnen zu können. Arbeitskreistagungen sollten sich aus Rationalisierungsgründen an die Kongresse der DGOT anlehnen (83).

Die Programmkommission schlug die Bildung folgender 16 Arbeitskreise und ihre vorläufigen Obmänner vor:

Arbeitskreise	Vorläufige Obmänner		
Binde- und Stützgewebsforschung	Professor Dr. H. COTTA Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg		
Schulmöbel	Privat-Dozent Dr. K. H. BERQUET Orthopädische Universitätsklinik Düsseldorf		
Begutachtungsfragen	Privat-Dozent Dr. G. ROMPE Orthopädische Universiätsklinik Heidelberg		
Rehabilitation	Chefarzt Dr. A. KATTHAGEN Orthopädische Heilanstalten Volmarstein		
Krankengymnastik	Professor Dr. W. HEIPERTZ Orthopädische Universitätsklinik Frankfurt-Niederrad		
Rheumatologie	Privat-Dozent Dr. N. GSCHWEND Orthopädische Klinik Wilhelm-Schulthess Zürich		
Handchirurgie	Professor Dr. W. BLAUTH Orthopädische Universitätsklinik Tübingen		
Osteosynthese	Professor Dr. H. MITTELMEIER Orthopädische Universitätsklinik Homburg/ Saar		
Arthosis deformans	Professor Dr. P. OTTE Orthopädische Universitätsklinik Mainz		
Skoliose	Privat-Dozent Dr. SCHEIER Orthopädische Klinik Wilhelm-Schulthess Zürich		
Endoprothetik	Professor Dr. A. N. WITT Orthopädische Klinik der Ludwig-Maximilians-Univ. München		
Hüftdysplasie	Professor Dr. H. MAU Orthopädische Universitätsklinik Tübingen		
Traumatologie	Professor Dr. G. FRIEDEBOLD Orthopädische Universitätsklinik, Oskar-Helene-Heim Berlin		
Sportmedizin	Privat-Dozent Dr. P. G. SCHNEIDER Orthopädische Universitätsklinik Köln-Lindenthal		
Cerebralparese	Professor Dr. H. H. MATTHIASS Orthopädische Universitätsklinik Münster		
Röntgenologie	Professor Dr. E. HIPP Orthopädische Klinik der Technischen Universität München		

Tabelle 1: Von der Programmkommission vorgeschlagene Arbeitskreise und mögliche Obmänner, 1970 (83).

#### 3.2. Der Gründungsablauf

GSCHWEND hatte RÖSSLER am 30. September 1970 schriftlich seine Bereitschaft signalisiert, die Leitung des Arbeitskreises »Rheumatologie« zu übernehmen. In RÖSSLERs Antwortschreiben vom 6. Oktober 1970 wurde GSCHWEND völlige Freiheit bei der Gründung zugesichert. RÖSSLER erklärte, daß sich die Arbeitskreise »personell als auch organisatorisch nach eigenem Ermessen konstituieren können«. Auch Schweizer Kollegen, die Interesse hätten, seien natürlich willkommen. Die Mitgliedschaft in der DGOT sei für die Mitarbeit in den Arbeitskreisen keine Voraussetzung, schrieb RÖSSLER (122). GSCHWEND fühlte sich in seiner Absicht bestätigt, den Arbeitskreis »Rheumatologie« auf »eine Art internationale Bühne« zu stellen, d.h. auch Rheuma-Orthopäden aus anderen europäischen Ländern, wie BRATTSTRÖM, PAHLE, JAKUBOWSKI und VAINIO, die nicht Mitglieder der DGOT waren, hinzuzuziehen (33). Anstelle der DGOT-Bezeichnung »Rheumatologie« nannte GSCHWEND den Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie« (25) in der Absicht, einen klaren Trennstrich hinsichtlich der Zuständigkeit gegenüber Allgemeinchirurgen zu ziehen.

Im März 1971 wandte sich GSCHWEND schriftlich an folgende Kollegen, von denen er glaubte, daß sie an der Rheuma-Orthopädie interessiert seien:

Arzt	Krankenhaus
Professor Dr. G. FRIEDEBOLD	Orthopädische Universitätsklinik Oskar-Helene-Heim Berlin
Privat-Dozent Dr. M. JÄGER	Orthopädische Universitätsklinik München
Dr. J. KÖCHLING	Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen
Professor Dr. M. E. MÜLLER	Lindenhofspital Bern
Privat-Dozent Dr. D. SCHÖLLNER	Orthopädische Universitätsklinik Münster
Dr. G. SEGMÜLLER	Orthopädisch-Traumatologische Klinik St. Gallen
Professor Dr. W. TAILLARD	Clinique Orthopédique Universitaire Genf
Professor Dr. K. TILLMANN	Rheumaklinik Bad Bramstedt
Primarius Dr. H. HOFER	Landeskrankenhaus Salzburg
Dozent Dr. R. BAUER	Orthopädische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck
Dr. G. KÖNIG	Orthopädische Universtiätsklinik Tübingen
Professor Dr. W. MOHING	Hofrat Friedrich Hessingsche Orthopädische Heilanstalt Göggingen
Privat-Dozent Dr. D. TÖNNIS	Orthopädische Kliniken der städtischen Krankenanstalten Dortmund
Privat-Dozent Dr. E. MORSCHER	Basel
Privat-Dozent Dr. K, SCHULITZ	Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

Tabelle 2: Ärzte, die GSCHWEND anschrieb, um ihr Interesse an einem Arbeitskreis zu erfragen, 1971 (25).

Diesen Ärzten schickte GSCHWEND einen Fragebogen, um ihre Meinung zu Organisation und Thematik des Arbeitskreises (Literaturdienst, Dokumentation etc.) zu erfahren. Anhand der Antworten gestaltete er die Tagesordnung der ersten Sitzung (24).

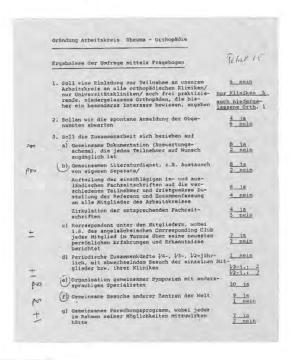


Abbildung 1: Der Orginalfragebogen, anhand dessen GSCHWEND die Tagesordnung der Gründungssitzung gestaltete.



Abbildung 2: Fortsetzung des Originalfragebogens.

## 3.3. Die Teilnehmer der Gründungssitzung

Am Freitag, dem 30. April 1971, war es schließlich soweit. In Baden-Baden fanden sich folgende zehn Interessenten zur Gründungssitzung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« (ARO) ein (29): Das Kürzel ARO schlug Gschwend vor mit dem Hinweis auf die große internationale Bedeutung, welche die (in der Schweiz begründete) AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) erlangt hatte und weil das verwendete »R« (Rheuma) dem Kürzel Sinn und eine zukunftsweisende »rollende Phonetik« verlieh.

Teilnehmer	Krankenhaus
R. BAUER	Orthopädische Universitätsklinik Innsbruck
N. GSCHWEND	Klinik W. Schulthess Zürich
H. HOFER	Landeskrankenhaus Salzburg
K. HÖRDEGEN	Orthopädische Uniklinik Basel
G. KÖNIG	Orthopädische Uniklinik Tübingen
W. MOHING	Hessingklinik
U. PLAASS	Orthopädische Uniklinik Mainz
G. SCHMÖLLER	Unfallchirurgische Abteilung Göppingen
E. STÖRIG	Orthopädische Uniklinik Frankfurt
K. TILLMANN	Rheumaheilstätte Bad Bramstedt

Tabelle 3: Teilnehmer der Gründungssitzung, 30. April 1971.

1 200		uno-Okopoda
Name rousur	keini't	wolunt
molning Lalle	Kerinik Werinik W. Silenelless	8402 Singen gen Fürik
HOFER : Harms	Gendes handon -	Salabury A- 502
Tillmann, Kare	Rhoumaheil-	Bad Bramstedt
Hördegen, Wust	1 7 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	m. Basel/Solwiz
BAUER Rudelf	Orthow Anis - Colonel	A-6020 INNER RUCK
Wonig, fride	Infall Chin Abily	en 7484 Zenkerjerringe Shareh 48 782 giffingan
ironig Etherhaid	Orthogo Luis Klink Frankfirs M.	boos ffm., Karienbeing che
Pleass, ride	Orthog, Uni - Ulin	t. Mains

Abbildung 3: Originalteilnehmerliste der Gründungssitzung am 30. April 1971 in Baden-Baden.

Im Protokoll dieser Sitzung sind noch folgende Kollegen erwähnt, die trotz Abwesenheit ihr Interesse bekundet hatten (28);

Arzt	Krankenhaus
J. BAUER	Orthopädische Universtiätsklinik Homburg
G. FRIEDEBOLD	Oscar-Helene-Heim Berlin
E. HERTEL	Orthopädische Universitätsklinik Münster
M. JÄGER	Orthopädische Universitätsklinik München
L. JANI	Kinderspital Basel
J. KÖCHLING	Auguste-Viktoria-Klinik Bad Oeynhausen
Ch. MEULI	Inselspital Bern
D. SCHÖLLNER	Orthopädische Universitätsklinik Münster
G. SEGMÜLLER	Orthopädische Klinik St. Gallen
G. STELLBRINK	StGeorg-Krankenhaus Hamburg
W. TAILLARD	Clinique Orthopédique Universitaire Genf

Tabelle 4: Ärzte, die nicht an der Gründungssitzung teilnahmen, aber Interesse bekundet hatten, 1971 (28).

## 3.4. Die Tagesordnung der Gründungssitzung

GSCHWEND wurde zum ersten Obmann des ARO gewählt (26). Die Teilnehmer beschlossen, daß nur »Orthopäden, die aufgrund ihrer bisherigen Tätigkeit, ihrer Arbeitsbedingungen (Patientengut, Spital) die Voraussetzungen für eine aktive Teilnahme im Arbeitskreis erfüllen können, « dem Arbeitskreis beitreten dürften«. Handchirurgen, wie STELLBRINK, nur dann, »wenn sie in enger Zusammenarbeit mit dem Orthopäden, gleichsam unter seinem Dach, die Operationen an der rheumatischen Hand durchführen«. Rheumatologen und Pathologen wurde die Mitgliedschaft dagegen verwehrt. Sie sollten nur von Fall zu Fall als Berater hinzugezogen werden (27).

Darüber hinaus wurde in der Gründungssitzung mit Hinweis auf die segensreiche Wirkung einer gemeinsamen Datensammlung in der AO auf die Bedeutung einer einheitlichen Dokumentation hingewiesen (26). TILLMANN, KÖNIG und GSCHWEND, die sich bereits mit dem Problem auseinandergesetzt hatten, wollten bis September desselben Jahres einen Entwurf erarbeiten. Dann, während der Jahreshauptversammlung der DGOT in Bonn, sollte das Konzept besprochen werden. Erstaunlich, wie optimistisch die Gründungsmitglieder an eine schnell zu entwickelnde Einheitsdokumentation glaubten: »Wird er (der Entwurf, Anmerkung des Autors) für gut befunden, so soll er von allen Mitgliedern verpflichtend übernommen werden« (27).

HÖRDEGEN übernahm die Aufgabe, einen Literaturdienst einzurichten (26). Ziel war es, regelmäßig jedem Mitglied Listen mit rheuma-orthopädisch relevanten Veröffentlichungen zukommen zu lassen. Zum Schluß der Sitzung wurde beschlossen, daß künftige Arbeitskreistagungen einmal jährlich stattfinden sollten.

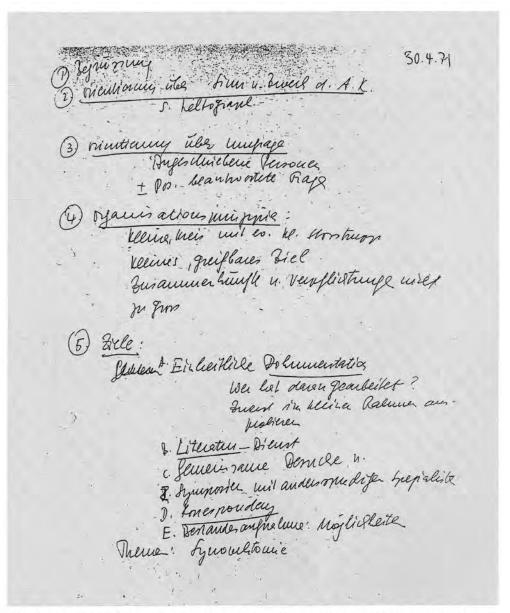


Abbildung 4: GSCHWEND schrieb die Tagesordnung der Gründungssitzung mit der Hand, 30. April 1971 (30).

## 4. Die Satzung

## 4.1. Die Entwicklung der Mitgliederzahl

Die Ärzte, die 1971 den Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie« aus der Taufe hoben, waren damals die einzigen, die in Deutschland über Erfahrungen auf dem Gebiet der Rheuma-Orthopädie verfügten. Aus diesem Grund sahen sie zunächst ihre Hauptaufgabe – neben der Koordinierung wissenschaftlicher Fragestellungen – vor allem darin, den Wissensstand auf dem Gebiet der Rheuma-Orthopädie unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) anzuheben.

So entstand eine gut funktionierende Arbeitsgruppe, die breites Interesse weckte und enormen Zuwachs verzeichnete. Neben einem Strom neuer deutscher Mitglieder brachten auch viele skandinavische Kollegen ihre Arbeit in den Arbeitskreis ein. Nicht zuletzt deshalb fanden beispielsweise 1977 in Lund (Tagungsleiter: BRATTSTRÖM) und 1980 in Oslo (PAHLE) die Klausurtagungen statt.

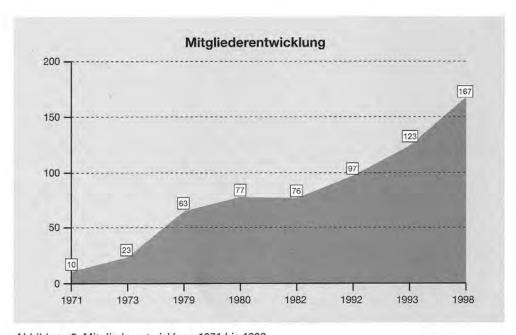


Abbildung 5: Mitgliederentwicklung 1971 bis 1998.

#### 4.2. Die Satzung

Das Interesse am Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie« wuchs ständig. Obmann Walter MOHING erkannte bereits auf der Tagung in Salzburg (1976) die Gefahr, daß das Gremium durch den Mitgliederzuwachs weniger effektiv würde arbeiten können. Deshalb wies er darauf hin, daß Kriterien für eine Mitgliedschaft notwendig seien. Bevor aber konkrete Maßnahmen ergriffen wurden, galt es, die Frage zu klären, ob die Mitgliedschaft in einem Arbeitskreis der DGOT überhaupt beschränkt werden könne. Gemäß deren Satzung stand jeder Arbeitskreis jedem Mitglied der DGOT offen.

Ein erster Schritt wurde 1978 in Basel vollzogen. Auf der Klausurtagung beschloß der Arbeitskreis, sich Statuten zu geben (12). Obmann MOHING hatte bereits einen Entwurf erarbeitet, der die DGOT-Statuten respektierte. Dieser wurde jedem Mitglied zugestellt und diente auf der Klausurtagung in Wien (1979) als Diskussionsgrundlage (48).

Durch das Aufstellen von Statuten sollte die Möglichkeit geschaffen werden, die Mitgliederzahl zu limitieren und einen Mitgliedsbeitrag zur Abwicklung organisatorischer Aufgaben zu erheben. Es wurde ein Gründungsausschuß bzw. eine Statutenkommission gebildet, der HOFER, MOHING, JÄGER, GSCHWEND, TILLMANN, BRATTSTRÖM und OTTE angehörten (12). Trotz vieler unterschiedlicher Vorstellungen bei der Ausgestaltung der Statuten herrschte in der Kommission Einigkeit darüber, daß die Schirmherrschaft der DGOT bestehen bleiben sollte. GSCHWEND schlug vor, einen Vorstand, der mit den Geschäften betraut sein sollte, zu wählen und bei Mitgliedschaften eine aktive ordentliche von einer außerordentlichen zu unterscheiden. Nur so sei die Funktionsfähigkeit des Arbeitskreises durch die enorm wachsenden Mitgliederzahlen (1979: 63 Mitglieder) zu wahren.

Bereits ein Jahr später in Oslo (1980) berichtete Obmann HOFER, daß der Arbeitskreis erneut gewachsen war. Mittlerweile umfaßte er 77 Mitglieder. Um diesem Zuwachs Einhalt zu gebieten, beschloß die Versammlung, einen einjährigen Aufnahmestopp zu verhängen (49). Die Statutenkommission arbeitete in Zusammenarbeit mit Juristen an einer endgültigen Fassung. Während BRATTSTRÖM aus dem Gremium ausschied, wurden GOLDIE und R. NEUMANN neu berufen. In Oslo stellte TILLMANN fest, daß die Funktion der ARO sich gewandelt habe: Zu Beginn sei vor allem Fortbildung und Information über die Rheuma-Orthopädie im Vordergrund gestanden. TILLMANN (50) sagte: »Nunmehr ist der Zeitpunkt erreicht, an dem Nachhilfeunterricht nicht mehr notwendig ist. Als Selektionsprinzip erscheint der wissenschaftliche Nachweis möglich, wie er auch bei den Handchirurgen praktiziert wird«. TILLMANN forcierte die Anlehnung der ARO-Statuten an die Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie, die ihm BUCK-GRAMCKO zusandte (132). Obmann HOFER unterlegte das Jonglieren mit Paragraphen mit anderen Werten: Als Grundlage für alle Verhandlungen solle gelten, daß der Arbeitskreis weiterhin als ein »Verein von Freunden« verstanden werden sollte (51).

Im Jahr 1980 intensivierte sich der Austausch innerhalb der Statutenkommission. In stetigen Briefwechseln wurden immer wieder neue Vorschläge gemacht, bereits ausgearbeitete Paragraphen korrigiert und anschließend mit Juristen überarbeitet. Im April 1981 war es schließlich soweit: Die Kommission konnte einen ersten Satzungsentwurf vorlegen (133). Dieser wurde auf

verschiedenen Sitzungen diskutiert und mehrfach überarbeitet: Beispielsweise wurden in der ersten Version noch fünf verschiedene Mitgliedschaften (ordentliche, außerordentliche, assoziierte, korrespondierende und Ehrenmitglieder) aufgeführt, während in der endgültigen Fassung vom Oktober 1985 (siehe Anhang) nur noch normale und korrespondierende Mitglieder unterschieden wurden. Eine weitere wichtige Änderung war die Verkürzung der Amtszeit des Obmannes: Anstatt drei Jahre lang an der Spitze des Vorstandes zu stehen, wurde ihm im endgültigen Satzungsentwurf die Führung nur noch für zwei Jahre zugestanden.

Professor FRIEDEBOLD, Mitglied des Vorstandes der DGOT, drängte ebenfalls auf eine Kursbestimmung des Arbeitskreises: Während des Kongresses der Vereinigung Nordwestdeutscher Orthopäden ließ er sich von TILLMANN am 26. Juni 1981 über den Stand der Entwicklung informieren (133). Am 9. Oktober 1981 fand in Heidelberg während des DGOT-Kongresses eine Mitgliederversammlung statt, bei der der Satzungsentwurf der Statutenkommission den ARO-Mitgliedern schließlich vorgelegt und von diesen genehmigt wurde. Offen war allerdings noch das Verhältnis zur DGOT, wobei die Mehrheit der Mitglieder sich dafür aussprach, möglichst in der DGOT zu verbleiben. TILLMANN, Nachfolger HOFERs als Obmann, wurde beauftragt, mit der DGOT zu verhandeln (101).

## 4.3. Die Verhandlungen mit der DGOT

Die Verhandlungen TILLMANNs mit der Präsidialkommission der DGOT (Vorsitzender: RÖSSLER; Mitglieder: BRUSSATIS, COTTA, SCHLEGEL, FRIEDEBOLD, IMHÄUSER, RETTIG, PUHL, FRIES, RAUSCH) brachten am 12. Dezember 1981 erste Ergebnisse. Die Präsidialkommission erkannte, daß der Arbeitskreis, bedingt durch den Mitgliederzuwachs, eine außergewöhnliche Stellung innerhalb der DGOT einnahm (134). Betont wurde auch die Gefahr der Separation. TILLMANN (135) stellte klar, daß die ARO sich nicht in Gegensatz zur DGOT stellen wolle: »Als Beweis für unsere Loyalität führte ich an, daß es ausschließlich unser Verdienst sei, daß die Rheuma-Orthopädie eine rein orthopädische Angelegenheit geblieben sei, und daß wir keinerlei Expansionsgelüste hätten, sondern daß im Gegenteil unsere Statuten nur auf eine Limitierung ausgerichtet seien«. Es wurde vereinbart zu prüfen, ob die ARO-Statuten innerhalb der DGOT verwirklicht werden könnten oder ob dazu eine Satzungsänderung der DGOT vonnöten wäre. Bereits in diesem Gespräch wurde die Möglichkeit der Sektionsgründung diskutiert. Dann wäre jedoch eine Satzungsänderung der DGOT nötig geworden. Diese hätte vom Gesamtvorstand der DGOT vorbereitet und von deren Mitgliedern bestätigt werden müssen. »Damit würden wir vielleicht etwas stärker herausgehoben, jedoch wäre das Verfahren eben umständlicher. Persönlich sehe ich keinen großen Vorteil darin - weder für uns noch erst recht für die DGOT«, urteilte TILLMANN (135).

Entgegen der Bedenken TILLMANNs einigten sich die DGOT und der Arbeitskreis schon ein halbes Jahr später, am 14. September 1982 in Mainz, auf die Bildung einer »Sektion« (17).



Abbildung 6: Vereinbarung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumalogie (DGOT) und der Arbeitsgemeinschaft Rheuma-Orthopädie (ARO) über die Gründung einer Sektion, Mainz, 14. September.

TILLMANN (137) glaubte nun, daß »die Geburtswehen (...) ausgestanden seien«. Die Präsidialkommission hatte die ARO-Satzung überprüft und in einigen Punkten geändert (136). So wurde der Ausdruck »Satzung« durch »Geschäftsordnung« ersetzt. Außerdem wurde der Paragraph über Ehrenmitgliedschaften gestrichen. Dieses Recht sollte der DGOT vorbehalten bleiben. Um die Interessen des Arbeitskreises in der DGOT zu vertreten, beabsichtigte man, ein ARO-Vorstandsmitglied im wissenschaftlichen Beirat der DGOT zu integrieren. TILLMANN betonte, daß die Vereinbarung den »rein wissenschaftlichen Charakter unserer Sektion« bestätige (138). Für berufs- und standespolitische Aufgaben sollte ausschließlich die mit der Vereinbarung ins Leben gerufene »Rheuma-Kommission« zuständig sein. Die administrative Form war die einer Sektion, nicht die eines Vereins, wie TILLMANN erklärte, sodaß nicht eine Satzung, sondern eine Geschäftsordnung die Grundlagen des Zusammenschlusses regelte (136).

Offen blieb die Frage der Beitragserhebung. Zwei Möglichkeiten standen zur Auswahl: Entweder sollte die DGOT über ihren Schatzmeister oder über den Kassenwart des Arbeitskreises von den ARO-Mitgliedern einen gesonderten Sektionsbeitrag erheben. Die andere Lösung sah vor, den Mitgliedsbeitrag als Spende einzuholen (136).

Um letzte Fragen zu klären, zog R. NEUMANN den Rechtsanwalt LANDGRAF (77) zu Rate. Der Experte in Vereinsrecht regte zwei kleine Korrekturen der ARO-Geschäftsordnung (Mitgliedschaft, Beitragserhebung) an, verneinte aber die Notwendigkeit einer Satzungsänderung der DGOT. Trotzdem einigte sich TILLMANN mit der Präsidialkommission auf eine Satzungsänderung der DGOT.

Der erste Versuch, diese von der Mitgliederversammlung der DGOT in Essen am 22. September 1983 umsetzen zu lassen, mißlang. Am selben Tag hatte eine außerordentliche Mitgliederversammlung des Arbeitskreises stattgefunden, in der nochmals die Optionen, eingetragener Verein und Loslösung von der DGOT oder Sektionsbildung im Rahmen der DGOT, diskutiert wurden. Mit großer Mehrheit (21 Fürstimmen gegenüber einer Gegenstimme) war der Verbleib in der DGOT beschlossen worden (103). Trotz dieses eindeutigen Votums zugunsten der DGOT dauerte es noch bis zum 13. September 1984, ehe die Mitgliederversammlung der DGOT in Nürnberg die Satzungsänderung der DGOT verabschiedete.

## 4.4. Neuorganisation und Neugründung

Die endgültige Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft (siehe Anhang) aus dem Jahr 1985 behielt bis 1992 Gültigkeit. Während der Klausurtagung in Wien, im Mai 1992, sprach MIEHLKE nach seiner Wahl zum Obmann mit dem damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) JANI über eine rechtliche Neugestaltung des Arbeitskreises. Grund war eine Änderung der Satzung der DGOT, die den Sektionen nun die Möglichkeit bot, selbständige und rechtsfähige Vereine zu gründen. Am 28. Juni desselben Jahres fand eine außerordentliche Vorstandssitzung des Arbeitskreises statt, auf der mit der Entwicklung einer neuen Satzung begonnen wurde (88).

Schon im August konnte der Vorstand den Mitgliedern des Sektionsbeirates des Arbeitskreises und dem Vorstand der DGOT einen ausgearbeiteten Satzungsentwurf vorlegen. Diesen billigte der Vorstand der DGOT am 15. September 1992. Nur drei Tage später, am 18. September, kam der Sektionsbeirat des Arbeitskreises zu einer außerordentlichen Sitzung zusammen. Die endgültige Satzung wurde verabschiedet und so die »Arbeitsgemeinschaft für Rheuma-Orthopädie« formal aufgelöst. An ihre Stelle trat an diesem 18. September 1992 die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«, Unmittelbar danach fand eine Versammlung der Mitglieder der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft statt. Der Vorstand des neuen Vereins mußte gewählt werden.

Vorstand der »Assoziation für Örthopädische Rheumatologie e.V.«, 18.09.1992	Amtsinhaber		
Präsident	Rolf K. MIEHLKE		
Vizepräsident	Christoph H. MEULI		
Schriftführer	Frank-W. HAGENA		
Kassenführer	Heiner THABE		
Tagungsleiter	Günther SALZMANN		

Tabelle 5: Erster Vorstand der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«, 18.09. 1992.

Offiziell gegründet wurde die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.« mit Sitz in Wiesbaden am 1. Oktober 1992. Unter der Nummer 2856 wurde der Verein ins Vereinsregister beim Amtsgericht Wiesbaden eingetragen (88). Der Mitgliedsbeitrag wurde auf 100 DM jährlich festgelegt.

»Weil aber die bisherige ›Arbeitsgemeinschaft für Rheuma-Orthopädie« in ihrer einundzwanzigjährigen Tätigkeit unter den Buchstaben ›ARO« weithin bekannt wurde, wird diese Buchstabenfolge auch im neuen Verein gewissermaßen als Logo beibehalten« (89). Die Assoziation ist weiterhin eine Sektion der DGOT, hat aber die Rechte und die Pflichten eines eingetragenen Vereins. Im Zuge der Vereinsbildung ersetzte eine neue Satzung (3) die frühere Geschäftsordnung (1). Dieses brachte Änderungen mit sich, die hier gegenübergestellt werden:

- »Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache« (2) sind nicht länger Beitrittsvoraussetzung: »Der Verein (...) steht auch nicht-deutschsprachigen Interessenten offen« (4).
- Neu eingeführt wurde § 3, »Gemeinnützigkeit«: Der Verein darf für satzungsgemäße, gemeinnützige Zwecke alle Einnahmen und Spenden verwenden.
- Ergänzt wurde die Satzung um neue Formen der Mitgliedschaft: Nun werden ordentliche, außerordentliche, fördernde, kooperative, korrespondierende und Ehrenmitglieder unterschieden. In der alten Geschäftsordnung waren nur normale und korrespondierende Mitgliedschaften erwähnt worden.
- Vor Gründung des Vereins war die Ernennung von Ehrenmitgliedern der Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) vorbehalten gewesen. Die neue Satzung ermöglicht dem Arbeitskreis nun, diese Entscheidungen eigenständig zu treffen.
- Der Obmann heißt nun Präsident, der Vizeobmann entsprechend Vizepräsident. Der Vorstand wird um die Position des Tagungsleiters erweitert.
- Der Sektionsbeirat des Arbeitskreises mit maximal 50 Mitgliedern wird durch einen ständigen und einen gewählten Beirat ersetzt. Während der letzte Präsident, der letzte Tagungsleiter und die Vorsitzenden der Kommissionen automatisch dem ständigen Beirat angehören, wählt die Mitgliederversammlung zehn Mitglieder für zwei Jahre in den gewählten Beirat.
- Völlig neu ist § 8, »Die Mitgliederversammlung«. Die Mitgliederversammlung entscheidet unter anderem über die Entlastung des Vorstandes.

- Kommissionen sind jetzt rechtlich verankert. Der geschäftsführende Vorstand hat das Recht, für besondere Aufgaben Kommissionen ins Leben rufen.
- Der Jahresbeitrag, den bisher der Sektionsbeirat festlegte, wird nun vom Vorstand bestimmt und von der Mitgliederversammlung bestätigt.
- Satzungsänderungen können von der Mitgliederversammlung mit 2/3-Mehrheit beschlossen werden. Für Änderungen der alten Geschäftsordnung war im Sektionsbeirat eine 3/4-Mehrheit nötig gewesen. Soll der Zweck des Vereins verändert werden, müssen jetzt 75 Prozent aller stimmberechtigten Mitglieder dafür stimmen. Diese Mehrheit ersetzt die 4/5-Mehrheit im Sektionsbeirat, die die alte Geschäftsordnung in diesem Fall vorgesehen hatte.
- § 13 regelt die Auflösung des Vereins. Dazu ist eine 4/5-Mehrheit notwendig.
- Im Falle einer Vereinsauflösung fällt das Vermögen der »Deutschen Rheumaliga oder einer anderen als steuerlich gemeinnützig anerkannten Körperschaft zu« (5). Gemäß der ehemaligen Geschäftsordnung wäre im Falle der Auflösung das Vermögen des Arbeitskreises in das Gesamtvermögen der DGOT übergegangen.

## 5. Die Dokumentation

Die Teilnehmer der Gründungssitzung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« legten ein wesentliches Ziel fest: Möglichst schnell sollte eine umfassende und einheitliche Dokumentation erarbeitet werden. Dieser Versuch wird hier anhand der Sitzungsprotokolle der ARO-Tagungen dargestellt.

»Eine Klassifikation und gemeinsame Aussagen sind ehen nur dann möglich, wenn nach denselben Kriterien dokumentiert wird.«

Norbert GSCHWEND (33)

## 5.1. Baden-Baden (30. April 1971)

Bereits in der Gründungssitzung am 30. April 1971 in Baden-Baden stand die Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation auf der Tagesordnung. Im Protokoll (27) heißt es dazu: »Als konkretes Nahziel wird in erster Linie eine einheitliche Dokumentation ins Auge gefaßt.« TILLMANN, KÖNIG und GSCHWEND wurden gebeten, einen Entwurf zu erarbeiten. Dieser sollte von den Mitgliedern diskutiert und korrigiert und dann verpflichtend übernommen werden (26). Wie sich im Laufe der Jahre zeigte, war eine schnelle Einigung reine Utopie. Als zu komplex entpuppte sich die Problematik der Dokumentation. Zu schwierig war es, die verschiedenen Vorstellungen der Kollegen zu bündeln und in ein Konzept zu gießen, das von allen Mitgliedern akzeptiert werden konnte.

## 5.2. Bonn (20. September 1971)

Natürlich wurde auch während der nächsten Tagung in Bonn über die Dokumentation diskutiert. GSCHWEND glaubte, daß ein Entwurf der Befunddokumentation voraussichtlich bis Ende 1971 fertig sein könnte. Ein Konzept, das aus drei verschiedenen Bogen bestand, war bereits erdacht worden: Der erste Bogen – der Krankenbogen – sollte über die Krankheit, als Systemkrankheit (Art, Dauer, Stadium, medikamentöse Therapie) sowie über Blut- und serologische Untersuchungen informieren. Den Behinderungsgrad im Alltag mit Bezug auf die wichtigsten Komplex-Funktionen (Gehfähigkeit, Selbsthilfe, Beruf) wollte man im Stammbogen festhalten. Die Dokumentation vervollständigen sollten Spezialbogen, um den Zustand (Funktion, Deformität, etc.) einzelner Gelenke vor und nach der Operation zu erfassen. Auch die Abstände der Nachuntersuchungen waren festgelegt: Sie sollten in drei-, sechs- und zwölfmonatigen Abständen erfolgen. Die Crux der Dokumentation erkannten GSCHWEND, KÖNIG und TILLMANN bereits zu diesem Zeitpunkt: Je detaillierter und präziser die Daten, desto mehr Zeit benötigten Ärzte zum Ausfüllen der Bogen (70).

## 5.3. Baden-Baden (29. April 1972)

In Baden-Baden wurde erneut bekräftigt, daß eine einheitliche Dokumentation »wesentliche Voraussetzung für die wissenschaftliche Tätigkeit der ARO« sei (32). Die Anfangseuphorie, die Hoffnung, innerhalb kürzester Zeit die Dokumentation zu erstellen, war gedämpft worden. Nicht alle Kollegen waren bereit, sich an der Entwicklung intensiv zu beteiligen. Das Konzept mit drei verschiedenen Bogen, Kranken-, Stamm- und Spezialbogen, war nun greifbar, da TILLMANN, GSCHWEND und KÖNIG Entwürfe vorstellten (31):

Der Entwurf eines Krankenbogens stammte von TILLMANN. Dort sollten rheumatologische Daten, wie Typ der rheumatischen Erkrankung und Aktivitätsgrad, festgehalten werden (141). Entgegen den Begriffsdefinitionen des Arbeitskreises nannte TILLMANN diesen Dokumentationsentwurf »Entwurf Stammbogen«, also nicht »Krankenbogen« wie vom Arbeitskreis vorgeschlagen, und seinen Vorschlag für einen Stammbogen dann »2. Stammbogen« (siehe Seite 34, Abb. 10).

```
Dokumentation ARO - Entworf Steambogen
Hames ... Younges ... Beruf: erlernts ...
Aufn. Patum ... Diagnoses 1. .. 2. .. 3. .. 4. .. Unters.Datung ...
General:: N() V() Geb. Datum: ... Lebensalter (Desennien)
Rechtshänder / Linkshänder Körpergröße: om Körpergawicht: kg
klin. Stadium (ARA): 1 2 5 4
Frankheitsdauer: < 1 J. 1-2 J. 2-5 J. 5-10 J. >10 J.
Seginni chrop. akut synn. asynn.
Art d. Bef.: poly oligo mono kleine Gel. große Gel.
Momplexfunktionen? (Klartext, falls srvlinscht)
Hed. Behandlung: (regeln#Sig - dawernd - mit Unterbrachung)
Bazis-Th. : Chloroquin Gold Alkyl. Antimatabol. Antimit? D.Penicili.
Sympt. Th.: Steroide Salicyl. Pyrasol. Indoned, Refen. Flufen.-Hifl.
          Thunr. Azapr.
1. a. Th. : Steroide s.Mucopol. Transplol "Symoviorthese" (Electent?)
phys. Th. : Kineso-Ta, Wirmeanv. (Kurzv. c. S.) Ro.-Bestr.
chir. Th. : presventiv rekonstruktiv
```

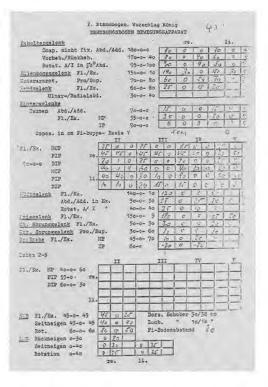
Abbildung 7: Krankenbogen TILLMANN: Neben den Patientendaten sollte auf der ersten Seite die bisherige Therapie und der Krankheitsverlauf festgehalten werden.

```
Laborhefunder
 BSC: (1. Std.) 15 - 50 - 100 100
                                       CRP: Ø + ++
Dec. Siv.: (6 gs )6 gs Albuminer 4 ft y-Globuline: 4 ft
Cerum Eisen 400 ys
                         60 - 175 ys
                                       > 175 M
(Serun Eupfert < 80 yf
Th: <25 ShE: (<70%) >25 HbE (>70%) Leuko: <4000 4-8000 >8000
        LFT: + $ 177: <32 52 >32 Waaler Rose;<32 52 >32
Ca: <9 = 5
            9 - 11 ogs >11 ogs
Phosphate: <2.5 mg6 2,5 - 4,5 mg6
                                       > 4.5 mg/6
Sulkowitsch: d +
fribung: trub ( )
                        klar ( )
Parker farbl. ( ) heligelb ( ) gelb ( ) grunt. ( ) braunt. ( ) sung. ( )
ViscositWit: dUnnfl. ( ) viscos ( ) gallertig ( )
Zellsahl: <200 200 - 2 000 2 000 - 10 000 10 000 - 50 000 >30 000
Tellausstricht (80% Segm. 80 - 50 Segm. ) 50% mononuol.
Entivenmentrich: Urate ( ) Cu. Pyroph, ( ) Rhagozyten ( )
GRE. EIN. /2 5%
                  2-600 3400
Elpho:
Enguer
Gasanalyt.
(Freis Spalte zum Einstempeln angewandter Prüfungen und Methoden)
```

Abbildung 8: Krankenbogen TILLMANN: Zur Dokumentation von Laborbefunden diente der zweite Teil des Stammbogens. Außerdem war Platz für die Ergebnisse der Ergußuntersuchungen.

- Zur Gestaltung des Stammbogens gab es drei verschiedene Vorschläge:
- KÖNIG (69) wollte die Funktion der Gelenke gemäß der Null-Durchgangsmethode zahlenmäßig genau erfassen.

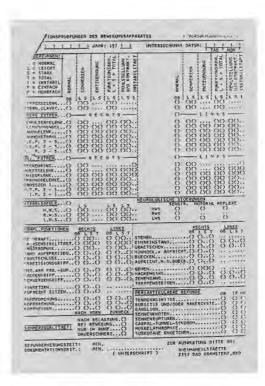
Abbildung 9: Stammbogen KÖNIG: Gemäß der Null-Durchgangsmethode sollte die Funktion der Gelenke dokumentiert werden.



Da TILLMANN (142) bereits seinem Krankenbogen entgegen den Definitionen des Arbeitskreises den Namen »Stammbogen« gegeben hatte, nannte er seinen Stammbogen konsequenterweise »2. Stammbogen«. Er gab Auskunft über den Zustand aller von der chronischen Polyarthritis betroffenen Strukturen und hielt die Ergebnisse komplexer Funktionen fest.

Abbildung 10: Stammbogen TILLMANN: Sein Entwurf sollte den gesamten Bewegungsapparat umfassen. Auch komplexe Funktionstests konnten festgehalten werden.

Elizioh	PC7 - Uni	t • r • u o h u	_	* *
Name das Patient	ent		Yorname:	
Gebortsdatum	100	erafi		
Photos	1) ap staher ringer of geoffnote		Ache mach vors	e, maximal
Max. Extensions- Zistand:	Vond mave	gestreckt stab imal mach binten t, gestreckte Fi	meneint, Arms	vensimmnder
Man. Plexions- Sastand:	1) auf ca li int, suf mit maxim normal si	5-20cm hohem Sch Stuhl von 42-45 sel gebeugten Kn segesetst, Kopf gelenke. Mände s nd (seitlich auf	emel, wenn die em Böhe (Norma ien, gebengten maximal flekti oitlich bei me	u nicht abriich Ibbad, nitwar
Pringer	L bethilfe			-
Angieben; ohne 8		reitweise mit milfemitteln welche:	ismer sit Hilfspitteln welche:	mur nit second
K <sup>n</sup> -ping ohne S	chwierigkeiten	zeitweise mit milfunitteln welche:	inmer mit Hilfemitteln Welchwe	nur sit fræmder Klike
Pagent ohne S	chvierigkeiten	ceitwalse mit Hilfenitteln welcher	inner wit Wilfamitteln welcher	nut rit Eremder Dilfu
parafi ohne Basint	richtigung	toilveior arbeiteunEAhig	Derufawech- sel, wann? won welchen ga welchen?	arbeitnunffhig



 GSCHWEND (34) integrierte drei Teile in seinen Entwurf: Zuerst sollte der Patient gezielt befragt und anschließend photographiert werden. Einzeltests zur Erfassung des Funktionsgrades bildeten den dritten Teil seines Stammbogens.

Abbildung 11: Stammbogen GSCHWEND: Außer den Patientendaten sollten die Antworten zu Fragen der Selbsthilfe auf der ersten Seite festgehalten werden.

gavebalt:	alle Arbeiten obne Beeinträchtigung	teilweiss, welche Arbei- ten nicht?	mit fremder Hilde	unwöglich
	b) Fortbewegung			
n-fatehen:	fpel	mit 2 Arm- hilts	mit Atmhilfe beideeitig	nor olt fremder Hilfe
Ochena.	frei	mit 1 Hand- Krückstock	mit 2 Masd- Kricketöckon	Fahretuhl/ bettligeri
	omit Zeit- beschränkung	weniger als 2 Stunden	weniger als 1 Stunds	wenters 1: 15 Minuten
Trappenerations	froi	mit Usländer und alternie- render Schritt folge	mit velVeder u.micht alco michtuder Schriftfolge	
Autofahrens	selbständig nicht Autofebrer	beachwerlich	auf woge- bentem auto	wande 13ch
	c) Tests			
Onere ExtremitAt				
Geldsetick vom	froi	exactment		warrant toh
	re/li.	20/25		ren, Casi
den einfädeln:	frei	erachwart		must dich
	re/31	re/11		RO/25
Schleife om rückwärtigen Hele bissken:	feel	die Hand er- reicht den rüchsKrtigen Hole	Hand er- reight Hund	Hand or- roicht don road sicht
	re/ii	re/li	120/11	x11/3.5

Abbildung 12: Stammbogen GSCHWEND: Auf der zweiten Seite wurden die Fähigkeiten des Patienten sich fortzubewegen und die Ergebnisse praktischer Funktionstests der oberen Extremität erfaßt.

	1 3	73-	1	1	
schluss zudrehen (Glas und Deckel frei in die Band nehmen):	10 cm \$ 20/11	5 cm pl ze/li	3 on # re/11	weenSglick re/li	
im Spielzeugladen erhältlich					
12 m breite Blutdruchunghette guanmangerolit und auf 50 mg/Hg eingeotellt:	Hanchette mit Breitgriff fas- sen und maximal gusammendrücken	Selection of a		re li	ng/kg
	Henchette flach zwischen Zeige- finger und Dau-		ıg	re 11	mg/Hg
	men fassen und zusammendrücken			**	mg/mg
Han' 1 2 kg	frei	bis Ropf-	bis nufthShe	unmöglich	
	re/11	re/li	re/11	re/11	
Untere Extremität:					
<u>zinbeinatenda</u>	frei	nit leich- ter Absentsong	mit voller  hettizung	unmöglich	
	re/li	re/li	re/li	re/li	
Aug der Hocke	frei	nit wigener Hammibile	mit fremder leichter Hilfe	unuöglich	
		re/li	ro/11		
Vierer-Zeichen (Signe de quatre):	unter 20 cm	20-40 cm re/11	Other 40 cm	nicht sus re/li	fChriro
zorich, den zon/an					

Abbildung 13: Stammbogen GSCHWEND: Den Schluß der Erhebung bildeten verschiedene Funktionsprüfungen der unteren Extremität.

- Die Stammbogen-Entwürfe von KÖNIG und TILLMANN sollten von einem Arzt ausgefüllt werden. GSCHWENDs Bogen hatte den Vorteil, daß ihn auch ein Physio- oder Ergotherapeut bearbeiten konnte (31).
- GSCHWEND hatte auch einen Spezialbogen entworfen: Auf diesem sollten alle Lokalbefunde eines operierten Abschnittes kurz und übersichtlich festgehalten werden, insbesondere alle prä- und postoperativen Daten.

Diese Entwürfe wurden den Mitgliedern des Arbeitskreises zugeschickt und sollten von diesen in ihren Kliniken erprobt werden. Die Verfasser beabsichtigten beim nächsten Treffen Ende des Jahres 1972 in Zürich, Kritiken und Anregungen der Kollegen zu sammeln, diese auszuwerten und dann definitive Fassungen zu erarbeiten.

#### 5.4. Zürich (2. Dezember 1972)

Die Hoffnung auf eine endgültige Fassung war verfrüht, da bis zur Züricher ARO-Sitzung nur wenige Mitglieder mit den Bogen Erfahrungen gesammelt hatten. GSCHWEND wollte die Dokumentationsentwürfe noch mit skandinavischen Kollegen diskutieren und deren Anregungen in modifizierte Versionen einarbeiten. Diese neuen Fassungen sollten dann den Kliniken in Bad Bramstedt, Basel, Berlin, Hamburg, Salzburg, Tübingen und Wien, die sich neben Zürich bereit erklärt hatten, die Bogen zu verwenden, geschickt werden (66).

## 5.5. Baden bei Wien (23. Juni 1973)

Das Konzept, drei verschiedene Bogen zu verwenden, wurde in Baden bei Wien abermals diskutiert. Dabei erklärten sich die folgenden Orthopäden bereit, Spezialbogen zu erstellen (60):

Hand GSCHWENDSchulter/Ellbogen SCHWÄGERL

Hüfte JÄGERKnie HOFER

## 5.6. Aachen (19. September 1973)

TILLMANN kürzte seinen Krankenbogen nach der Tagung in Aachen und stellte ihn den Kliniken in Zürich, Augsburg, München, Basel, Kiel, Hamburg, Wien, Salzburg, Münster und Frankfurt zur Verfügung. Es wurde entschieden, GSCHWENDs überarbeiteten Stammbogen (35) zu verwenden, der von Ergotherapeuten, eventuell sogar vom Patienten selbst, ausgefüllt werden konnte (154).

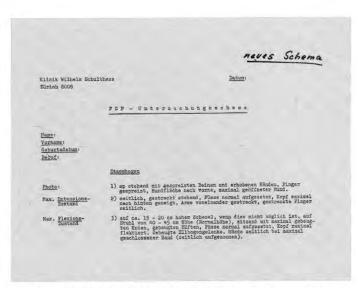


Abbildung 14: Stammbogen GSCHWEND: Auf der ersten Seite wurden drei Photos des Patienten beschrieben, die einen Teil der Dokumentation bilden sollten.

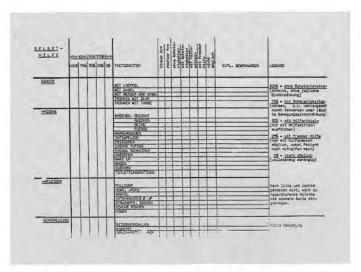


Abbildung 15: Stammbogen GSCHWEND: Eine detaillierte Darstellung der Selbsthilfe (Essen, Hygiene, Ankleiden, Verschlüsse) folgte auf Seite 2.

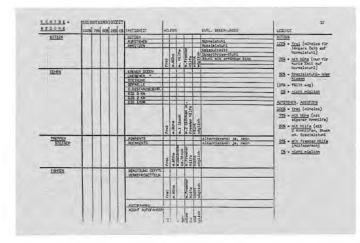
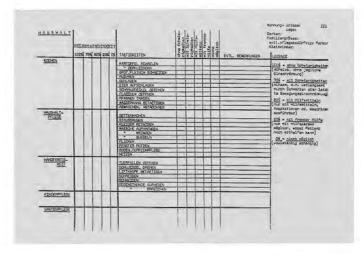


Abbildung 16: Stammbogen GSCHWEND: Die Fortbewegungsmöglichkeiten des Patienten sollten auf der dritten Seite erfaßt werden (Gehen, Treppensteigen, Fahren und Sitzen).

Abbildung 17: Stammbogen GSCHWEND: Fragen zur Haushaltsführung (Kochen, Haushaltspflege, Handfertigkeit, Kinder- und Gartenpflege) mußten auf der vierten Seite beantwortet werden.



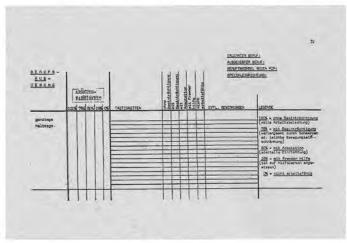


Abbildung 18: Stammbogen GSCHWEND: Auf der letzten Seite wurde festgehalten, ob der Patient in der Lage war, einen Beruf auszuüben. Der Handchirurg STELLBRINK erklärte sich bereit, an der Erstellung eines Spezialbogens mitzuwirken. Er wollte zusammen mit GSCHWEND einen Handbogen entwerfen. Der Schwede MORITZ sollte als Dokumentationsfachmann hinzugezogen werden: Man erhoffte sich von ihm eine Überarbeitung und computergerechte Gestaltung der Entwürfe. HOFER regte an, sich zur Finanzierung dieser Dokumentationsforschung an die österreichische Ludwig-Boltzmann-Stiftung zu wenden (154). Dieser Versuch, eine Finanzspritze zu erhalten, blieb jedoch erfolglos.

## 5.7. Bad Bramstedt (4. April 1974)

Während der ARO-Klausurtagung in Bad Bramstedt fand eine Dokumentationssitzung statt, in der ausführlich TILLMANNs Krankenbogen und die Spezialbogen »Knie« sowie »Hand« besprochen wurden (131).

Die erste Seite des Krankenbogens sollte als allgemeines Informationsblatt dienen. Neben den Personalien des Patienten und anamnestischen Erhebungen wollte man den morphologisch funktionellen Stand des Bewegungsapparates dort festhalten. Zum bereits erarbeiteten Konzept sollte nach Möglichkeit eine globale Photodokumentation – GSCHWEND dachte dabei an Photos in maximaler Extension sowie maximaler Flexion – angefügt werden. Für zu umfangreich wurde die Darstellung der Laborbefunde in TILLMANNs Entwurf beurteilt. Die Osteopathie-Untersuchungen (Calcium, Phosphate, Sulkowitsch) sollten gestrichen werden. TILLMANN beabsichtigte, den Bogen mit diesen Verbesserungen dem Rheumatologen DETTMER zur Beurteilung vorzulegen. Falls dann keine grundsätzlichen Änderungen erforderlich sein sollten, wollten die Mitglieder TILLMANNs Krankenbogen übernehmen.

Name :	-	Formase:	-	Geb, D	Lengs	
Wolmort:				Serui	+	
	R	1 4	R	b	R	L
1.Sohmersqualität: Daverschmarz	L	L		-		
Sube-Schmera	L	L				
Belestungs-öcha.	5	L				
Bevegunge-Salur	2	L				
2.Knie-Unfang( in cm): B on oraniel d.med. Aniegel.Spaltes	39	42				
2 on distal d.cad. Integel,Spaltes	35	37				
J.Haut-Temperatur: f(erhibt)	L4	OB				
4.Ergues und hypertrophe Synovial.	L	08				
5.Eursitia	-	-	-			
6. Pakeroyate	+	2				
7.Fehlotellungen: Varus-Fehlstg.(Grad)	5-50	1				
Valgue-Fehletg-:	300	40*				
Subluxations-Stellg. 8. Reveguage-Unfangi	4	0.5				-
(Fedralatelig. = 0.)	29/0/0	400/5/0				
passiv:Plex./Ext.	90/20/0	140/5/0				
9.Krepitation:	5	4				
o,StabilitHtepr@fung: instabil medial:	4	L				
instabil lateral:	-	-				
Schubladen-Phanomen:	-	-				
1.Vorgemehene Ther.1 operative	+				7-7	
Ronservativ;		1				
2.DEhtgembilder:	1	+				
5. Tomograms	+	4				
Diffiliant announcement of the state of the	1. 10 -			******		00/20/05

Abbildung 19: Kniebogen HOFER: Neben einem präoperativen Befund sollten auch mehrere postoperative Untersuchungen auf ein und demselben Bogen dokumentiert werden.

HOFER (59) hatte einen Spezialbogen »Knie« entworfen. Allerdings herrschte die Meinung vor, daß er zu unübersichtlich und zu wenig informativ wäre. Für gut befunden wurde die Idee, den präoperativen Befund mit drei bis fünf postoperativen Befunden auf einer Seite zu dokumentieren.

Sehr positiv bewertet wurde der Spezialbogen »Hand«, den MANNERFELT, GSCHWEND und STELLBRINK in einem Ski-Weekend in Davos erarbeitet hatten. Genau wie dem Krankenbogen sollten auch diesem Photos in maximaler Extension sowie maximaler Flexion angefügt werden. Alle Bogen wollte MORITZ, der an der Sitzung teilnahm, überarbeiten.

## 5.8. Augsburg (19. April 1975)

Erst ein Jahr später, während der 3. Klausurtagung in Augsburg, gelangte die Dokumentation wieder auf die Tagesordnung, GSCHWEND faßte nochmals Ziele der Dokumentation zusammen (8):

- Durch Definition der Untersuchungsmethoden sollten alle Kollegen »die gleiche Sprache« sprechen.
- Außerdem würde »das Sammeln gleicher Dokumentationsunterlagen verschiedener Kliniken rascher zu einem größeren Kollektiv und damit zu genaueren Aussagen« führen.

An der Idee, die Dokumentation aus Kranken-, Stamm- und Spezialbogen aufzubauen, wurde festgehalten (6):

- Die bisherige medizinische Behandlung des Patienten, das Krankheitsstadium und der Verlauf der Erkrankung sollte der Krankenbogen dokumentieren.
- Im Stammbogen sollten die Funktionsstadien und damit der Grad der Invalidität dargestellt werden.
- Für die detaillierte Beschreibung einzelner Gelenkregionen sollten Spezialbogen zur Verfügung stehen.

TILLMANNs Krankenbogenentwurf hatte sich bereits bewährt. Erste Zweifel wurden allerdings von MANNERFELT, REFIOR und TILLMANN selbst geäußert, ob eine Dokumentation mit diesem Umfang realisierbar sei. Die Kritik lautete: Der Krankenbogen sei zu ausführlich und gehe über die Belange des Orthopäden hinaus. MOHING hingegen wies auf die politische Bedeutung einer exakten Dokumentation hin: Nur so sei es möglich, für das orthopädische Fach die Unterbezeichnung »Rheumatologie« zu erwerben. Als Kompromiß war an ein Minimal- und ein Maximalprogramm gedacht: Personell schlechter ausgerüstete Kliniken sollten wenigstens eine Minimaldokumentation der Operationsregion durchführen. Die Entwürfe der Spezialbogen für Hand, Handgelenk, Ellenbogen und Knie sollten den einzelnen Mitgliedern zur Überprüfung zugesandt und mit den erforderlichen Korrekturen versehen werden. SCHWÄGERL widersprach den vorherrschenden kritischen Tönen und meinte, daß die bereits vorliegenden Untersuchungsbogen für Hand und Knie bei regelmäßigem Gebrauch sogar eine Erleichterung für den Stationsarzt darstellen würden.

Um die Datenerhebung noch weiter zu standardisieren, hatte MANNERFELT ein ARO-Handfunktionslaboratorium entwickelt. Im Sitzungsprotokoll (9) heißt es dazu: Das Instrumentarium stelle »einen wichtigen Meilenstein zur einheitlichen Dokumentation dar«.

## 5.9. Lund (14. Juni 1977)

Zwei Jahre lang bemühte sich der Arbeitskreis, sein 3-Bogen-Konzept zu vervollständigen. Erst während der Tagung in Lund stand die Dokumentation erneut im Mittelpunkt (10). MORITZ hatte zu diesem Zeitpunkt seine Überarbeitung und Vereinfachung der Bogen abgeschlossen. Allerdings wurden diese lediglich in München, Innsbruck und Zürich – teilweise auch in Hamburg, Lund und Köln – in vollem Umfang verwendet. Aus Gründen der Zeitersparnis hatte man sich darauf geeinigt, nicht alle drei Bogen von einem Orthopäden bearbeiten zu lassen: Der Krankenbogen sollte von einem Internisten, der Stammbogen von dem Patienten selbst und nur der Spezialbogen von einem Orthopäden ausgefüllt werden.

Trotz mehrfacher Überarbeitung wurden TILLMANNs Krankenbogen und die Stammbogen immer noch als zu ausführlich befunden. Deshalb wurden MORITZ und der Internist SCHILLING beauftragt, eine Minimalversion des Krankenbogens zu erarbeiten. Auch eine

Verkürzung des Stammbogens wurde beschlossen. Er sollte nur noch wenige Punkte zur Erfassung der Funktion, insbesondere der Fortbewegung und Selbsthilfe, enthalten. Zweifel wurden geäußert, inwieweit ein solcher vom Patienten ausgefüllter Bogen überhaupt sinnvoll sei. Man einigte sich schließlich darauf, erst nach einer Probephase ein abschließendes Urteil zu fällen. GSCHWEND stellte sich vor, daß jeder Patient nach ein bis zwei Jahren einen weiteren Stammbogen ausfüllen sollte.

Bei den Spezialbogen hatte sich zu diesem Zeitpunkt die Zielsetzung etwas verändert: Der Arbeitskreis hoffte, mittels dieser Bogen die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, wie der British Rheumatoid Arthritis Surgical Society (BRASS), fördern zu können. TILLMANN meinte, daß die Entwürfe zuvor computergerecht ausgelegt und gekürzt werden sollten, da »der voluminöse Umfang (...) die Archivierung« sowie »die Bearbeitung im Rahmen eines großen klinischen Betriebes« erschwere (11).

In derselben Sitzung trug MORITZ seine Verbesserungsvorschläge zu den Spezialbogen Schulter, Ellenbogen und Fuß vor. GSCHWEND schlug vor, das Punktesystem des Knies auch zur Bewertung anderer Gelenke zu verwenden. Die für das Knie erdachte Photodokumentation sollte ebenfalls für alle Gelenke standardisiert werden: MORITZ befürwortete GSCHWENDs Idee von zwei Photos in maximaler Extension und Flexion. MOHING wollte weitere Verbesserungsvorschläge bis Jahresende entgegennehmen, um damit endgültige und verbindliche Versionen der Bogen zu erstellen.

Nachdem MANNERFELT für die Hand ein standardisiertes Meßgerät entwickelt hatte, bestand der Wunsch, auch für das Knie ein solches zu konstruieren. HOFER, STÖRIG und NEUMANN erklärten sich bereit, ein Standardmeßgerät erstellen zu lassen.

#### 5.10. Basel (7. Juli 1978)

Zur Diskussion vorgelegt wurden die überarbeiteten Bogen allerdings erst auf der 5. Klausurtagung in Basel (13). Der von TILLMANN, DETTMER und MORITZ modifizierte Spezialbogen »Knie« sollte »einem Probelauf unterzogen werden«: 29 Kliniken waren bereit, ihn zu verwenden. PAHLE und SOUTER, Mitglieder der Subkommission Rheuma-Orthopädie der EULAR, kannten den Bogen und versuchten, ihn computergerecht zu gestalten. Bis November sollte dieser versuchsweise eingesetzt werden, um anschließend »eine allgemeine Auswertung der Kniearthroplastik im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes durchführen zu können«. GSCHWEND sah darin ein erstes Zeichen einer gemeinsamen, internationalen Dokumentation.

Am Krankenbogen wurden erneut einige Veränderungen vorgenommen: Die Angaben zur Labordiagnostik wurden erheblich gekürzt. Darüber hinaus regte BRATTSTRÖM an, das Datum des Krankheitsbeginnes sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in den Krankenbogen aufzunehmen. Allerdings existierte zu diesem Zeitpunkt weder in Deutschland noch in Österreich eine genaue Definition der Arbeitsunfähigkeit. MOHING (12) erklärte sich bereit, eine solche zu erstellen.

Erheblich gekürzt wurde der Stammbogen. Er sollte den Behindertengrad erfassen und damit eine Aussage über die Effizienz einzelner Operationen ermöglichen. Bei wiederholten Eingriffen am gleichen Gelenk sollte jedes Mal ein weiterer Stammbogen ausgefüllt werden.

Erneut wurde beschlossen, die Bogen zu testen und diese dann zu kommentieren. LASCHNER meinte, dasselbe habe man doch schon vor einem Jahr entschieden. Die Befürchtung, ein zu hoher Zeitaufwand sei mit dem Ausfüllen verbunden, habe sich in seiner Klinik als gegenstandslos erwiesen. Trotzdem einigten sich die Mitglieder des Arbeitskreises darauf, erst im folgenden Jahr über ihre Erfahrungen zu berichten.

#### 5.11. Wien (12, Juni 1979)

Während der Klausurtagung in Wien (48) wurde der Kniebogen schließlich für gut befunden. Die ausgewerteten Bogen sollten nicht zentral gesammelt werden, sondern in den jeweiligen Kliniken verbleiben. Außerdem wurde beschlossen, den Kniebogen als Vorbild für Nachuntersuchungen am Ellenbogen heranzuziehen. GSCHWEND versprach, die Anleitungen für die Untersuchung des Ellenbogens zu versenden. Er drängte auf ein möglichst verbreitetes Verwenden der Bogen, um eine einheitliche Diskussionsgrundlage zu schaffen.

GSCHWEND hatte die Schweizer Rheumatologen den Krankenbogen beurteilen lassen. Sie bemängelten vor allem, daß für die Dokumentation der internistischen Therapie zu wenig Platz sei. TILLMANN, DETTMER und BRATTSTRÖM sollten den Bogen entsprechend ergänzen. Konkret bedeutete das die Werte für CRP und Orso-Mukoide zu streichen und dafür die D-Penicillamin- und Cytostatikawerte aufzunehmen. Außerdem sollte anstelle von Indometacin andere Therapeutika und Radionukleide eingesetzt werden.

#### 5.12. Essen (22. September 1983)

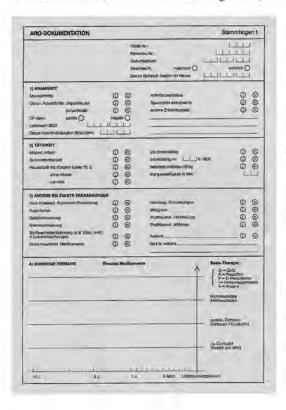
Jahrelang beherrschten der Entwurf einer neuen Satzung und die zukünftige Gestaltung des Arbeitskreises die Diskussion. Die Dokumentation geriet ein wenig in Vergessenheit. Erst auf der außerordentlichen Sitzung in Essen (103) wurde wieder darüber gesprochen. Erneut war es GSCHWEND, der anregte, eine einheitliche Dokumentation für die Mitglieder im engeren Kreis verpflichtend vorzuschreiben. Eine Kommission, in der sowohl große Kliniken als auch kleinere Häuser vertreten waren, wurde ins Leben gerufen. GSCHWEND, PUHL, JÄGER, SALZMANN, FERDINI und MIEHLKE gehörten dieser Kommission an und sollten die vorhandenen Formulare überarbeiten und vereinfachen. Es galt, kurze, computergerechte und praktikable Dokumentationsbogen zu entwerfen.

#### 5.13. Freiburg (3. Oktober 1986)

Auch auf der administrativen Sitzung des Arbeitskreises in Freiburg (105) wurde die Notwendigkeit einer einheitlichen Dokumentation betont, da nur »Basisdaten auf dem Boden gleicher Untersuchungen« verwertbar seien. Als kurzfristiges Ziel bis zur nächsten Sitzung im Mai 1987 in Baden-Baden wurde der Entwurf eines knapp gefaßten Grundbogens ins Auge gefaßt. Vorbild sollte der von HAGENA entworfene Dokumentationsbogen für das Ellenbogengelenk sein, der für prospektive Studien konzipiert war (104). Mit einem sehr kurzen Bogen wollte man möglichst alle Einrichtungen einbinden, die über sehr große Operationszahlen verfügten. WESELOH versuchte, mit den Rundschreiben vom 18. Juli 1986 und 15. Dezember 1986 Anregungen der Arbeitskreis-Mitglieder einzuholen. Das Echo auf seinen Appell, sich an der Dokumentation tatkräftig zu beteiligen, fiel sehr dürftig aus. »Wiederum geringes Echo. Zumeist Vorschläge, den Bogen kurz und übersichtlich und damit praktikabel zu gestalten« (110).

#### 5.14. Bad Abbach (11. Mai 1988)

Auf der außerordentlichen Sektionsbeiratssitzung in Baden-Baden im Mai 1987 wurde eine Dokumentationskommission ins Leben gerufen, die HAGENA leitete (109). Dieses Gremium



tagte wiederholt und stellte in Ratingen im Oktober 1987 ein Dokumentations-System vor. Dieses bestand aus einem äußerst kurz gefaßten Stammbogen sowie bereits erarbeiteten Spezialbögen für verschiedene Gelenke. Bereits im Januar 1988 konnte ein Abschluß erreicht werden, und HAGENA stellte auf der Klausurtagung in Bad Abbach die Ergebnisse einer Teststudie vor. Vollständig fertiggestellt waren der Stammbogen und die Spezialbogen. Sogar das endgültige Design für den Stammbogen stand bereits fest (58).

Abbildung 20: Stammbogen 1988: Die erste Seite erfaßt Grund- und Begleiterkrankungen. Der aktuelle Aktivitätsgrad wird anhand der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und der Morgensteifigkeit dokumentiert. Festgehalten wird außerdem der Grad der Beschäftigung.

Abbildung 21: Stammbogen 1988: Frühere Operationen und lokale intra-artikuläre Maßnahmen werden auf der zweiten Seite des Stammbogens fest-gehalten.

- SANDERSON	=No	Sometiments
480.00		00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
		control of the contro

				i, Petronatologia dar subliciamor Krodin
0				
	SEP-MAN S	Chart		steebnim nerdmantelvongt seb elgoloteldomen "()
0			3	9. Synovialitissigkeit sichwaches Akurin-Prazipita
O sportlet instrusing	ens Age	iodyox	19.50	8 xem varie im jest-origibiotemperii sydnoti. 8
0	990300	downer	octor	Typische Röntgenbefunde, mindenbring polenity? 7
O december of	apo uje	KABUMO	100.45	d. Subkrama Kraten über Hroschenkrepritinge. B
O Stoerswarmery succede annon	EN PRIN	CHEST	172 -p	grane-contraction Celebration of Celebrates 2 2 contraction of Landscape Celebration of Celebrat
STANDON 2 (SIST	(stanoM.C. Jakit Revisini) esámetab nevataw ( anatzebolm profeseriod. )			
emologing (	3 Vehichtechenburg u.v. Engul (mind. 1 Gebind)			
sensig O	2 Sevegangs- roter Oruchachmerz (mind. 1 Onlent);			
0	; included efoliments).			
				(nemateur eterny septieurostesus ep raig
(WW) NOLLYDO	1 Y22	SILYY	нели	HEUMATISCHE KRITERIEN DER AMERICAN RI
SharpA Anelegbed bras -lethM nerie	2		-	Sheund. Sheund-bhund want
westpundana				Karponedakurpal
Aminghalines	4			Analogiasysakobak
NewsCondoc	3			жинфиформуз
quajatišunidg savau	n			Schullergereni
Series Sprunggesenk				Sherokavioutiv
Shellowing				sekuléntécimoniA
Ansingled	1	1		AND THE PROPERTY OF THE PROPER
7 8 0500			8	Caledon

Abbildung 22: Stammbogen 1988: Der dritte Teil steht zur Darstellung des individuellen Gelenkbefalls und der diagnostischen Kriterien der American Rheumatism schen Kriterien (ARA) zur Verfügung.

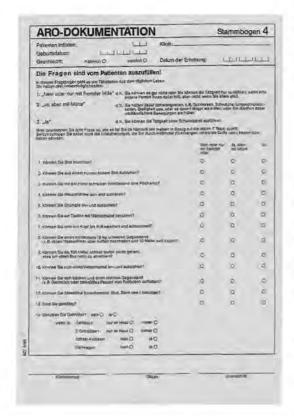


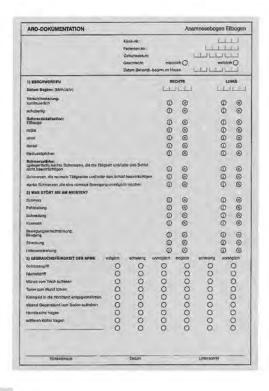
Abbildung 23: Stammbogen 1988: Diese Seite muß der Patient selbst ausfüllen. Hier soll die Funktionsfähigkeit der oberen und unteren Extremitäten bei komplexen Tätigkeiten im Alltag festgehalten werden.

Es wurde vorgeschlagen, diese Bogen über einen Zeitraum von zwei Jahren zu benutzen und dann über die Erfahrungen zu diskutieren. An der raschen Fertigstellung der neuen Dokumentation waren vor allem HAGENA, aber auch ZWINGERS, BRACKER, WAERTEL und BEYER beteiligt. Sie stellten die Bogen in dem Buch »Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie: Das rheumatische Ellbogengelenk« vor. Die Dokumentation war so konzipiert, daß die Bogen auch als Krankenblattunterlagen dienen konnten.

Die Stammbogen sollten ausgefüllt werden, wenn ein Patient erstmals zu einer Operation stationär aufgenommen werde. Geplant war, jährlich eine weitere Erhebung folgen zu lassen. So wollte die Kommission ein Fundament für prospektive Studien schaffen. Die Daten wollte man zentral erfassen: Mittels Personenkennziffer, Anfangsbuchstaben des Namens und Geburtsdatum sollte der Krankheitsverlauf eines Patienten – auch im Falle eines Klinikwechsels – weiterverfolgt werden können.

Um den Verlauf intraartikulärer Maßnahmen beobachten zu können, wurden für einzelne Gelenke spezielle Bogen konzipiert. Als Beispiel sei die Dokumentation des Ellbogens dargestellt. Die Spezialbogen bestehen aus drei Teilen: Anamnese, Befund- und Operationsbogen. Dabei sollten immer das operierte oder zu operierende Gelenk und das kontralaterale Gelenk untersucht werden. So hoffte man, bei unilateralen Eingriffen den Spontanverlauf der Erkrankung am gegenüberliegenden Gelenk festhalten zu können. Anamnese- und Befundbogen sind immer präoperativ und bei der Nachuntersuchung auszufüllen. Unmittelbar nach der Operation soll der Operationsbogen verwendet werden. So dient er als perioperative Dokumentation und ergänzt die klinischen und radiologischen Erhebungen (78).

Abbildung 24: Anamnesebogen 1988: Der erste Teil erfaßt die Beschwerden des Patienten. Der untere Abschnitt wird postoperativ oder bei einer Nachuntersuchung ausgefüllt.



ARO-DOKUMENTATION		Befundbogen Elboge
	KSMILAR	Little
	Patienten Nr.:	1 ( 1 ( 1 ( 1 )
	Geburtschlum	1 1 11 11 11 1 1
		O nolition O nolinear
	Datum Behandt-beteinn im	
	Denum DokumumMdon:	
	RECHTS	LOOKS
1) HAUT	normal Mischische Effores- Haut zenzen	normal atrophische Effores- Heut zenzen
2) SCHWELLUNG:	Aging Teight gritol New's	Raise   Talchr   mittel   stark
3) ERGUSS:	O Misporial Lilled	O talls punkt Lills
	Rhar Rockig bludg letting	kiar flookig blutig wirig
4) KREPITATION	rein is suber noter	mein je ( basther   bokber
5) OBERWARMUNG:	@ 0	0 0
SI DRUCKSCHMERZ:	illow @ 0	ara 0 0
7	radia 60 D	11de @ 0
TO DESCRIPTION OF THE PARTY OF	Hidlusköphmen (i)	Rediveloptehan (i)
7) BEWEGUNG: (Notifiel-Null-Method) Extension/Peolog:	es and the second	asse:   1
Edwindor/Header	DRANK TINITE	onsave L1 M 1 M 1 H
Supiration/Pronation	stee III A I M I P	anso: L1 IA L IA L N
Dispersional Frontiers	passive I I M + M 1 A	mently
8) STABILITÄT: Messung in max. Sine		
Actual	velous/venue L-1-J+	velous/veros: 1 fr
Achartmeichung bei Streit:	mach ulmar   0 9º   10-30° >00°	0-9" 10-30" >30"
	men mans   0-01 10-301 >931	0-9° 10-30° >30°
9) UMFANGMASSE:	the same of the sa	- Contract of the Contract of
Oberann 15 cm ober rast. Condyllus	LLlon	Lilom
Elibogenumbing	Lilon	Lion
Untererm 10 cm unter rad. Contlylus	Lilon	Lilion
10) NERVALE AUSFALLE DISTAL DE		was a second
	Parkste- Hypaste- motorische elen sien Austalie	Pertiste- Hypaste- motoris- sing sien Austalie
Medianusgebist: (6)	0000	0 0 0 0 0
Utnariopeolet		0 0 0 0
Raztunageciet: (n)		0 0 0 0 0
11) RHEUMANNOTEN:	e 0	@ O
12) BURSITIS OLECRANI	0 0	0 0
13) RÖNTGENBEFUND: LAFSEN		A CHILL BINIV
A same and a supplemental and a	Tallel al Mil	And the State of t
Cetom [ ] [ ] [ ]	0 0	OCHUM COLUMNIA COLUMN
Ankylise	0 0	0 0
Rackuskopichen-Inscapitali	Θ Φ	@ O

Abbildung 25: Befundbogen 1988: Er dient der Darstellung der Gelenkfunktionen. Bewegungsausmaße werden in der Neutral-Null-Methode festgehalten. Außerdem werden die gebräuchlichen Röntgen-Stadien nach LARSEN, DALE und EEK verwendet.

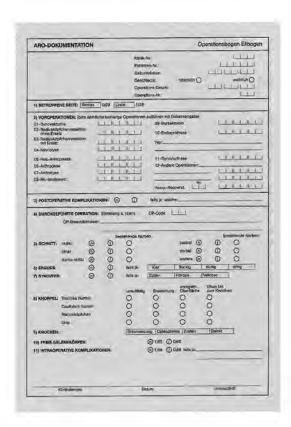


Abbildung 26: Operationsbogen 1988: Er soll unmittelbar nach der Operation ausgefüllt werden. Es handelt sich um einen standardisierten Operationsbericht.

Nun hatte sich doch noch GSCHWENDs Wunsch erfüllt, den er auf einer der ersten Sitzungen des Arbeitskreises geäußert hatte: »Eine gemeinsame Dokumentation ist wesentliche Voraussetzung für die wissenschaftliche Tätigkeit der ARO. Sie fordert viel Kopfzerbrechen für diejenigen, die sich um eine den wichtigsten Erfordernissen entsprechende, möglichst wenig zeitaufwendige Lösung bemühen, setzt aber auch unbedingt Opferbereitschaft aller Mitglieder voraus, die nicht nur Nutznießer, sondern unbesehen der Größe des möglichen Beitrages wirklich aktive Mitglieder sein wollen« (32).

## 5.15. Aachen (14. September 1988)

Nachdem die Dokumentationskommission um HAGENA die Bogen äußerst schnell erarbeitet hatte, wurde noch 1988 ein Forschungsantrag an das Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT) gestellt. HAGENA (111) berichtete auf der außerordentlichen Sitzung des Sektionsbeirates in Aachen, daß dieser Antrag im Juni 1988 für etwa 30 Kliniken gestellt worden war. Die Kommission hatte folgendes Testkonzept erarbeitet: »Die statistische Dokumentation erfolgt in Form einer multizentrischen, prospektiven Beobachtungs- und Verlaufsstudie« (112).

Es war geplant, schon im September 1988 mit der »Vorlaufphase« zu beginnen. Diesen Probelauf mußte der Arbeitskreis jedoch aufschieben, weil die Finanzierung noch nicht gesichert war. Deshalb verzögerte sich auch der Beginn der für Januar 1989 geplanten »Rekrutierungsphase«, in der über einen Zeitraum von zwei Jahren Patientendaten hätten gesammelt werden sollen. Auch die abschließende »Beobachtungsphase« – eine Zeitspanne von drei Jahren mit Nachuntersuchungen – mußte aufgeschoben werden. Trotz der Verzögerungen sollte der »Abschluß der Studie (...) 1992 erfolgen«.

## 5.16. Baden-Baden (29. April 1989)

Auch ein halbes Jahr später auf der Sitzung des Sektionsbeirates des Arbeitskreises in Baden-Baden hatte das Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT) über den Antrag von HAGENA noch nicht entschieden. Die Studie hatte zum Ziel, mit einer einheitlichen Dokumentation eine möglichst flächendeckende Analyse von Synovektomie-Ergebnissen verschiedener Gelenke zu ermöglichen. Sowohl finanzielle als auch personelle Unterstützung hatte der Arbeitskreis beantragt. Mit diesen Mitteln sollte eine Zentrale eingerichtet werden, die die 40 partizipierenden Zentren betreuen sollte (113).

#### 5.17. Interlaken (18. Mai 1990)

WESELOH und HAGENA konnten auch während der Klausurtagung in Interlaken noch nicht den Startschuß für die geplante Dokumentationsstudie geben. Die Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT) dauerten noch immer an. Es wurde festgestellt, daß eine erfolgversprechende Weiterentwicklung der Dokumentation sich nur mit Unterstützung des Ministeriums verwirklichen ließe. Nur so sei die notwendige finanzielle Ausstattung zu erzielen. Nachdem HAGENA sich am 7. Mai 1990 mit Vertretern des Ministerium getroffen hatte, erwartete er selbst im Falle erfolgreicher Verhandlungen eine Reduzierung des Gesamtvolumens. Deshalb müsse die Dokumentationsstudie voraussichtlich beschränkt werden: Entweder auf chronische Polyarthritis und spezielle Gelenke oder auf Kliniken mit vielen Patienten (114).

#### 5.18. Wien (23. Mai 1992)

MEULI (86) wies auf die Bedeutung einer einheitlichen Dokumentation und die Durchführung multizentrischer, prospektiver Studien hin. Einen richtigen Erfolg in der Dokumentationsforschung konnte er am Ende seiner Amtszeit als Obmann nicht vermelden.

## 5.19. Wiesbaden (12. Mai 1994)

Die Umstrukturierung des Arbeitskreises, die zur Gründung der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.« am 1. Oktober 1992 führte, drängte die Dokumentationsforschung in den Hintergrund. Auf der Sitzung in Wiesbaden wurde das Thema nur kurz angeschnitten. Eine Aussprache über die Dokumentation sollte während der nächsten Vorstandssitzung am 15. Oktober 1994 in Wiesbaden erfolgen. Dort erschien dieser Punkt jedoch nicht auf der Tagesordnung (56).

# 6. Alle bisherigen Tagungen des Arbeitskreises

# 6.1 Überblick

# 6.1.1. Tagungsorte

Tagungsort	Datum	Bemerkung	Tagungsleite
Baden-Baden	30.04.1971	Gründungssitzung	
Bonn	20.09.1971		
Baden-Baden	29.04.1972		
Zürich	30.11. bis 02.12.1972	1. Klausurtagung	Gschwend
Baden bei Wien	23.06.1973		
Aachen	19.09.1973		
Bad Bramstedt	04.04. bis 06.04.1974	2. Klausurtagung	Tillmann
Baden-Baden	13.09.1974		
Augsburg	17.04. bis 19.04.1975	3. Klausurtagung	Mohing
Salzburg	01.04. bis 03.04.1976	4. Klausurtagung	Hofer
Lund	13.06. bis 15.06.1977	5. Klausurtagung	Brattström
Basel	07.07. bis 08.07.1978	6. Klausurtagung	Jani
Wien	11.06. bis 13.06.1979	7. Klausurtagung	Häckel
Oslo	03.07. bis 05.07.1980	8. Klausurtagung	Pahle
Konstanz	01.10. bis 04.10.1980	deutsch-schweizerischer Rheumatologenkongreß	Otte
Wien	23.04.1981	I. ERASS-Congress	
Basel	08.10. bis 09.10.1982	deutsch-schweizerischer Rheumatologenkongreß	
Essen	22.09.1983		
Bad Ragaz	12.04. bis 14.04.1984	9. Klausurtagung	Wiedmer
München	29.05. bis 31.05.1986	10. Klausurtagung	Hagena
Freiburg	03.10.1986		
Bad Abbach	11.05. bis 14.05.1988	11. Klausurtagung	Wessinghage
Aachen	-14.09.1988	während DGRh-Kongreß	
Baden-Baden	29.04.1989		
Interlaken	17.05. bis 19.05.1990	12. Klausurtagung	Meuli
Hamburg	21.09.1991	20 Jahre ARO während des DGOT-Kongresses	
Wien	21.05. bis 23.05.1992	13. Klausurtagung	Schwägerl
Mannheim	18.09.1992		
Baden-Baden	30.04.1993		
Wartburg/Eisenach	15.10.1993	erstmals als »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«	
Wiesbaden	12.05. bis 14.05.1994	14. Klausurtagung	Salzmann
Wiesbaden	15.10.1994		
München	04.07.1995		
Mannheim	16.05. bis 18.05.1996	15. Klausurtagung	Jani
Nagoya	09.10. bis 10.10.1996	deutsch-japanisches Treffen	-
Vien	18.09.1997	Deutsch-Österreichischer Orthopä	iden-Kongreß

Tabelle 6: Alle bisherigen Tagungen des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« seit 1971.

# 6.1.2. Themen der Klausurtagungen

Tagungsort	Themen	
Zürich	<ul> <li>Die Synovektomien</li> <li>Arthrodesen, Osteotomien, Resektionen, Arthroplastiken und weitere Operationen bei chronischer Polyarthritis</li> </ul>	
Bad Bramstedt	<ul> <li>Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Eingriffen</li> <li>Endoprothetik der oberen Extremität und des Kniegelenkes</li> <li>Dokumentation</li> </ul>	
Augsburg	<ul> <li>Weichteilveränderungen an der rheumatischen Hand</li> <li>Der rheumatische Fuß</li> </ul>	
Salzburg	<ul> <li>Die Knopfloch- und Schwanenhalsdeformitäten</li> <li>Die Behelfsmittel – Schienen und Schuhe</li> </ul>	
Lund	<ul> <li>⇒ Themen über Rehabilitation</li> <li>⇒ Wirbelsäulenprobleme in der Rheuma-Orthopädie</li> </ul>	
Basel	<ul> <li>Die rheumatische Schulter</li> <li>Synovektomie – Synoviorthese</li> </ul>	
Wien	<ul> <li>Das totale Knie</li> <li>⇒ Juvenile chronische Polyarthritis</li> </ul>	
Oslo	<ul> <li>Die Kniebeugekontraktur</li> <li>Der rheumatische Ellenbogen</li> </ul>	
Bad Ragaz	○ Die rheumatische Hüfte	
München	<ul> <li>⇒ Der rheumatische Fuß</li> <li>⇒ Die Halswirbelsäule bei chronischer Polyarthritis</li> </ul>	
Bad Abbach	<ul> <li>Das rheumatische Ellenbogengelenk</li> <li>Dokumentation</li> </ul>	
Interlaken	<ul> <li>Synoviorthese – Synovektomie</li> <li>Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Eingriffen</li> </ul>	
Wien	<ul> <li>Synoviorthese – Synovektomie</li> <li>ossäre Defekte bei Hüftgelenks-Revisionsoperationen</li> </ul>	
Wiesbaden	<ul> <li>Die rheumatische Schulter</li> <li>Die Therapie der rheumatischen Fußdeformitäten</li> </ul>	
Mannheim	<ul> <li>→ Minimalinvasive Eingriffe</li> <li>→ Hüftendoprothetik</li> </ul>	

Tabelle 7: Themenschwerpunkte der Klausurtagungen, seit 1972.

## 6.2. Baden-Baden (30, April 1971)

Auf der Gründungssitzung am 30. April 1971, in Baden-Baden wurde N. GSCHWEND zum ersten Obmann ernannt. Damit übernahm er die Aufgabe, den Arbeitskreis aufzubauen und dessen Aktivitäten zu koordinieren. Medizinische Themen wurden zu diesem Zeitpunkt nicht erörtert, da die Organisation vorrangig war. Dazu gehörte auch die Einrichtung eines Literaturdienstes. HÖRDEGEN erklärte sich bereit, regelmäßig eine Liste wichtiger rheuma-orthopädischer Publikationen zusammenzustellen (26).

## 6.3. Bonn (20. September 1971)

Ein halbes Jahr später hatte der Arbeitskreis bereits 20 Mitglieder. Man beschloß, daß die Mitglieder untereinander Lebensläufe »unter besonderer Berücksichtigung der Rheuma-Orthopädie, der Arbeitsmöglichkeit in der eigenen Klinik, über Kontakte mit Rheumatologen und über die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Betätigung« austauschen sollten (71). Den Literaturdienst, der im vierteljährlichen Rhythmus die Mitglieder mit den neuesten Publikationen versorgte, leitete nun JANI. Der Pathologe FASSBENDER wurde mit der einheitlichen histologischen Untersuchung von rheumatischem Gewebematerial beauftragt (70). Internistischrheumatologischer Berater wurde F. SCHILLING.

## 6.4. Baden-Baden (29. April 1972)

Die Tagung in Baden-Baden stand ganz im Zeichen der Dokumentation (siehe Kapitel Dokumentation). Außerdem wurde das Züricher Symposium über Rheuma-Orthopädie, welches Ende des Jahres stattfinden sollte, besprochen. GSCHWEND (31) teilte mit, daß gekürzte Versionen der Züricher Vorträge voraussichtlich in der ersten Ausgabe 1973 der Zeitschrift »Der Orthopäde« veröffentlicht würden. Als Tagungsthema für Zürich wurden die »Probleme der Synovektomie am Kniegelenk« bestimmt.

## 6.5. Zürich (30. November bis 2. Dezember 1972)

Das Zürcher »Symposium über operative Rehabilitation bei der rheumatoiden Arthritis« muß als die erste Klausurtagung des Arbeitskreises angesehen werden. »Die ursprüngliche Absicht, Gelegenheit zu einem ungezwungenen Gedankenaustausch unter Mitgliedern des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie, einer im Schoße der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie gegründeten Gruppierung interessierter Orthopäden, zu bieten, hat fast Kongreß-Charakter erhalten. Dazu trug einerseits das weite Echo bei,



Tagungsleiter: Norbert GSCHWEND

das unsere Einladung an die deutschsprachigen Orthopäden fand« andererseits waren die Präsidenten der Schweizerischen Handchirurgen (Prof. VERDAN, Lausanne) und der für plastische Chirurgie (Prof. BUFF) die gleichzeitig tagten mit dem Wunsch an GSCHWEND herangetreten, eine gemeinsame Sitzung über die Rheumahand abzuhalten (40). Hauptinhalte der wissenschaftlichen Sitzung waren »Die Synovektomien« und »Arthrodesen, Osteotomien, Resektionen, Alloarthroplastiken«. Dies erklärt, warum an die 300 Teilnehmer bereits bei der ersten Tagung anwesend waren.

Die Synovektomien	Referenten
Indikation allgemein	JAKUBOWSKI
Chemische Synovektomie	RAUNIO, TILLMANN
Synovektomie der PIP- und DIP-Gelenke	PAHLE
Synovektomie der MCP-Gelenke	GSCHWEND
Synovektomie der Daumengelenke	SEGMÜLLER
Synovektomie der Strecksehnenfächer der Hand und des Handgelenkes, Behandlung des Caput-ulnae-Syndroms	MANNERFELT
Synovektomie der Beugesehnenfächer und Carpaltunnel-Syndrom bei chronischer Polyarthritis	STELLBRINK
Synovektomie des Ellbogens (mit und ohne Radiusköpfchenresektion)	RAUNIO
Synovektomie des Schultergelenkes	PAHLE
Synovektomie des Kniegelenkes	BRATTSTRÖM, MOHING
Synovektomie des Hüftgelenkes	MOHING
Synovektomie des oberen und unteren Sprunggelenkes	JAKUBOWSKI
Synovektomie der Zehengelenke	BRATTSTRÖM
Synovektomie bei juveniler chronischer Polyarthritis	JANI

Tabelle 8: Themen und Referenten in Zürich (1), 1972.

Arthrodesen, Osteotomien, Resektionen, Arthroplastiken und weitere Operationen bei chronischer Polyarthritis	Referenten
Finger-Arthrodesen	SEGMÜLLER
Handgelenks-Arthrodesen	MANNERFELT
Schulter-Arthrodesen	ZIPPEL
Fuß-Arthrodesen	SCHEIER
Knie-Arthrodesen	BRATTSTRÖM
Osteotomien	MOHING
Unterschenkel-Osteotomie	RADLOFF
Vorfußkorrektur	TILLMANN
Indikation für Arthroplastik	GSCHWEND
Ellbogengelenk-Arthroplastik	RAUNIO, SCHEIER, GSCHWEND
Schulter-Arthroplastik	ZIPPEL
MCP-Gelenk-Arthroplastik	MANNERFELT, RAUNIO
PIP-Gelenk-Arthroplastik	STELLBRINK
Handgelenk-Arthroplastik	GSCHWEND
Sehnenruptur	MANNERFELT
Knopflochdeformität	STELLBRINK
Schwanenhalsdeformität	MANNERFELT

Tabelle 9: Themen und Referenten in Zürich (2), 1972.

Mehrfach hatte die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) den Arbeitskreis zu ihren Kongressen eingeladen. Während der Tagung in Zürich beschlossen die Mitglieder, sich erst 1974 in Form eines Symposiums zu präsentieren. Man glaubte, frühestens zu diesem Zeitpunkt eine gewisse Anzahl gemeinsamer Untersuchungen realisiert zu haben (66). GSCHWEND und STELLBRINK regten eine »field-study« mit den Silastik-Implantaten nach SWANSON an. Gleichzeitig sollten andere unterschiedliche alloarthroplastische Modelle erprobt werden. Sie erklärten sich bereit, die von ihnen entwickelten Prothesen dafür zur Verfügung zu stellen. Das Interesse am Arbeitskreis wuchs weiter. Er hatte nun bereits 23 Mitglieder.

#### 6.6. Baden bei Wien (23. Juni 1973)

An der Tagung in Baden bei Wien nahmen nur fünf Mitglieder teil: Sie besprachen die Themen der zweiten Klausurtagung des Arbeitskreises, die für 1974 in Bad Bramstedt geplant war. Die Entscheidung sollte zwischen folgenden Inhalten fallen (60):

- Der Wert der Synovektomie:
  - Beeinflussung der Aktivität allgemein und lokal
  - Die Frage des Rezidivs (Reoperation)
  - Die unterschiedliche therapeutische Beeinflussung bei mono-, oligo- und polyartikulären Fällen
- Derzeitiger Stand der Kniegelenk-Arthroplastik:
  - Was leistet die Operation Gehfähigkeit, Selbständigkeit
  - Vergleich der verschiedenen Operationsmethoden

## 6.7. Aachen (19. September 1973)

Zentraler Punkt der Tagung in Aachen war die Dokumentation (siehe Kapitel Dokumentation). Außerdem wurden die Themen für die Klausurtagung in Bad Bramstedt endgültig festgelegt:

- Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Operationen
- Endoprothetik an der oberen Extremität
- Dokumentationsprobleme

GSCHWEND berichtete, daß für Silastik-Endoprothesen inzwischen verbessertes Material zur Verfügung stünde und die alten Modelle deshalb nicht mehr gekauft werden sollten (154).

## 6.8. Bad Bramstedt (4. bis 6. April 1974)

In Bad Bramstedt fand die zweite Klausurtagung des Arbeitskreises statt. In dem von Tagungsleiter TILLMANN gestalteten Programm sprachen unter anderem folgende Referenten:



Tagungsleiter: Karl TILLMANN

Themen	Referenten
Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Operationen	JOSENHANS, RAUNIO
Endoprothetik an der oberen Extremität	GSCHWEND, STELLBRINK
Dokumentation der oberen Extremität	MANNERFELT, STELLBRINK, GSCHWEND
Endoprothetik: Kniegelenk	TILLMANN
Dokumentation Rheuma-Orthopädie allgemein und speziell	TILLMANN (Stammbogen), SCHWÄGERL (Schulter/Ellenbogen), HOFER (Knie), JÄGER (Hüfte)

Tabelle 10: Themen und Referenten der Klausurtagung in Bad Bramstedt, 1974.

Nach vierjähriger Amtszeit übergab GSCHWEND die Obmannschaft an MOHING (131).

## 6.9. Baden-Baden (13. September 1974)

In der nur halbstündigen Sitzung in Baden-Baden wurde das »Öffentliche Auftreten des ARO auf Kongressen« besprochen (67). Künftig wollte man nur noch geschlossen als Arbeitskreis auftreten, um Themen vollständig zu behandeln und Wiederholungen zu vermeiden. Ausdrücklich wurde der Wunsch zu weiteren Klausurtagungen geäußert: »Im übrigen soll vor allem am Gedankenaustausch der Mitglieder an den Klausurtagungen der ARO festgehalten werden.« Außerdem legten die Teilnehmer die Themen für die von MOHING veranstaltete nächste Klausurtagung in Augsburg fest:

- Weichteilveränderungen an der Hand außer Gelenke
- Der rheumatische Fuß

## 6.10. Augsburg (17. bis 19. April 1975)

Ausgesprochen umfangreich war das Programm der dritten Klausurtagung in Augsburg.



Tagungsleiter: Walter MOHING

Themen	Referenten
Weichteilveränderungen an der rheumatischen Hand: Streck- und Beugeseite, Carpaltunnelsyndrom, Indikation und Ergebnisse der kombinierten Tenosynovektomie des Handgelenkes mit Ulnaresektion	MANNERFELT, GSCHWEND, WESSINGHAGE, WITT, JÄGER, REFIOR, BAUMANN
Der rheumatische Fuß: Zehenarthritis, Morphologie des rheumatischen Fußes, Vorfußoperationen beim rheumatischen Fuß, Synovektomie des oberen Sprunggelenkes	SCHILLING, TILLMANN, NEUMANN, MEIER
Wird die Aktivität einer rheumatischen Erkrankung durch operative Maßnahmen beeinflußt?	JÄGER, BAUMANN
Chemische Synovektomie mit Osmiumtetroxydometroxyd	HERTEL, WEBER, FUHL

Tabelle 11: Themen und Referenten der Klausurtagung in Augsburg, 1975.

Der am 21. November 1974 verstorbene Handchirurg, Privat-Dozent Dr. Gerhard STELL-BRINK, hatte sich stark im Arbeitskreis engagiert. Die Versammlung würdigte ihn als einen »ehrenhaften, ehrlichen und ideenreichen Wissenschaftler und treuen Freund, der durch seine Wärme und Persönlichkeit bestach« (7).

Mittlerweile hatte der Arbeitskreis 31 Mitglieder, davon fünf im Ausland und 15 aktive. Es wurde Bilanz gezogen: Als sehr positiv bewerteten die Mitglieder die vierjährige ARO-Tätigkeit. War es doch gelungen, »Gruppen zu sammeln, die Interesse an der Rheuma-Orthopädie haben und ein gemeinsames Ziel verfolgen«. Außerdem wurde der Kontakt zu »ausländischen Kapazitäten auf dem Gebiet der Rheumachirurgie« aufgenommen. Auch saßen mittlerweile Interessensvertreter in verschiedenen orthopädischen Gremien.

Man wählte für das Jahr 1976 Salzburg und für 1977 Lund als Tagungsorte aus. Die Themenvorschläge lauteten (6):

## Salzburg:

- Die Knopfloch- und Schwanenhalsdeformitäten
- Die Behelfsmittel Schienen und Schuhe

#### Lund:

- Themen über Rehabilitation
- Wirbelsäulenprobleme in der Rheuma-Orthopädie

Die Mitglieder beschlossen, künftige Klausurtagungen als nicht-öffentliche Veranstaltungen durchzuführen. Sie sollten ausschließlich den Mitgliedern offenstehen, wobei eine begrenzte Anzahl Gäste einzuladen waren. MANNERFELT regte an, Instruktionskurse durchzuführen, um jungen Ärzten die Möglichkeit zum Lernen zu geben.

MOHING wollte der in Entwicklung befindlichen Dokumentation einen inhaltlichen Stützpfeiler verleihen. Deshalb schlug er vor, die Vorfußkorrekturen bei Rheumatikern zwei Jahre
postoperativ röntgenologisch zu erfassen – insbesondere die Relation der Metatarsalia zueinander, das Griffelphänomen und das Abweichen der Zehen im Röntgenbild. »Dieses Thema kann als
Versuchsballon für eine gemeinsame Dokumentation des ARO dienen« (9).

## 6.11. Salzburg (1. bis 3. April 1976)

In Salzburg fand die vierte Klausurtagung des Arbeitskreises statt. Der Fortbestand des Literaturdienstes war fraglich, da JANI diesen Posten aufgab. Die Themen der nächsten Tagung in Lund wurden endgültig festgelegt:

- Wirbelsäule
- Rehabilitation bzw. orthopädische Behelfe
- Spätergebnisse nach Kniegelenk-Synovektomien



Tagungsleiter: Hans HOFER

Das letzte Thema, die Kniegelenk-Synovektomie, sollte zudem im Mittelpunkt der ARO-Präsentation auf dem DGOT-Kongreß in Würzburg 1977 stehen. Auch der Titel stand schon fest: Arthro- und Tenosynovektomie; Fakten – Trends. Der Arbeitskreis plante, nach dem Würzburger DGOT-Kongreß Empfehlungen für Orthopäden und Internisten zur Indikation der Synovektomie herauszugeben.

## 6.12. Lund (13. bis 15. Juni 1977)

Während der fünften Klausurtagung in Lund (10) beschloß der Arbeitskreis, die Schulter zum wissenschaftlichen Hauptinhalt des nächsten Treffens 1978 in Basel zu machen. Da die meisten Mitglieder wenig Erfahrung hatten, wurden die skandinavischen Kollegen BRATTSTRÖM, MORITZ und PAHLE gebeten, das Symposium inhaltlich vorzubereiten.

KÖNIG erklärte sich bereit, auf dem DGOT Kongreß in Würzburg den Vortrag »Die Ergebnisse der Kniegelenkssynovektomie« zu halten. Dafür sollte eine Sammelstatistik unter Berücksichtigung der Kriterien des Doku-



Tagungsleiter: Håkan BRATTSTRÖM

mentationsbogens »Knie« erstellt werden. KÖNIG wollte die Untersuchungsbogen von BRATT-STRÖM, GOLDIE, JAKUBOWSKI, TILLMANN und seine eigenen auswerten und die Ergebnisse dann präsentieren. Früh- und Spätsynovektomie wurden gemäß den Amsterdamer Kriterien definiert. HOFERs Aufgabe bestand darin, den radiologischen Aspekt der Kniegelenkssynovektomie zu begutachten. Deshalb sollten alle Beteiligten sämtliche Röntgenbilder - präoperativ und fünf Jahre nach der Operation, jeweils mit anterior-posteriorem und seitlichem Strahlengang - an HOFER schicken (10).

TILLMANN übernahm die Koordination einer Rezidivstudie. Dabei sollten FASSBENDER, FEHR und SCHATTENKIRCHNER beurteilen, ob im Hinblick auf Rezidive eine Aussage über den augenblicklichen Krankheitszustand eines Patienten möglich wäre. NEUMANN erklärte sich bereit, eine Studie über Arthroplastiken an den Vorfüßen weiterzuführen. Ausführlich wurde in Lund auch die Dokumentation besprochen (siehe Kapitel Dokumentation).

#### 6.13. Basel (7. bis 8. Juli 1978)

JANI veranstaltete die sechste Klausurtagung in Basel (12). »Die rheumatische Schulter« und die Gegenüberstellung »Synovektomie -Synoviorthese« waren die Hauptthemen. HOFER löste MOHING als Obmann ab. Wesentliche Inhalte der Arbeitskreissitzung waren Dokumentation und Satzung (siehe entsprechende Kapitel). Abgelehnt wurde die Erweiterung des Arbeitskreises um englische Rheuma-Orthopäden. Stattdessen sollte alle zwei bis drei Jahre ein gemeinsames Treffen statt-



Tagungsleiter: Lutz JANI

finden. Aufgrund von Arbeitsüberlastung stellte JANI den Literaturdienst endgültig ein. Er empfahl als Alternativen die Dokumentationszentralen der einzelnen Länder. PAHLE schlug vor,

Produktion Burg Reichenstein Zubbrer: Geist von Keichenstein, was willet Du hier en dieser Stund', wer bist Du denn? Geist: Wieder naht sich meine Stunde wie du Humlet's Zeiten, wo ich dem qualend Zwange sich ergeben auß. Zubkrer: Ach erser Geist! Geist: Boklag' wich hicht, oh Jani, doch leib Dein ernet Gehör dem, was ich kund will bum. Zuhörer: Ich kena' Bich nicht, wer bist Du dene? cuncer: Ich kenn: Dach dicht, wer bist Du donn?

Geint: Ich hin der Othnowden-Geint der Vater Andry: Yerdment auf eine Zeitlang machter zu wendern Retren Kranken zu bergenen dur seneinigt Schulteren ihr zu burgieren wichtet. Die Rah! Sind ich nicht, bis Orthopiden kommender Jehr bigen. So lang it? ich in diesen Schloß unber, him die Verbrechen wurst Zeitlichkeit hisveggelnücert eine Warfrechen wurst Zeitlichkeit hisveggelnücert eine Kunten zu enthällen, an höh! ich eine Rande an, von der den kleiniete Wort dat Gepter, wie Sadeln an den Schloß unber Stacheltung vollt The es trotzdus hören?

Spharer: Stacheltung vollt The es trotzdus hören? Embarer: Sprich,ol Geist, Die ARO sat Dir horig! Sprich, all Gelst, Nie ARD (at Dir börig)
Schämdlich inz der Schalteradnerfit in benten Walle
scham, doch nieusend kunn des Willigen verdagen.
Boch atill Nich debt, ich vittere horganist, wan ich
her in dieme Kunne achen.
Boch still Nich debt, ich vittere horganist, wan ich
her in dieme Kunne achen.
Boch men Kunne heben.
Boch men Kend ische kunn ich der in der Gericht
mit aller Kuntel. Arthrodeswenchenzen zweisen sir die
Rule, lockerer Frotheam Knarren göllt in meinen Ohren.
Die schamzig! Schawrig!
Die konner in der Viedt Retlectue Eure
Herren nicht, Euer Gemit ernime nicht weitungen die
Rator, ladt doch dem Himmel diese Schelteru.
Mer Vater Andry, Deis Geiter wal IR met finden Dein Res. naturiant outnies in inseriated accessors for the control of the c

Swist: Ich geh' jetst in den OP's I

1980 die Klausurtagung des Arbeitskreises in Oslo abzuhalten. Die Mitglieder stimmten diesem Vorschlag zu.

Auf Burg Reichenstein beschwor der Arbeitskreis den Orthopädengeist Vater Andry (68). Dieser beklagte in einem Schattenspiel die schlechten Ergebnisse von Schulteroperationen und führte seine eigene Operationstechnik vor.

Abbildung 27: Manuskript »Produktion Burg Reichenstein«, 1978.

#### 6.14. Wien (11. bis 13. Juni 1979)

Auf der siebten Klausurtagung stand vor allem die Diskussion der Statuten im Vordergrund (s. Kap. Satzung) (48). Zum nächsten Treffen in Oslo wollte der Arbeitskreis die British Rheumatoid Arthritis Surgical Society (BRASS, spätere RASS) einladen. GSCHWEND erhoffte sich von den Engländern neue Impulse – insbesondere für die Entwicklung der Dokumentation. »Das Ellenbogengelenk« wurde als zentrales Thema für Oslo vorgeschlagen.



Tagungsleiter: Hubert HÄCKEL

Erstmals in der Geschichte des Arbeitskreises stand der Punkt »finanzielle Situation« auf der Tagesordnung. Obwohl die Ausgaben des Arbeitskreises nicht gedeckt
waren, war man sich darin einig, keinen Mitgliedsbeitrag zu erheben. Statt dessen wurde eine Art
»Sponsoring« in Betracht gezogen: Firmenzuschüsse oder Gelder des Bundesministeriums für
Forschung und Technik sollten helfen, die finanzielle Situation des Arbeitskreises zu entspannen.

Das wissenschaftliche Programm umfaßte die Themen »Das totale Knie« und »Juvenile chronische Polyarthritis«.

Das totale Knie	Referent
Über den Totalersatz des Kniegelenkes	GSCHWEND
Erfahrungen mit der Knieendoprothetik bei Chronischer Polyarthritis	STÖRIG
Zweiteingriffe nach endoprothetischer Versorgung des Kniegelenkes	MOHING
Erste Ergebnisse einer Kniegelenkendoprothese mit wandernder Achse	TILLMANN, THABE
Das GSB-Gelenk, mittelfristige Ergebnisse bei chronischer Polyarthritis	JÄGER, HAGENA, REFIOR

Tabelle 12: Themen und Referenten in Wien (1), 1979.

Juvenile chronische Polyarthritis	Referent
Pathologisch-anatomische Aspekte der juvenilen chronischen Polyarthritis	FASSBENDER
10jährige Erfahrung mit der operativen Behandlung der juvenilen chronischen Polyarthritis	BRATTSTRÖM
Meine Erfahrungen mit der juvenilen Chronischen Polyarthritis	JAKUBOWSKI

Tabelle 13: Themen und Referenten in Wien (2), 1979.

#### 6.15. Oslo (3. bis 5. Juli 1980)

Ganz im Zeichen des Ellenbogens und der Kniegelenkskontraktur stand die achte Klausurtagung des Arbeitskreises in Oslo.



Tagungsleiter: Jan A. PAHLE

Kniebeugekontraktur	Referent
Behandlung der rheumatischen Kniebeugekontraktur	MOHING
Kombinierte Behandlung bei rheumatischen Erkrankungen	PAHLE
Lateral Release - als Behandlung der Flexionskontraktur des rheumatischen Kniegelenkes	GOLDIE
Unsere Erfahrungen und Ergebnisse bei Kniegelenkkontrakturen bei Kindern	BEYER
Kniegelenkkontraktur	KÖNIG
Kniegelenkkontraktur: Rezidivgefahren	NEUMANN
Remobilisierung ankylotischer Kniegelenke mittels Endoprothesen	TILLMANN, THABE

Tabelle 14: Themen und Referenten in Oslo (1), 1980.

Ellenbogen	Referent
Die chirurgische Behandlung der rheumatischen Arthritis des Ellenbogengelenkes	TEIGLAND
Langzeitergebnisse nach Synovektomien des Ellenbogengelenkes	TILLMANN, THABE
Spätsynovektomien	NEUMANN
Nachuntersuchungen bei Ellenbogensynovektomien	HOFER
Ergebnisse der Ellenbogen-Prothesen	KERSCHBAUMER
Langzeit-Erfahrungen mit der erweiterten Ellenbogensynovektomie	SCHWÄGERL
Unser Zugang zum Ellenbogengelenk bei Synovektomie, Ergebnisse	GSCHWEND
Ergebnisse nach Ellenbogensynovektomien und Radiusköpfchenresektionen	HAGENA, JÄGER, REFIOF

Tabelle 15: Themen und Referenten in Oslo (2), 1980.

Da 1981 der Rheumaweltkongreß in Paris stattfand, beschloß der Arbeitskreis, im selben Jahr auf eine eigene Veranstaltung zu verzichten. Stattdessen wollte man mit einem Programm unter dem Titel »Eingriffe an der volaren Hand – einschließlich Carpaltunnelsyndrom« an der Pariser Tagung teilnehmen. JÄGER erklärte sich bereit, in München die nächste Klausurtagung abzuhalten. Diese sollte dann 1982 stattfinden. Als Hauptinhalte schlug er die Themen »Fuß- und Sprunggelenk oder Handgelenk als multizentrische Studien« sowie zusätzliche Referate über transkutane, intraartikuläre und medikamentöse Therapie vor (49).

GSCHWEND erörterte die Stellung der European Rheumatoid Arthritis Surgical Society (ERASS). Zunächst hatte es im Rahmen der European League against Rheumatism (EULAR) ein »Subcommittee« für Rheuma-Orthopädie gegeben, welches 1978 zum »Standing Committee on Surgery of Rheumatic Diseases« aufgewertet wurde. 1979 ging daraus die eigenständige ERASS hervor, die in Wiesbaden gegründet wurde. Sie sollte zweijährig einen eigenen und alle vier Jahre einen Kongreß mit der EULAR abhalten. TILLMANN empfahl, daß möglichst jedes Mitglied der ARO auch der ERASS beitreten sollte (49).

In Oslo wurden erstmals eine Programmkommission ins Leben gerufen, um Tagungsprogramme gezielt vorbereiten zu können. Zum Chairmann der Kommission für Paris 1981 wurde MANNERFELT gewählt. Die weiteren Mitglieder des Gremiums waren PAHLE, GSCHWEND, NEUMANN und BAUMANN. Die Kommission, die die Klausurtagung 1982 in München vorbereiten sollte, bestand aus GOLDIE, HAGENA, TILLMANN und WESSINGHAGE. Den Vorsitz führte JÄGER (49).

## 6.16. Konstanz (1. bis 4. Oktober 1980)

Auf Einladung von OTTE nahm der Arbeitskreis am Deutsch-Schweizerischen Rheumatologen-Kongreß in Konstanz teil. Im Vorwort des Tagungsführers schrieb OTTE über die Perspektiven dieser Kooperation: »Auf alle Fälle wird ein ARO-Programm zur festen Einrichtung werden. Grund dafür ist nicht nur die formale Zuordnung der Rheumatologie zu den Fächern der Inneren Medizin und der Orthopädie durch die Einführung des Teilgebietes in Deutschland, es ist vielmehr auch die nicht mehr wegzu-



Tagungsleiter: Paul OTTE

denkende therapeutische Partnerschaft mit der Rheuma-Orthopädie« (118). Auf Grund seiner besonderen Verdienste war OTTE Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).

OTTE hatte sich jahrelang mit der Rheuma-Orthopädie auseinandergesetzt. Auf einer Tagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie 1978 bezog er in dem Vortrag »Orthopädische Rheumatologie (Rheuma-Orthopädie) – Definition aus der Sicht des Orthopäden« Stellung. Sowohl die internistische als auch die orthopädische Rheumatologie seien mit folgendem Passus eindeutig definiert: »Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, die sich in ihrer Manifestation nicht auf die Stütz- und Bewegungsorgane beschränken, sondern die inneren Organe einschließen, Systemcharakter haben oder auf metabolischen Störungen beruhen.« OTTE (117) hielt damals die Weiterbildungsordnungen für Orthopäden der komplexen Krankheitsgruppe nicht angemessen: »Auch das Fachgebiet Orthopädie involviert trotz der umfassenden Definition nicht die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen, die zur Behandlung der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auf konservativem und operativem Weg befähigen«. Er forderte eine strukturierte Weiterbildung, die unter anderem pathologische Grundlagen, Differential-Diagnostik sowie Pharmakologie und spezielle konservative Behandlungsmethoden, einschließlich Ergotherapie und physikalischer Therapie, beinhalten sollte. Aber trotz der raschen Entwicklung

der Rheuma-Orthopädie hatte 1978 der Ärztetag in Mannheim die Einführung des Teilgebietes »orthopädische Rheumatologie« abgelehnt.

Mit den Themen »Operative Probleme des Kniegelenkes bei chronscher Polyarthritis« und »Aktuelle Probleme der operativen Prävention und Rekonstruktion« bestritt der Arbeitskreis sein Programm in Konstanz (118).

Operative Probleme des Kniegelenkes bei chronischer Polyarthritis (eine Auswahl)	Referenten
Möglichkeiten der operativen Behandlung	TILLMANN
Frühsynovektomie	MOHING
Spätsynovektomie und Bandrekonstruktion	REFIOR
Operative Möglichkeiten bei Baker-Zysten	GSCHWEND
Synoviorthese	MARBACH
Einfache Osteotomien in Knienähe	JAKUBOWSKI
Doppelosteotomien	HÄCKEL
Alloplastische Möglichkeiten: Unverblockter Gelenkersatz	THABE
Alloplastische Möglichkeiten: Verblockter Gelenkersatz	SCHWÄGERL

Tabelle 16: Themen und Referenten in Konstanz (1), 1980.

Aktuelle Probleme der operativen Prävention und Rekonstruktion (eine Auswahl)	Referenten
Kniegelenkssynovektomie nach Radiosynoviorthese	KÖHLER, MOHING, MOHR
Die Gelenkwaschung, eine Alternative zur lokalen Konservativen Therapie des rheumatischen Kniegelenkes	KLEIN, SCHULITZ
Das femoropatellare Gleitlager nach totalem Kniegelenksersatz bei chronischer Polyarthritis	HAGENA, JÄGER
Erfahrungen mit Kniegelenksendoprothetik	CZURDA, BÖHLER, SCHWÄGERL
Vergleichende Ergebnisse nach Coventry-Osteotomie und Kniegelenksendoprothesen	EHRENBRINK, MIEHLKE, RUFFING
Der operative Beitrag zur Erhaltung der Schultergelenksfunktion bei chronischer Polyarthritis	NEUMANN
Erfahrungen mit dem Blauth-Knie bei Polyarthritis	GEKELER, TIETZ, JÄGER, KÖNIG
Zur Symptomatik und operativer Therapie atlanto-occipitaler und atlanto-axialer Dislokation bei chronischer Polyarthritis	PUHL, SPRINGORUM, STOCK

Tabelle 17: Themen und Referenten in Konstanz (2), 1980.

Am 3. Oktober 1980 fand in Konstanz eine außerordentliche Sitzung des Arbeitskreises statt. HOFER trat nach drei Jahren als Obmann zurück. Aus gesundheitlichen Gründen verzichtete BRATTSTRÖM auf das Amt. GOLDIE wurde als Nachfolger vorgeschlagen. Doch die Versammlung beschloß, daß aufgrund der anstehenden berufspolitischen Probleme ein Deutscher den Arbeitskreis führen sollte. Einstimmig wählten die Teilnehmer TILLMANN zum neuen Obmann (52).

#### 6.17. Wien (23. April 1981)

1981 hätte die Klausurtagung des Arbeitskreises während des Rheuma-Weltkongresses in Paris stattfinden sollen. MANNERFELT, Chef der Programmkommission, hatte bereits einen Entwurf erarbeitet. Doch das Treffen entfiel: Der scheidende Obmann HOFER stellte im Februar 1981 per Rundschreiben fest, daß nur wenige Mitglieder nach Paris kommen würden (62). Zu viele Kongresse standen in diesem Jahr auf dem Programm. Als Ersatz traf man sich in Wien, während der Tagung der European Rheumatoid Arthritis Surgical Society (ERASS). Schwerpunkt der Arbeitssitzung am 23. April war die neue Satzung. HOFER übergab die Obmannschaft offiziell an TILLMANN (101).

#### 6.18. Basel (8. bis 9. Oktober 1982)

Da JÄGER in München den Lehrstuhl für Orthopädie von WITT übernahm, sah er sich außerstande, im Jahr 1982 die Klausurtagung des Arbeitskreises auszurichten. Ursprünglich für München geplant, fand die Tagung dann in Basel statt. Dorthin war der Arbeitskreis - zwei Jahre nach der ersten Zusammenarbeit in Konstanz - erneut zum Deutsch-Schweizerischen Rheumatologenkongreß eingeladen worden. MEULI organisierte das Programm der Klausurtagung mit dem Schwerpunktthema »Die rheumatische Hüfte«. Unter der Leitung von MANNERFELT und NIGST wurde außerdem eine Plenarsitzung zum Thema »Die rheumatische Hand« abgehalten. TILLMANN stellte sein Amt als Obmann zur Verfügung, da er meinte, seine in Konstanz übernommene Aufgabe erfüllt zu haben: Die Sektionsverhandlungen standen kurz vor einem Abschluß. GOLDIE wurde zum neuen Obmann gewählt (102). Unzufrieden waren die Mitglieder darüber, daß bei den letzten, mit anderen Organisationen durchgeführten Tagungen die Diskussion zu kurz gekommen sei. Um Kumulationen von Sitzungen zu vermeiden, wollte man wieder eigene Klausurtagungen durchführen. Diese sollten, wie in der Geschäftsordnung festgelegt, im jährlichen Wechsel mit der ERASS stattfinden. Für 1984 wurde Bad Ragaz als Veranstaltungsort für die Klausurtagung ausgewählt. Das wissenschaftliche Programm sollte den Schwerpunkt auf »Rheumatische Coxitis und Salvages bei der operativen Behandlung der rheumatischen Coxitis« legen.

#### 6.19. Essen (22. September 1983)

Einzige Themen der außerordentlichen Sitzung in Essen waren die Dokumentation, die Satzung und die Verhandlungen mit der DGOT (s. entsprechende Kapitel).

## 6.20. Bad Ragaz (12. bis 14. April 1984)

In Bad Ragaz fand die neunte eigenständige Klausurtagung des Arbeitskreises statt (153). WIEDMER faßte den Sinn der Tagung, aber auch einen der ursprünglichen Gedanken des Arbeitskreises, treffend zusammen: Es sei wichtig herauszufinden, welche Operationsmethode und welche Kunstgelenke bei der Therapie von Rheumatikern am erfolgreichsten seien, denn »alle Mitglieder der Vereinigung führen Operationen bei Patienten mit chronischer Polyarthritis aus – kämpfen mit denselben Problemen, jedoch mit verschiedenen Mitteln«. Thema des ersten Tages war die chirurgische



Tagungsleiter: Ulrich WIEDMER

Behandlung der Polyarthritis-Hüfte: Dabei diskutierten die Teilnehmer über die Möglichkeiten, ohne Gelenkersatz zu therapieren (Synovektomie, Osteotomie, Arthroplastik), zementierte und nicht-zementierte Prothesen sowie Fehlschläge nach Totalendoprothesen. Den Abschluß bildeten Vorträge über aktuelle Entwicklungen und neue Techniken in der gesamten Rheuma-Orthopädie.

Referenten
GSCHWEND
TILLMANN, THABE
KERSCHBAUMER, PFALLER, BAUER
LIDGREN
MUNZINGER, STEIGER
OCHSNER
PLITZ, BERGMANN, WEINMANN

Tabelle 18: Themen und Referenten in Bad Ragaz, 1984.

## 6.21. München (29. bis 31. Mai 1986)

Nach dem plötzlichen Tod von JÄGER organisierte HAGENA die Klausurtagung des Arbeitskreises in München. Schon zu Beginn der 70er Jahre hatte JÄGER die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert: »Nur der Aktivität von Professor JÄGER war es zu verdanken, daß in München eine Rheuma-Einheit ins Leben gerufen worden ist – ein erster Zusammenschluß internistischer und orthopädischer Rheumatologie unter dem Dach einer Universität in der Bundesrepublik« (57).



Tagungsleiter: Frank-W. HAGENA

## »Der rheumatische Fuß« bildete einen Schwerpunkt der Münchner Tagung.

Der rheumatische Fuß	Referenten
Möglichkeiten der Objektivierung von rheumatischen Vorfußdeformitäten	JÜRGENS, HAGENA, ROSEMEYER, KORMANN
Operative Strategien bei rheumatischen Vorfußdeformitäten	KÖNIG
Die Korrektur der schweren Vorfußdeformität bei der chronischen Polyarthritis	SALZMANN, SARFERT, HARDT
Möglichkeiten und Komplikationen der operativen Behandlung am rheumatischen Fuß	PAHLE
Unsere Erfahrungen mit der Resektionsarthroplastik des Vorfußes bei rheumatischen Erkrankungen	SIORPAES, KERSCHBAUMER
Die Rekonstruktion des rheumatischen Vorfußes nach TILLMANN	MIEHLKE, BLANKE, STEGERS
Die endoprothetische Versorgung des oberen Sprunggelenkes bei rheumatoider Arthritis	THABE
Die Zugschraubenarthrodes nach WAGNER bei Destruktion des Rückfußes	STEIGER, GSCHWEND

Tabelle 19: Themen und Referenten in München, 1986.

Im wissenschaftlichen Teil der Tagung wurden außerdem die Themenkomplexe »Die Halswirbelsäule bei chronischer Polyarthritis« und »Neue Trends in der Rheuma-Orthopädie« behandelt.

Die wissenschaftlichen Beiträge wurden in der Zeitschrift »Aktuelle Rheumatologie« (57) veröffentlicht.

## 6.22. Freiburg (3. Oktober 1986)

Auf der administrativen Sitzung des Arbeitskreises in Freiburg stand die Dokumentation im Vordergrund (s. Kapitel Dokumentation) (106). Die Teilnehmer beschlossen außerdem eine Änderung des §2 Absatz b der Geschäftsordnung: Als korrespondierendes Mitglied in den Arbeitskreis aufgenommen zu werden, sollte künftig nur noch ohne Gegenstimme im Sektionsbeirat möglich sein. So hoffte man, die »Bedenken einzelner zu berücksichtigen und das Verfahren noch bewußter zu machen«.

#### 6.23. Bad Abbach (11. bis 14. Mai 1988)

Probleme zwischen internistisch und orthopädisch orientierten Rheumatologen innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) kamen auf der Klausurtagung in Bad Abbach zur Sprache (108). Mit Sorge beobachteten die Mitglieder eine Polarisierung. Dadurch sah man die »bisher beispielhafte Kooperation zwischen orthopädisch und intern orientierten Rheumatologen belastet«. Die Befürchtung wurde geäußert, daß »die Gesellschaft mit dem Auftrag der wissenschaftlichen Zielsetzung in ein berufspolitsches Instrument umgewandelt werden könnte«. Deshalb



Tagungsleiter: Dieter WESSINGHAGE

forderte der Sektionsbeirat die Mitglieder des Arbeitskreises auf, möglichst zahlreich an der Mitgliederversammlung der DGRh teilzunehmen, die am 14.9.1988 in Aachen stattfinden sollte. Wissenschaftlich wollte sich der Arbeitskreis auf diesem Treffen in Aachen mit den Vorträgen »Die Bedeutung der Synovektomie bei der Behandlung der chronischen Polyarthritis« (TILLMANN) und »Aktuelle Problematik der Gelenkersatz-Operationen bei chronischer Polyarthritis« (WESSINGHAGE) präsentieren (107).

Außerdem erwartete der Arbeitskreis in Aachen den Besuch einer Gruppe der »Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery« unter der Leitung von NAGAYA. Das erste deutschjapanische Symposium sollte die Themen »Aktuelle Probleme bei Synovektomie« und »Gelenkersatz« behandeln (109).

Neben dem Ellbogengelenk wurden auf der Klausurtagung in Bad Abbach auch neue Trends in der Rheuma-Orthopädie behandelt. Die Vorträge wurden in der Reihe »Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie« veröffentlicht (152).

Das Ellbogengelenk (eine Auswahl)	Referenten
Resektions-Interpositions-Arthroplastik des Ellbogengelenkes bei chronischer Polyarthritis – Indikationen und Ergebnisse	TILLMANN
Einsatzmöglichkeiten der Ellbogengelenk-Arthroskopie in der Rheumatologie	GONDOLPH-ZINK, WETZEL, PUHL
Radiosynoviorthese der Ellbogengelenke	HAASS
Operationstechnische Probleme am Ellbogengelenk bei chronischer Polyarthritis	NEUMANN
Differentialindikation, P-Technik und Nachbehandlungskonzept der Ellbogengelenkseingriffe beim Polyarthritiker	WAERTEL, WESSINGHAGE, ZACHER
Die ARO-Dokumentation am Beispiel der Ellbogen-Synovektomien	HAGENA, ZWINGERS, SCHATTENKIRCHNER, BRACKER
Langzeitergebnisse mit der GSB III-Ellbogen-Arthroplastik	GSCHWEND
Die Frühergebnisse der SOUTER/STRATHCLYDE Ellbogengelenkprothesen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis	PÖLL, ROZING

Tabelle 20: Themen und Referenten in Bad Abbach (1), 1988

Aktuelle Trends in der Rheuma-Orthopädie (eine Auswahl)	Referenten
Schultergelenkarthroplastik - Gelenkersatz	THABE
Die Erweiterung der »dorsal wrist stabilization« durch radiolunäre Arthrodesen bei chronischer Polyarthritis	HAGENA, SIEKMANN, REFIOR
Plattenarthrodese mit homologem Knocheninterponat am extrem veränderten Handgelenk des Polyarthritikers – technische Mitteilung	ZACHER, WESSINGHAGE
Kontrollierte Teilbelastung – Konzept einer Schuhzurichtung	KÖNIG, NEUMANN
Erfahrungen mit der zementlosen Endler-Pfanne im Hüftbereich	GSCHWEND
Erfahrungsbericht über zementlose Knieendoprothesen bei chronischer Polyarthritis	MIEHLKE

Tabelle 21: Themen und Referenten in Bad Abbach (2), 1988.

WESELOH wurde einstimmig in seinem Amt als Obmann des Arbeitskreises bestätigt. MEULI erklärte sich bereit, die Klausurtagung 1990 auszurichten. »Komplikationen bei rheumaorthopädischen Eingriffen« und »Konservative Therapie in der Rheumatologie« sollten die wissenschaftlichen Schwerpunkte dieser Tagung bilden. Bern oder Interlaken standen als Veranstaltungsorte zur Auswahl (109).

## 6.24. Aachen (14. September 1988)

Während des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Aachen traf sich der Sektionsbeirat der ARO zu einer kurzen Sitzung. Neben Hinweisen auf anstehende Kongresse nutzte die Versammlung die Gelegenheit, um ausführlich über die angestrebte einheitliche Dokumentation zu sprechen (s. Kap. Dokumentation) (111). Außerdem fand in Aachen das erste Treffen mit der Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery statt. Auf der Sitzung wurden »Aktuelle Probleme bei Synovektomien« und »Gelenkersatz« diskutiert.

Hip- and Knee-Replacement	Referenten
Clinical and radiological study of ceramic cementless hip prothesis	NAGAYA
Indication of total replacement and other surgical approaches to the hip joint in rheumatoid arthritis	THABE
Bipolar hip arthroplasty in rheumatoid arthritis	TORISY
Acetabular protrusion in coxitis of rheumatic origin-causes and surgical approaches	WESSINGHAGE
A long-term follow-up study of total knee arthroplasty using the non-cemented knee prothesis	YAMAMOTO
Clinical performance of the MICROLOC-and PFC-Knee Arthroplasty	MIEHLKE
Comparision of factors between full flexion knees and non-full flexion knees after Y/S total knee arthroplasty	YOSHINO
Ten years experience with the StGeorg sledge type knee prosthesis	NEUMANN

Tabelle 22: Themen und Referenten der gemeinsamen Sitzung des Arbeitskreises mit der Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery in Aachen (1), 1988.

Synovectomy	Referenten
Synovectomy of the rheumatoid knee	OGAWA
Long-term results of synovectomy in rheumatoid	
arthritis-observation: ten years and more	KÖHLER
Arthroscopic synovectomy of the knee joint	MATSUI
Synovectomy of the knee joint under arthroscopic control	MORALDO
Arthroscopic synovectomy for rheumatoid arthritis in out-patient-clinic	INOUE
Arthroscopic synovectomy of the knee joint	KLEIN
Arthroscopic synovectomy of the knee, shoulder and elbow in rheumatoid arthritis patients	KIJIMA
Indication of radiosynoviorthesis in the knee joint	KERSCHBAUMER

Tabelle 23: Themen und Referenten der gemeinsamen Sitzung des Arbeitskreises mit der Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery in Aachen (2), 1988.

## 6.25. Baden-Baden (29. April 1989)

Auf der administrativen Sektionsbeiratssitzung in Baden-Baden hielt WESELOH (113) die Arbeitskreismitglieder an, ihre wissenschaftlichen Aktivitäten zu intensivieren. Aus diesem Grund gab er einen Überblick über anlaufende oder geplante Projekte verschiedener Organisationen:

- Bundesministerium f
   ür Forschung und Technik (BMFT):
   F
   örderschwerpunkte:
  - Epidemiologie rheumatischer Erkrankungen
  - Ätiologie und Pathogenese rheumatologischer Erkrankungen und Arthrosen
- Bundesministerium f
   ür Arbeit und Soziales (BMAS): F
   örderschwerpunkt:
  - Modellprogramm zur besseren Versorgung chronisch Kranker
- Gesellschaft f
  ür Bindegewebsforschung:

Förderschwerpunkt:

- Intensivierung der Beziehungen zwischen Klinik und Grundlagenforschung

Der Arbeitskreis befürchtete, die Entscheidung und Anwendung der Radiosynoviorthesen könnte den orthopädischen Rheumatologen entgleiten. Deshalb startete ZACHER eine Umfrage unter Mitgliedern des Arbeitskreises, um den Umfang der durchgeführten Radiosynoviorthesen und deren tatsächliche Handhabung zu erfassen.

## 6.26. Interlaken (17. bis 19. Mai 1990)

Schwerpunkte der Veranstaltung in Interlaken waren »Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Eingriffen«, »Synoviorthese – Synovektomie« sowie »Konservative Therapie in der Rheumatologie«.



Tagungsleiter: Christoph MEULI

Synoviorthese – Synovektomie	Referenten
Grundlagen der radioakiven Synoviorthese	FEINENDEGEN
Radioaktive Synoviorthese, vorläufige Ergebnisse	ZACHER
Verlaufsbeobachtung von Yttrium-Synoviorthesen an 150 Kniegelenken	STOLLENWERK, MOHR, DREHER, KOMENDA, LINGG
Regenerationsfähigkeit synovialer Strukturen nach Synovektomien	GOLDMANN, MOHR, THABE
Einfluß der Kniegelenksynovektomie auf die gelenknahe Osteoporose – eine prospektive Studie mittels Doppelphotonenabsorptionsphotometrie	WETZEL, BRECHT-KRAUSS, PUHL
Sind Hüftgelenks-Synovektomie und Hüftgelenk-Arthrolyse im Zeitalter der Endoprothetik noch sinnvoll?	SPIELVOGEL, WESSINGHAGE
Lohnt sich die Spätsynovektomie mit Radius- köpfchenresektion bei der weit fortgeschrittenen Destruktion des rheumatischen Ellbogengelenkes?	NIEHAUS, STAUDTE
Die arthroskopische Synovektomie von Schulter- und Ellbogengelenk	SCHMIDT, MIEHLKE
Arthroskopische oder offene Synovektomie – Differentialindikation	REFIOR, HAGENA, KIRCHHÜBEL

Tabelle 24: Themen und Referenten in Interlaken (1), 1990.

Komplikationen bei rheuma-orthopädischen Eingriffen (eine Auswahl)	Referenten
Kniegelenksendoprothetik und Komplikationen – 20 Jahre im Rückblick	KÖNIG, HANSEN
Komplikationen nach Kniegelenksersatz und ihre Behandlung durch Prothesenwechsel	WAERTEL, KISSLINGER, WESSINGHAGE
Problem des Patellarückflächenersatzes bei Oberflächenersetzenden Knieprothesen	SCHAAF, MIEHLKE, KOTTMANN
Komplikationen nach Implantation einer non-constrained Knieendoprothese	KERSCHBAUMER, RUDORF, FRIEDRICH
Acetabulum Plastiken nach <i>LORD</i> bei großen Knochendefekten zementierter Totalendoprothesen	PÖLL
Charakteristische Komplikationsmöglichkeiten beim alloarthroplastischen Pfannenersatz an der rheumatisch destruierten Hüfte	NIEHAUS, THIEL, STAUDTE

Tabelle 25: Themen und Referenten in Interlaken (2), 1990.

Der Tagungsleiter von Interlaken wurde neuer Obmann des Arbeitskreises: WESELOH, der von 1986 bis 1990 dieses Amt ausgeübt hatte, wurde von MEULI abgelöst. Begrüßt wurde die Teilnahme mehrerer Rheuma-Orthopäden aus der ehemaligen DDR. W. NEUMANN, Direktor der Klinik für Orthopädie der medizinischen Akademie Magdeburg, wurde einstimmig als Gast mit Stimmrecht in den Sektionsbeirat gewählt (114).

Neben der Dokumentation (s. Kap. Dokumentation) beschäftigte den Sektionsbeirat auch das Thema Weiterbildung. Am 24. Januar 1990 hatte ein Treffen der Kommission »Weiterbildung« der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie stattgefunden, in der die orthopädische Seite ausschließlich von Mitgliedern des Arbeitskreises, namentlich HAGENA, KÖHLER, NEUMANN, THABE, WESSINGHAGE und WESELOH, vertreten wurde. Die Kommission plante, daß Ärzte in der Weiterbildung ein halbes Jahr lang in dem jeweils ergänzenden Fachbereich – internistisch oder orthopädisch-rheumatologisch – fortgebildet werden sollten. »Dadurch soll insgesamt eine weitgehend gleichmäßige Weiterbildung für Internisten und Orthopäden im Teilgebiet Rheumatologie gewährleistet werden« (115). Auch gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) und dem Berufsverband der Orthopäden hatte die ARO in Sachen Weiterbildung Anstrengungen unternommen. Unter der Federführung TILLMANNs wurde erreicht, daß der Beirat der DGOT am 4.5.1990 beschloß, eine erweiterte Kommission mit Beteiligung des Obmannes des ARO und Vertretern der Ordinarienkonferenz einzusetzen. Diese sollte bis zum DGOT-Kongreß in Zürich im Oktober 1990 Fortbildungskriterien erarbeiten (114).

Wiesbaden und Wien standen als Tagungsorte für die Klausurtagung 1992 zur Auswahl. Nach einer ausführlichen Debatte entschied man sich für Wien. So hoffte man, österreichische Rheuma-Orthopäden wieder verstärkt in die Aktivitäten des Arbeitskreises einbinden zu können. SCHWÄGERL wurde zum Tagungsleiter ernannt. Die Themenkomplexe »Synovektomie – Synoviorthese« und »Primäre und sekundäre acetabuläre Defekte bei der chronischen Polyarthritis« sollten in Wien im Vordergrund stehen.

## 6.27. Hamburg (21. September 1991)

Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) in Hamburg beging der Arbeitskreis am 21. September 1991 sein 20jähriges Jubiläum. Auf der Festveranstaltung kamen neben Obmann MEULI auch der Präsident der DGOT, DAHMEN, der Leiter der Arbeitskreise, FRIEDEBOLD, der Vertreter des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), ZEIDLER, und der Vertreter der skandinavischen Gesellschaft für Rheumatologie, HÄMÄLÄINEN, zu Wort. Außerdem beleuchteten folgende Referenten verschiedene Aspekte der Rheuma-Orthopädie.

Thema	Referent
Europäische und internationale Aspekte der Rheuma-Orthopädie: Die ARO im europäischen Umfeld	GSCHWEND
Rheuma-Orthopädie in Deutschland	TILLMANN
Rheuma-Orthopädie in Österreich	SCHWÄGERL
Rheuma-Orthopädie in der Schweiz	MEULI
Berufspolitische Aspekte der Rheuma-Orthopädie in Deutschland	WESELOH
Synovialis – Synovialitis: Begriffsbestimmung aus medizin-historischer Sicht	WESSINGHAGE
Erforschtes und Unerforschtes in der Rheuma-Orthopädie	OTTE

Tabelle 26: Themen und Referenten der Festveranstaltung »20 Jahre ARO« in Hamburg, 1991.

Im Oktober 1991 stattete der Arbeitskreis den japanischen Kollegen einen Gegenbesuch ab: 2. deutsch-japanisches Freundschaftstreffen in Matsuyama, Japan, am 20. Oktober 1991.

#### 6.28. Wien (21. bis 23. Mai 1992)

Die zwei Hauptthemen der Klausurtagung in Wien waren »Synoviorthese und Synovektomie« und »Ossäre Defekte bei Hüftgelenks-Revisionsoperationen« (124).

Als Resümee der Gegenüberstellung Synoviorthese – Synovektomie zeigte sich, daß die »Zeit der Monotherapie« vorüber war (124). »Die chirurgische und auch die arthroskopische Synovektomie haben ihre speziellen Indikationen, die klar voneinander getrennt sind«. »Die Synoviorthese hat ihre patientenbezogene Indikation als Primärmaßnahme nach



Tagungsleiter: Wolfgang SCHWÄGERL

Synoviorthese und Synovektomie (eine Auswahl)	Referenten
Mittelfristige Ergebnisse nach Kniegelenks-Synovektomien	DINGES, THABE
Nachuntersuchungen bei Kniegelenks-Synovektomien	SALZMANN
Fünfjahresergebnisse nach Radionucleidsynoviorthese bzw. chemischer Synoviorthese bzw. offener Synovektomie – eine retrospektive Studie	BUCHNER
Synoviorthese versus Synovektomie	GSCHWEND et al.
Mittelfristige Ergebnisse der Radiosynoviorthese mit Yttrium-90 am Kniegelenk bei chronischer Polyarthritis	HAGENA
Kontrollbiopsie nach offener Synovektomie am Kniegelenk	ZENZ, SCHWÄGERL, LINTNEF
Die Synovialmembran – ein pluripotentes Gewebe	FASSBENDER
Arthroskopische Synovektomie des Kniegelenkes bei chronischer Polyarthritis – differenzierte Indikation und Ergebnis	REFIOR
Radiologischer Verlauf nach Synoviorthese mit Variocid	ZACHER, GOETHE, STADLER
Qualitätsprüfung von arthroskopischer und/ oder operativer Synovektomie	MUNZINGER, AEGLI

Tabelle 27: Themen und Referenten in Wien (1), 1992.

wie vor. Inwieweit sie als Sekundärmaßnahme nach erfolgter chirurgischer oder arthroskopischer Synovektomie eine entscheidende und empfehlenswerte Rolle spielt, kann nach dem heutigen Wissensstand noch nicht definitiv beantwortet werden« (124).

Referenten
KATTHAGEN, STÜRZ
ZACHER, KÜSSWETTER
WINKLER, PÜHRINGER, SCHWÄGERL
GONDOLPH-ZINK
FERDINI, BLASS, KOWOHL
MIEHLKE
THABE, WOLFRAM

Tabelle 28: Themen und Referenten in Wien (2), 1992.

Als Ergebnis des zweiten Tagungsthemas hielt SCHWÄGERL fest: »Unter den Rekonstruktionsmöglichkeiten im Schaftbereich zeichnet sich die WAGNER-Osteotomie auch beim Rheumatiker bei schon schlechten Knochenverhältnissen als günstige Methode ab«.

MIEHLKE löste MEULI als Obmann ab. Gleichzeitig wurde beschlossen, daß auf Drängen der DGOT die ARO eine neue Vereinsordnung erarbeiten sollte. Man einigte sich auf Wiesbaden als Veranstaltungsort der nächsten Klausurtagung. Diese sollte 1994 mit den Hauptthemen »Die rheumatische Schulter« und »Die Therapie der rheumatischen Vorfuß-, Mittel- und Rückfußdeformitäten« stattfinden. SALZMANN wurde zum Tagungsleiter gewählt. Da die Mitgliederzahl der ARO stagnierte, beschloß die Versammlung, mehr Nachwuchsförderung zu betreiben, um einer »Überalterung« entgegenzuwirken (87).

#### 6.29. Mannheim (18. September 1992)

Nachdem der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) drei Tage zuvor den Satzungsentwurf gebilligt hatte, verabschiedete die außerordentliche Sektionsbeiratssitzung diesen in der endgültigen Fassung. Damit löste sich die »Arbeitsgemeinschaft für Rheuma-Orthopädie« formal auf. An ihre Stelle trat die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«. Am 1. Oktober wurde die Assoziation mit Sitz in Wiesbaden gegründet (siehe Kapitel Satzung) (88).

## 6.30. Baden-Baden (30. April 1993)

Die Arbeitssitzung in Baden-Baden fand erstmals unter der neuen Bezeichnung »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.« statt. Obmann MIEHLKE war nun Präsident, MEULI Vizepräsident. Zusammen mit HAGENA, THABE und SALZMANN bildeten sie den Vorstand. In ihrer Funktion als Kommissionsleiter gehörten WESELOH, WESSINGHAGE und TILLMANN dem erweiterten Vorstand an. Vorstandssitzung und ordentliche Mitgliederversammlung wurden getrennt, jedoch in unmittelbarer zeitlichen Abfolge abgehalten (53, 54).

Im Vorstand machte man sich Gedanken, wie die Finanzen zu konsolidieren wären: Da eine Reihe von Firmen bereits die Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisiert hatten, einigte man sich darauf mit der Industrie zu kooperieren. Außerdem wurden vier Kommissionen ins Leben gerufen.

Kommission	Leiter
Wissenschaftliche Koordinierung	TILLMANN
Koordination der Verbände, Aus-, Fort- und Weiterbildung	WESSINGHAGE
Deutschsprachige, internationale Koordination	MEULI
Internistisch-orthopädische Koordination	WESELOH

Tabelle 29: Kommissionen und deren Leiter der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«, Baden-Baden, 1993.

Die Vorstandschaft beschloß auf der nächsten Tagung in Eisenach, MOHING und OTTE mit der Ehrenmitgliedschaft der Assoziation auszuzeichnen. Geplant war, daß MIEHLKE die Laudatio für MOHING und WESELOH die für OTTE halten sollte. Auch HOFER sollte geehrt werden, doch konnte dieser an der Tagung im Oktober nicht teilnehmen, so daß er erst im folgenden Jahr die Ehrenmitgliedschaft erhielt. Erfolgreich war der Versuch der Assoziation, konservativ tätige Rheuma-Orthopäden anzuwerben: 170 Schreiben wurden versandt. Aufgrund dieser Aktion konnte die Assoziation elf neue Mitglieder begrüßen. Für die Klausurtagung in Wiesbaden sollten Workshops organisiert werden.

Workshop	Leiter
Schuhversorgung	WESELOH
Schulterendoprothetik	THABE
Sonographiekurs	DINGES, SATTLER

Tabelle 30: Für die Klausurtagung in Wiesbaden 1994 geplante Workshops und deren Leiter, Baden-Baden, 1993.

BÖHLER, GSCHWEND, JANI, KÖHLER, NEUMANN, REFIOR, SCHWÄGERL, WAERTEL, WIEDMER und ZACHER wurden in den Beirat des Vorstandes gewählt (54).

# 6.31. Wartburg/ Eisenach (15. Oktober 1993)

In einer Feierstunde nach der Vorstands- und Beiratssitzung in Wartburg/Eisenach wurden an OTTE und MOHING die Ehrenmitgliedschaften der Assoziation verliehen. Zuvor hielten beide einen Vortrag (88).

Thema	Ehrenmitglied
Die Hüftsynovektomie – Möglichkeiten, Zukunftsaussichten	MOHING
Gelenkdestruktion bei rheumatoider Arthritis -	
Lücken der theoretischen Konzepte	OTTE

Tabelle 31: Ehrenmitglieder und ihre Vortragsthemen, Eisenach, 1993.

Die Kommission »Wissenschaftliche Koordinierung« wollte versuchen, die wissenschaftlichen Aktivitäten der Mitglieder darzustellen. KERSCHBAUMER und HAGENA übernahmen die Aufgabe, die Publikationen und Forschungsaktivitäten zusammenzufassen und zu sammeln. Dafür sollten alle Mitglieder ihre wissenschaftlichen Aktivitäten der letzten fünf Jahre an KERSCHBAUMER senden. WESSINGHAGE berichtete über Schwierigkeiten bei der Koordination von Gebührenpositionen, da insbesondere Chefarztverträge bisher nicht offengelegt worden seien. WESELOH, Leiter der Kommission »Internistisch-orthopädische Koordination«, wies darauf hin, daß die Formulierung der Weiterbildungsinhalte abgeschlossen wurde.

Die Versammlung entschied, daß im Jahr 1994 PAHLE, HOFER und JAKUBOWSKI die Ehrenmitgliedschaften der Assoziation erhalten sollten. Mit den Themen »Revisionseingriffe bei Knieprothesen« und »Arthroskopische Operationen am Knie« sollte das dritte deutsch-japanische Symposium bestritten werden. Dieses Treffen war während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) am 30. September 1994 in Berlin geplant.

# 6.32. Wiesbaden (12. bis 14. Mai 1994)

»Die rheumatische Schulter« und »Die Therapie der rheumatischen Fußdeformitäten« waren die Hauptinhalte der Klausurtagung in Wiesbaden (56). Die Workshops »Sonographie der Schulter«, »Schulterendoprothetik« und »Schuh- und Einlagenversorgung beim Rheumatiker« wurden zum Erfolg.

ZACHER hatte in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie die neue Kommission »Qualitätssicherung« ins Leben



Tagungsleiter: Günther SALZMANN

gerufen. Eine ihrer Aufgaben sollte die Bildung eines Standards für operative Arthroskopie sein. Der Leiter der Kommission »Wissenschaftliche Koordinierung«, TILLMANN, präsentierte eine Zusammenfassung der erfolgten Aktivitäten: Bisher hätten 27 Kliniken auf die Anschreiben geantwortet. Dabei sei deutlich geworden, daß überwiegend retrospektive klinische Studien erstellt würden. Hauptthemen seien operative und sekundär konservative Therapien. MEULI berichtete aus der internationalen Kommission: In einigen Ländern, beispielsweise in der Schweiz, gäbe es keinen verantwortlichen Rheuma-Orthopäden. Dort würden die Aufgaben von Organspezialisten übernommen, und deshalb seien aus diesen Ländern keine neuen Mitgliedschaften zu erwarten. Geschlossen stellte der Vorstand fest, daß das Interesse an der Rheuma-Orthopädie nachließ. Organspezialisten drängten sich immer mehr in den Vordergrund. GSCHWEND sagte, daß nach seinem Rücktritt auch in der Schulthess-Klinik eine Aufgliederung in Spezialisten stattfinden würde.

JANIs Angebot, die Klausurtagung 1996 in Mannheim auszurichten, wurde einstimmig angenommen. Als mögliche Themen schlug JANI »Minimal invasive Verfahren beim Rheumapatienten« und »Mittel- bis langfristige Ergebnisse zementfreier und zementierter Endoprothesen des Hüftgelenkes« vor. Workshops zur Knieendoprothetik und Sonographie sollten außerdem angeboten werden.

Erstmals wurde der Jahresbericht des Präsidenten in der Zeitschrift »Aktuelle Rheumatologie« abgedruckt. ZACHER, als Leiter der Kommission »Qualitätssicherung«, und SALZMANN, als Leiter der letzten Tagung, wurden satzungsgemäß in den ständigen Beirat aufgenommen. An ihre Positionen im gewählten Beirat rückten PAULY und RÜTHER. Während der Mitgliederversammlung verlich die Assoziation an JAKUBOWSKI, PAHLE und HOFER die Ehrenmitgliedschaft (55).

Wie geplant, fand während des Rheumatologen-Kongresses in Berlin am 30. September 1994 ein gemeinsames Symposium der Assoziation mit der Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery statt. Inhalte der von MIEHLKE und SALZMANN ausgerichteten Tagung waren »Revisionseingriffe bei Knieprothesen« sowie »Arthroskopische Operationen am Knie«. Für 1996 plante die Assoziation einen Gegenbesuch in Nagoya, Japan (123).

### 6.33. Wiesbaden (15. Oktober 1994)

Während des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) in Wiesbaden fand eine Vorstandssitzung der Assoziation statt (88). Nach jahrelanger Bearbeitung konnte endlich eine von einem Juristen korrigierte Fassung der Geschäftsordnung vorgelegt werden. Einstimmig nahm der Vorstand die Geschäftsordnung an. Bisher hatte WESELOH die Interessen der Vereinigung im Beirat der DGOT vertreten. Diese Aufgabe fiel gemäß der neuen Geschäftsordnung nun dem jeweiligen Präsidenten der Assoziation zu. MIEHLKE hatte dieses Prozedere mit dem Vorstand der DGOT, insbesondere mit Präsident KRÄMER und Generalsekretär COTTA abgestimmt. Damit übernahm MIEHLKE die Repräsentanz der Sektion im Beirat der DGOT. Mit Vorträgen zum Thema »Indikationen zu rheumaorthopädischen Eingriffen« beteiligte sich die Assoziation an der DGOT-Tagung.

Der Vorstand beschloß, daß die Mitglieder der Kommission »Wissenschaftliche Koordinierung«, KERSCHBAUMER, TILLMANN und RÜTHER zusammen mit MIEHLKE Gespräche mit der Industrie führen sollten. Auf diesem Weg wollte die Assoziation Wünsche und Vorstellungen der entsprechenden Firmen erfahren, um die Zusammenarbeit zu vertiefen. KERSCHBAUMER wollte Pharma-Firmen kontaktieren, und RÜTHER sich mit Prothesenherstellern in Verbindung setzen (123).

Erneut wurde die Gestaltung der nächsten Klausurtagung in Wiesbaden angesprochen. Zum Hauptthema »Hüftendoprothetik« plante man eine groß angelegte Nachuntersuchungsstudie. 33 Kliniken hatten bereits ihr Interesse an einer Teilnahme bekundet. JANI hatte einen Erhebungsbogen entworfen und hoffte, mit relativ hohen Patientenzahlen arbeiten zu können.

Zu Besuch war Professor LU aus Peking. Nach Gesprächen mit einzelnen Vorstands- und Beiratsmitgliedern sicherte die Assoziation dem Gast Hilfe beim Aufbau einer rheuma-orthopädischen Vereinigung in China zu. MIEHLKE sollte ihm ausführliche Informationen über die Assoziation einschließlich Satzung und Geschäftsordnung zuschicken.

# 6.34. München (4. Juli 1995)

Während der jährlichen Mitgliederversammlung, die anläßlich des 2. EFORT-Kongresses in München stattfand, standen der Präsident, sein Stellvertreter und acht Beiräte zur Wahl. Einstimmig bei einer Enthaltung wurde MIEHLKE in seinem Amt bestätigt. KÖHLER wurde zum Vizepräsident und SIMMEN, KERSCHBAUMER, NEUMANN, MEULI, WIEDMER, DINGES, SCHMIDT sowie SCHWÄGERL in den Beirat der Assoziation gewählt. Die Auswertung der gemeinsamen, für die Klausurtagung 1996 geplante Nachuntersuchung zur Hüftendoprothetik übernahm die Orthopädische Universitätsklinik Mannheim (88).

# 6.35, Mannheim (16. bis 18. Mai 1996)

Die bisher letzte Klausurtagung der Assoziation fand in Mannheim mit den Themen »Minimalinvasive Eingriffe« und »Hüftendoprothetik« statt. 24 Kliniken hatten sich schließlich an der von JANI initiierten Hüftendoprothetikstudie beteiligt. So konnten mehr als 3200 Datensätze verarbeitet und damit eine aussagekräftige Studie präsentiert werden. Auf eigenen Wunsch trat HAGENA vom Posten des Schriftführers zurück. KERSCHBAUMER wurde von der Mitgliederversammlung zu seinem



Tagungsleiter Lutz JANI

Nachfolger gewählt. Außerdem wählten die Teilnehmer SIMMEN zum Tagungsleiter 1998, sowie RÜTHER, HAGENA, SALZMANN und PAULY in den Beirat. Anläßlich der Klausurtagung verlieh die Assoziation GSCHWEND die Ehrenmitgliedschaft (88).

## 6.36. Nagoya (9. bis 10. Oktober 1996)

Die Assoziation und die Japanese Society of Rheumatism and Joint Surgery trafen sich in Nagoya zum vierten deutsch-japanischen Symposium. Auf Einladung von NIWA und MATSUI nahmen elf Rheuma-Orthopäden der Assoziation an der Tagung teil. Nach YAMAMOTO, der bereits Anfang 1996 zum korrespondierenden Mitglied ernannt worden war, wurde auch MATSUI die korrespondierende Mitgliedschaft verliehen. Beide hatten jahrelang intensive Kontakte zwischen der ARO und der japanischen Gesellschaft gepflegt (88).

## 6.37. Wien (18. September 1997)

Auf der Mitgliederversammlung in Wien wurden DINGES, WANIVENHAUS, MEULI, NIEHAUS, SPARMANN und SCHMIDT in den Beirat gewählt, in dem außerdem HAGENA, PAULY, RÜTHER und SALZMANN vertreten sind. Als Schwerpunkte für die Klausurtagung 1998 in Zürich entschied man sich für die Themen »Arthroplastik und Revisionen an Schulter und Ellenbogen« und »Operative Rekonstruktion des rheumatischen Fußes (Vor- und Rückfuß)«.

# 7. Obmänner und Präsident

# 7.1. Obmänner des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«

Nach der Gründung der ARO durch N. GSCHWEND war es selbstverständlich, daß er die weiteren Geschicke des »zarten Zweiges des Orthopädenbaumes« (Zit. n. Gschwend) als Obmann in die Hand nahm. Seinen Vorstellungen entsprach es, daß die ARO ein aktiver Arbeitskreis blieb. Dazu paßte nicht der Titel eines Präsidenten. Die Nachfolger von GSCHWEND haben mit ihrem persönlichen Engagement insbesondere die wissenschaftliche Herausforderung für die ARO aufgegriffen und mit ihrem eigenen Stil die Entwicklung geprägt. Verfolgt man eingehend die in dieser Chronik dargestellten Fakten, so werden unmißverständlich die von den jeweiligen Obmännern bzw. vom Präsidenten getragenen Entscheidungen und ihre großen Verdienste deutlich. Die Zusammenhänge sind in den vorhergehenden Kapiteln dokumentiert. Hier wird im wesentlichen eine tabellarische Darstellung bevorzugt.

Aus mehreren Gründen erscheint es gerechtfertigt, gesondert zwei Obmänner darzustellen. G. WESELOH hatte während seiner Amtszeit in besonders hohem Maße die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorangetrieben. Es war die Rheumatologie als »Teilgebiet« der Disziplinen »Innere Medizin« und »Orthopädie« eingeführt worden. In der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie wurden seine Leistungen mit der Präsidentschaft 1996 geehrt.

R.K. MIEHLKE übernahm anläßlich der ARO-Tagung 1992 nicht nur das Amt des Obmanns der ARO, sondern er bewältigte mit großartigem Einsatz die mit der Amtsübernahme erteilte Aufgabe, die »Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Rheumaorthopädie« in eine eigenständige Gesellschaft umzuwandeln. Damit wurde er zum ersten Präsidenten der bereits am 18.9.1992 neugegründeten »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«.



G. WESELOH



R.K. MIEHLKE

# 7.1.1. Obmänner bis zur Sektionsgründung

Amtszeit
30.04.1971 bis 17.04.1975
17.04.1975 bis 07.07.1978
07.07.1978 bis 03.10.1980
03.10.1980 bis 08.10.1982

Tabelle 32: Obmänner des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« bis zur Sektionsgründung 1982.

# 7.1.2. Von der Sektionsgündung bis zur Vereinsgründung 1992

Obmann	Amtszeit
Prof. Dr. Ian GOLDIE	08.10.1982 bis 29.05.1986
Prof. Dr. Gerd WESELOH	29.05.1986 bis 17.05.1990
Prof. Dr. Christoph MEULI	17.05.1990 bis 23.05.1992
Prof. Dr. Rolf MIEHLKE	23.05.1992 bis 18.09.1992

Tabelle 33: Obmänner des Arbeitskreises von der Sektionsgründung 1982 bis zur Vereinsgründung 1992.

# 7.2. Präsident der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«, Sektion der DGOT (Gründung 18.09.1992 in Mannheim)

Präsident	Amtszeit
Prof. Dr. Rolf MIEHLKE	seit 18.09.1992

Tabelle 34: Präsident der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie« seit 1992.

# 8. Ehrenmitglieder

# 8.1. Wartburg/Eisenach (15. Oktober 1993)



Prof. Dr. Walter Mohing



Prof. Dr. Paul Otte

# 8.2. Wiesbaden (12. Mai 1994)



Prof. Dr. Hans Hofer



Doz. Dr. Sylvester Jakubowski



Dr. Jan A. Pahle

# 8.3. Mannheim (16. Mai 1996)



Prof. Dr. Norbert Gschwend

# 9. Korrespondierende Mitglieder

9.1. England

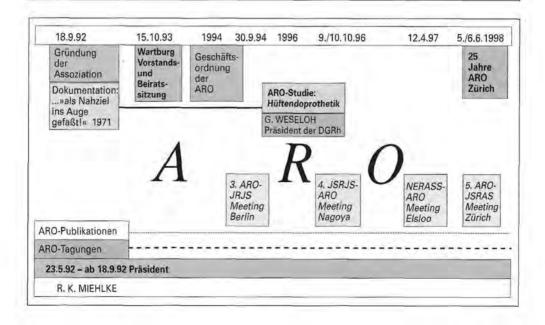
9.2. Japan

9.3. Tschechien

Dr. J.C.M. GETTY

Prof. Dr. S. YAMAMAMOTO Prof. Dr. N. MATSUI Prof. Dr. V. RYBKA

30.4.71 1975 1977 1979 1980 14.9.82 1985 86-88 1988 21.9.1991 Sektion Gründungs-Satzung 20 sitzung der der Jahre Baden-Baden DGOT ARO ARO Dokumentation: Minimal-Hand-ARO version ... »als Nahziel funktions-Schilling Dokuins Auge labor P. OTTE Moritz System gefaßt!« Mannerfelt Präsident Dettmer der DGRh 1971 2. ARO-1. ARO-1979 BRASS/RASS **ERASS JSRJS** JSRJS Wiesbaden Meeting Meeting Aachen Matsuyama Seit 1973 ARO-Publikationen 1. ARO-Tagg. Zürich, 2.12.72 17.4.75 -7.7.78 -3.10.80 -8.10.82 -29.5.86 -17.5.90 - 23.5.92 K. TILLMANN N. GSCHWEND W. MOHING H. HOFER I. GOLDIE G. WESELOH C. MEULI



# 10. Interviews

## 10.1. Erläuterung

Sie waren die Männer der ersten Stunde: Schon 1971, bei der Gründung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«, waren sie die treibenden Kräfte, und seitdem haben sie nicht nur im deutschsprachigen Raum die politische und wissenschaftliche Entwicklung der Rheuma-Orthopädie entscheidend beeinflußt. Die Rede ist von den Professoren, Norbert GSCHWEND, Walter MOHING und Karl TILLMANN.

Von den Anfängen im Kreis von zehn Kollegen in Baden-Baden, über die ersten Dokumentationsversuche und die zähe Auseinandersetzung mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT), bis hin zur Gründung der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie« – immer waren sie beteiligt, ob in verantwortlicher oder beratender Funktion. Die ersten drei Klausurtagungen der Gründungsjahre organisierten sie: GSCHWEND 1972 in Zürich, TILLMANN 1974 in Bad Bramstedt und MOHING 1975 in Augsburg. Alle drei standen einmal an der Spitze des Arbeitskreises, und alle drei erlebten und bestimmten die rasante wissenschaftliche Entwicklung der Rheuma-Orthopädie mit all ihren Facetten.

Norbert GSCHWEND, Walter MOHING und Karl TILLMANN blicken zurück auf Erlebnisse und Erfahrungen, auf Hoffnungen und Enttäuschungen. Mit ihren Einschätzungen und Prognosen verleihen sie dieser Darstellung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«, über die Fakten und Zahlen hinaus, Leben und Plastizität.

#### 10.2. Norbert GSCHWEND

Wir besuchten Professor Dr. Norbert Gschwend am 27. Januar 1995 in der Schulthess-Klinik in Zürich. Noch immer ist seine Monographie »Die operative Behandlung der chronischen Polyarthritis« das rheuma-orthopädische Standardwerk (42). Der Gründer der ARO sprach über seine Karriere und die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie:

»Ich glaube, daß das Fehlen einer einheitlichen Dokumentation die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie empfindlich gebremst hat. Es gibt bis heute keine eindeutige, objektivierbare Indikationsstellung zur Operation« (33).



Norbert GSCHWEND wurde am 29. August 1925 in Rapperswil am Züricher See geboren. Im Alter von 25 Jahren beendete er sein Medizinstudium mit dem Staatsexamen. Für seine Promotion »Über die Pupillenreaktion der Frau während des Geburtsvorganges« schätzte GSCHWEND per Augenmaß die Pupillengröße von circa 60 gebärenden Frauen, um herauszufinden, ob ein Sympathiko- oder Parasympathikomimetikum den Muttermund rascher öffnen würde. »Dieser Ausflug in die Geburtshilfe kam durch meinen damaligen chirurgischen Chefarzt zustande, der gleichzeitig auch Chef der Inneren Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe war. Er meinte, junge Chirurgen wie ich sollten ihr Wissen auch auf andere Disziplinen ausdehnen.«

Dieser »Ausflug in die Geburtshilfe« kam mir bei meiner ersten allgemeinchirurgischen Ausbildungsstelle in Zug sehr zu statten, da mein damaliger Chef, der als Chirurg noch verantwortlich war auch für die innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, mich zu seinem Stellvertreter als »Gebärvater« ernannte. An dieser Stelle war ich bis 1954 tätig, wollte dann eigentlich an die große allgemeinchirurgische Klinik St. Gallen wechseln, doch war bei der damals bestehenden Ärzte Plethora die Stelle noch für längere Zeit nicht frei, weshalb ich sozusagen rein zufällig als unbezahlter Voluntärassistent für ½ Jahr an die orthopädische Universitätsklinik Balgrist wechselte. Das eigentliche Schlüsselereignis für meinen Wechsel zur Orthopädie war die Begegnung mit dem dortigen Oberarzt Maurice Müller, der mich erkennen ließ, welch ungeahnten Entwicklungsmöglichkeiten in dem, uns damaligen jungen Ärzten nahezu unbekannten Fach der Orthopädie lagen. Als ich, weil für ein weiteres halbes Jahr noch unbezahlt, die Absicht äußerte an eine führende ausländische orthopädische Klinik gehen zu wollen, gab Müller mir den Ratschlag, das »Royal National Orthopaedic Hospital« zu besuchen, dies nicht zuletzt auch deswegen, weil ich als »Griechisch-Latein Maturus« die Notwendigkeit erkannte, englisch zu lernen. Dieser 5monatige Aufenthalt in London hat mich unter vielem anderen zur Überzeugung geführt, daß die Zukunft auch in der Medizin in einem wohlorganisierten Teamwork liegen mußte. Ich begegnete dort bedeutenden Lehrern wie Sir Herbert Seddon, J.I.P. James, K. Nissen, Watson-Jones, Osmond Clark, Vaughan-Jackson, Law, und dem plastischen Chirurgen Mowlem. 1955 zurückgekehrt in die Schweiz, brachte ich bis 1956 meine allgemeinchirurgische Ausbildung am Kantonspital Luzern hinter mich und wendete mich im Frühjahr 1956 endgültig der Orthopädie zu, zuerst als Assistent der Universitätsklinik Balgrist und nach nur 1½ Jahren im Herbst 1957 - zu meinem anfänglichen Schrecken und späteren Glück - als Nachfolger von Maurice Müller als Oberarzt. Es war eine überaus stimulierende Zeit, in der meinem Wirken von seiten des medizinischen Direktors Prof. Francillon viel Freiheiten gewährt wurden, und die unter mir dienenden Assistenten und späteren Professoren Bernhard Weber, Erwin Morscher und Heiner Scheier u.a. mich, den nur wenig Älteren, zum Handeln antrieben. 1960 wurde in rheumaorthopädischer Hinsicht insofern stimulierend, als Mack Clayton bei uns einen Vortrag über den rheumatischen Fuß hielt und ich ein Stipendium für einen 3monatigen USA-Studienaufenthalt erhielt, wo ich Leuten wie Milford in Memphis, Flatt in Iowa und sehr vielen anderen Pionieren der Chirurgie der oberen Extremität an der Mayo Clinic, an der Columbia Presbyterian (Mc Laughlin) und Cornell University (R. Straub) in New York begegnete. Mein 1968 in Deutsch erschienenes Buch »Die operative Behandlung der progressiv chronischen Polyarthritis« wurde im gleichen Jahr ins Spanische übersetzt, erschien 1977 in einer neu bearbeiteten und erweiterten 2. Auflage in deutsch und 1980 in englisch als »Surgical Treatment of Rheumatoid Arthritis«.

1995 erschien zur Eröffnung der neuen Schulthess Klinik und zu meinem 70. Geburtstag als »Mehrmännerbuch« unserer Klinik »Rheumatoid Arthritis«, Current Trends in Diagnostics, conservative treatment and surgical reconstruction«.

# 10.2.2. Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden

Als er Mitte der 50er Jahre mit der Orthopädie begann, füllten vor allem Poliomyelitiker die orthopädischen Kliniken. Doch schon bald trat Polio in der ersten Welt nicht mehr auf, so daß für GSCHWEND klar war, sich mit der Polyarthritis auseinanderzusetzen. »Ich erkannte, daß nur diese Erkrankung den Orthopäden zwang, sich mit dem ganzen Bewegungs- und Stützapparat zu beschäftigen«. Hinzu kam, daß die Rheumatologie in der Schweiz Anfang der 60er Jahre einen enormen Auftrieb verzeichnete: Im Rahmen einer Dissertation war erstmals errechnet worden, welche ungeheure Summen die Betreuung rheumatischer Patienten verschlang. Als Folge dieser Kalkulationen entstand das Eidgenössische Rheumagesetz, und finanzielle Zuschüsse für rheumatherapeutische Forschung wurden großzügig gewährt. Im Sog der Rheumatologie rückte auch die Rheuma-Orthopädie stärker ins öffentliche Interesse.

Während dieser Zeit der Veränderung erfuhr GSCHWEND von der Rheumaeinheit in Heinola. 1964 besuchte er VAINIO für eine Woche. Ein Jahr später besuchte er JAKUBOWSKI für eine Woche in Warschau. »Die Ärzte, die an der Rheuma-Orthopädie interessiert waren, lernte man am Rande von Kongressen kennen«. Ein solcher war das erste internationale Symposium in Amsterdam 1967, an dem auch ANSELL, McEWEN, LAINE und VAINIO und CLAYTON u.a. teilnahmen. Mit den deutschen Rheuma-Orthopäden TILLMANN, STELLBRINK, MOHING und WESSINGHAGE war er zu diesem Zeitpunkt bereits in Kontakt.

Auch in Skandinavien, Österreich und Großbritannien kannte GSCHWEND die entsprechenden Ärzten: So pflegte er mit GOLDIE, der damals noch in GÖTEBORG bei HIRSCH war und mit MOBERG, der am gleichen Spital die Handchirurgie entwickelte und mit WALLDIUS, der am St.-Gjörans-Hospital arbeitete, und den österreichischen Rheuma-Orthopäden SCHWÄGERL, HÄCKEL und HOFER regen Austausch.

Wertvolle Kontakte brachte GSCHWEND auch seine Mitgliedschaft in der britischen Rheuma-Orthopäden-Gesellschaft, der Rheumatoid Arthritis Surgical Society (RASS). Diese hatte sich Anfang der 70er Jahre organisiert und bestand aus ungefähr 20 Engländern. Zusätzlich nahm die Gesellschaft aus jedem europäischen Land ein »Overseas-Member« auf: Deutschland wurde durch TILLMANN repräsentiert, GSCHWEND vertrat die Schweiz, JAKUBOWSKI Polen, POPELKA die CSSR, BRATTSTRÖM Schweden, VAINIO und später RAUNIO Finnland, PAHLE Norwegen und HÄCKEL Österreich. TUBIANA zuerst und später AUBRIOT, Frankreich.

Während eines Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) in Bonn bat deren Präsident RÖSSLER GSCHWEND die Gründung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« zu organisieren. Das war 1970, und GSCHWEND wußte bereits sehr genau, welche Ärzte daran Interesse haben würden. An diese Kollegen wandte er sich, wobei ihm vor allem daran gelegen war, alle Universitätskliniken in den Arbeitskreis einzubeziehen. Er schrieb deshalb auch an SCHULITZ (Universitätsklinik Heidelberg), FRIEDEBOLD (Universitätsklinik Berlin) und JÄGER (Universitätsklinik München). »Ich glaube, daß sie Angst hatten, sich den Stempel eines Subspezialisten aufdrängen zu lassen. Sie haben wohl befürchtet, dann nicht in Chefpositionen gewählt zu werden, wenn sie nicht alles beherrschten.«

Aufgrund seiner weltweiten Kontakte wollte GSCHWEND den Arbeitskreis zu einem internationalen Forum machen: Seine Mitglieder sollten nicht zwangsweise Mitglieder der DGOT sein müssen. Er beabsichtigte, deutsch-sprechende Rheuma-Orthopäden aus anderen europäischen Ländern, wie BRATTSTRÖM, PAHLE, JAKUBOWSKI und VAINIO, hinzuzuziehen. »Aber der Kreis derjenigen, die *immer* aktiv waren, schrumpfte relativ schnell. Es waren Leute wie TILLMANN oder MOHING, die ihre Stelle sicher hatten und deren Ambitionen fast ausschließlich der Rheuma-Orthopädie galten «. Andere Ärzte, die regelmäßig mitarbeiteten, waren: PLAAS, OTTE, BRUSSATIS und KÖNIG.

Während der ersten vier Jahre des Arbeitskreises fungierte GSCHWEND selbst als Obmann. Danach regte er an, daß die Nationalität der Obmänner wechseln sollte: Jedes Land, das im Arbeitskreis vertreten war, sollte einmal dessen Leitung übernehmen. So wurden später der Schwede GOLDIE und der Österreicher HOFER an die Spitze der Organisation gewählt.

Während TILLMANNs Obmannschaft mußte der Arbeitskreis umstrukturiert werden. Kernpunkt der Umorganisation war eine neue Satzung, an der drei bis vier Jahre gefeilt wurde. GSCHWENDs Interesse am Arbeitskreis nahm damals etwas ab, da »es zunehmend bürokratisch wurde und der ursprüngliche Gedanke des regen Austausches etwas ins Hintertreffen geriet. Die Politik trat mehr und mehr in den Vordergrund«. Immer öfter standen standespolitische Fragen, wie Tarife und Stellungen auf der Tagesordnung, und die wissenschaftlichen Themen gerieten ins Hintertreffen. Auch andere wichtige Dinge, wie der Literaturdienst und die gemeinsame Dokumentation, wurden nicht entsprechend verwirklicht. Als in Deutschland dann die Zusatzbezeichnung »Rheumatologie« eingeführt wurde, wuchs die Zahl der Mitglieder immens. »Plötzlich war Geld damit zu verdienen. Für Schweizer und Österreicher war der Arbeitskreis dann nicht mehr so interessant«.

»Mit der Einführung der Zusatzbezeichnung sollten die niedergelassenen Orthopäden in Deutschland beschäftigt werden, da die meisten von ihnen ja nicht mehr operieren«. In der Schweiz, in der Rheumatologen die Arbeit dieser Orthopäden übernehmen, sind dagegen alle Orthopäden operativ tätig. »Dieses Kompetenzgerangel war mit ein Grund für die problematische Zusammenarbeit zwischen Rheumatologen und Orthopäden in Deutschland. Die Rheumatologen hatten einfach Angst, ihre Patienten an diese Orthopäden zu verlieren«. In dieser Hinsicht stellte die Zusammenarbeit von TILLMANN und JOSENHANS in Bad Bramstedt ebenso wie die von

JÄGER und SCHATTENKIRCHNER in München eine Ausnahme dar. Anders lagen die Dinge in der Schweiz: Dort hatten Rheuma-Orthopäden wie GSCHWEND in Zürich, JANI in Basel, MEULI in Bern und WIEDMER in Valens ein geordnetes Verhältnis zu den Rheumatologen. Sie mußten sich nicht neu definieren, legten ihren Schwerpunkt auf die chirurgische, nicht auf die medikamentöse Therapie und mischten sich in den konservativen Teil der Behandlung kaum ein. GSCHWEND arbeitete mit den Rheumatologen BÖNI (14, 15), BELART, ZINN und K. MIEHLKE eng zusammen. Wie MIEHLKE war auch SCHATTENKIRCHNER der Rheuma-Orthopädie gegenüber sehr aufgeschlossen. »Das lag wohl daran, daß beide LAINE, den Gründungschef Heinolas, kennengelernt hatten«.

Schon in der Gründungssitzung des Arbeitskreises wurde ein wesentliches Ziel formuliert: Es sollte eine gemeinsame Dokumentation erarbeitet werden. »Ich hielt dies am Anfang dieser jungen Disziplin für besonders wichtig. Wie sonst hätte ein einzelner Arzt die notwendigen Fallzahlen erreichen können, um statistisch signifikante Aussagen zu machen«. Aus diesem Grund bestand GSCHWEND von Beginn an darauf, daß sich die Mitglieder mittels eines Literaturdienstes und einer einheitlichen Dokumentation gegenseitig informierten. Das Grundkonzept sah eine dreigeteilte Dokumentation vor: Der »Krankenbogen« sollte über die Art der Erkrankung Auskunft geben, der »Stammbogen« den Funktionsausfall im Alltag festhalten, und die »Spezialbogen« über jedes Gelenk einzeln informieren. STELLBRINK, MANNERFELT und GSCHWEND entwarfen beispielsweise einen Spezialbogen für die Hand.

Es gelang jedoch nie, sich auf einen Bogen mit einem Minimalprogramm zu einigen. »Jeder ging irgendwann seinen eigenen Weg«. GSCHWENDs Entwurf eines Stammbogens integrierte die Ergotherapie zur Erhebung der Behinderung des Kranken. Anhand dieser Bogen sollte die Entwicklung der Behinderung beim Fortbewegen, im Haushalt und im Beruf über Jahre hinweg verfolgt werden können. GSCHWEND schlug vor, im Rahmen der Befunderhebung auch zwei Photos zu machen; Das erste sollte den Patienten stehend zeigen, wie er die Extremitäten soweit wie möglich extendiert und den Kopf rekliniert. Auf dem zweiten Bild sollte er sitzen, und die Extremitäten und den Kopf beugen. Anhand dieser Photos hätte sich der behandelnde Arzt bei der Beurteilung eines Patienten sehr rasch einen Überblick verschaffen können (34, 35). »Die Frage, wie die Hände vor fünf Jahren aussahen, wäre so leicht zu beantworten gewesen. Der Amerikaner SWANSON hat dieses Konzept teilweise übernommen«.

Der Versuch eine einheitliche Dokumentation zu erarbeiten, war ein schwieriges Unterfangen. GSCHWEND ermüdete die Unfähigkeit zum Konsens, die mit ein Grund für seinen Rücktritt als Obmann war. »Eine Klassifikation und gemeinsame Aussagen sind eben uur dann möglich, wenn nach denselben Kriterien dokumentiert wird. Ich glaube, daß das Fehlen einer einheitlichen Dokumentation die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie empfindlich gebremst hat.

## 10.2.4. Veröffentlichungen

Wie sehr sich Norbert GSCHWEND der Medizin und insbesondere der Rheuma-Orthopädie verschrieben hat, läßt sich an der Zahl seiner Veröffentlichungen ablesen: Bis Ende des Jahres 1994 waren es ca. 350 Publikationen. »Hauptinhalte meiner Forschungsaktivitäten waren Zugänge, Operationstechniken, Kunstgelenke und Synovektomie-Effekte«.

GSCHWENDs erste rheuma-orthopädische Publikation erschien 1967 anläßlich des 38. ärztlichen Fortbildungskurses in Regensburg; »Indikationen und Ergebnisse der chirurgisch-orthopädischen Realisierung bei Polyarthritikern«. Im gleichen Jahr folgten die Arbeiten »Die unheilbaren rheumatischen Leiden werden immer häufiger heilbar« (38), »Die operative Behandlung der progressiv-chronischen Polyarthritis« (37), »Die operative Behandlung der PcP – eine dankbare Aufgabe der modernen Orthopädie« (36). Ab 1967 wurde die Polyarthritis zum Hauptinhalt seiner Vorträge und Publikationen. Einige Jahre widmete sich GSCHWEND verstärkt der Handchirurgie, Resektionsarthroplastiken und Silastik-Prothesen.

## 10.2.5, Forschung

GSCHWEND gelang es, viele Operationstechniken zu modifizieren. Besonders erfolgreich war die Wahl anderer Zugänge am Ellenbogen (43, 44): »Sowohl für die Arthroplastik als auch für die Synovektomie brachte das Vorteile.« Auch am PIP-Gelenk entwickelte er einen neuen Zugang; zu beiden Seiten des zentralen Streckzuges.

Im Laufe der Jahre versuchte GSCHWEND, fast alle Gelenke endoprothetisch anzugehen (45). Vorreiter auf dem Gebiet des Gelenkersatzes waren CHARNLEY (1959) und McKEE (1960), deren Entwicklungen allerdings nicht für Rheumatiker bestimmt waren. WALLDIUS, ein weiterer Pionier auf dem Gebiet der Endoprothetik, experimentierte Ende der 50er Jahre mit zementfreien Plexiglasprothesen. Schon 1965 implantierte GSCHWEND seine erste Hüftprothese, ein von MÜLLER entwickeltes Modell. Erst als die Materialien Metall und Polyethylen sich durchgesetzt hatten, wurde die Endoprothetik richtig erfolgreich. An der Hüfte setzte SMITH-PETERSEN mit seinen Prothesen die Maßstäbe. Auch Polyarthritiker behandelte er schon sehr früh mit seinem Cup. SMITH-PETERSENs Schüler AUFRANC und CLAYTON (19) arbeiteten wie ihr Lehrer am Massachussetts General Hospital in Boston, LARSON war in Iowa-City tätig.

Entscheidend für die Entwicklung der Endoprothetik waren die Fortschritte der Zementiertechnik in den 70er Jahren. »Erst mit der verbesserten Zementierung waren die Prothesen der Hüfte wirklich erfolgreich. Dies war wie ein Fanal für die Endoprothetiker, sich auch an anderen Gelenken zu versuchen«. Mit diesen Erfahrungen entwickelten DEE, McKEE, SHIERS und etwas später HERBERT ihre Ellenbogenprothesen.

SHIERS, WALLDIUS und die G.U.E.P.A.R.-Gruppe begannen bald, auch das Kniegelenk in ihre Überlegungen einzubeziehen. Allerdings mußte für ihre Prothesen noch relativ viel reseziert werden. Es folgte die BLAUTH-, dann die St.-Georg-Prothesen. 1971 entwarfen GSCHWEND, SCHEIER und BÄHLER das Zürcher GSB-Kniegelenk. »Mit dieser Prothese haben wir versucht,

die Vorteile der Fully-Constrained-Prothesen, also Scharniergelenke mit hoher Stabilität, mit denen der unverblockten Non-Constrained-Prothesen, die eine physiologische Gleitfläche aufwiesen und nur minimale Knochenresektion notwendig machten, zu verbinden«. Das oberste Gebot war immer, minimal zu resezieren, um einen Rückzugsweg zu haben (42).

In den 80er Jahren stand vor allem die Verbesserung und Entwicklung der Operationstechnik im Mittelpunkt der Forschung (46).

Neben Prothesen für das Knie und den Ellenbogen entwarf GSCHWEND gemeinsam mit SCHEIER und BÄHLER auch PIP-Gelenke, MP-Gelenke, ein Schultergelenk und ein mechanisch sehr interessantes Handgelenk, das ein zementiertes Kardangelenk war. Mit dem Kardangelenk waren alle natürlichen Bewegungen möglich: Dorsal- und Palmarflexion, Radial- und Ulnarduktion und Kardanbewegung. Weil es aber zu steif war und die gesamte Kraft auf den Knochen übertrug, lockerte es aus, genau wie die erste Generation der PIP-Prothesen, die wie Miniatur-GSB-Kniegelenke aussahen.

Am MP-Gelenk hatten sich die Züricher Ärzte folgende Konstruktion ausgedacht: »Es gab schraubenähnliche, verschiedene Zylinder, die einen Anschlag bewirkten, um eine Ulnardrift zu vermeiden. Nach radial war die Abduktion hingegen frei. Diese Freiheit nahm aber mit zunehmender Beugung ab, so daß bei vollständiger Beugung »völlig physiologisch« keine Abduktion mehr möglich war«. Für Rheumatiker mit irreparabler Rotatorenmanschettenruptur wurde ein Schultergelenk entwickelt, das eine Variation des PIP-Gelenkes darstellte. Genau wie dieses war es jedoch zu steif. »Damit die heutige Endoprothetik erfolgreich ist, muß sie versuchen, auch die Weichteile des Patienten zu rekonstruieren. Zudem müssen Prothesen grundsätzlich etwas lockerer sein«.

GSCHWEND operierte auch an der Halswirbelsäule, modifizierte die Technik von BRATT-STRÖM und ergänzte die okzipitozerikale Fusion durch Spezialschrauben. »Ich habe ungefähr 70 HWS-Fusionen durchgeführt. Das waren im Kreis der ARO-Mitglieder damals sehr viele«.

# 10.2.6. Die Rheuma-Orthopädie in Nordamerika

Weil sich GSCHWEND für Handchirurgie interessierte, lernte er 1969 den Handchirurgen SWANSON kennen, der mit der Entwicklung der Silastik(\*)-Implantate eine Pionierleistung für die Rheumapatienten vollbrachte (129). Aber nicht erst der Kontakt zu SWANSON hatte GSCHWENDs Aufmerksamkeit auf die Nordamerikanische Rheuma-Orthopädie gelenkt. Schon seit seinem USA-Aufenthalt 1960 hatte er das Geschehen dort mit großem Interesse verfolgt. Vor allem die amerikanischen Handchirurgen beschäftigten sich früh mit Rheumapatienten: Einer der Pioniere, FOWLER (20), arbeitete in Nashville im Bundesstaat Louisiana und entwickelte die MP-Resektionsarthroplastik, sogar noch vor VAINIO. Allerdings war VAINIOs Technik die bessere. »FOWLER schnitt das Metacarpale keilförmig zu. VAINIO hingegen propagierte, das Zuschneiden habe senkrecht zu erfolgen. Dann müsse die Strecksehne an die volare Platte angenäht und diese gewissermaßen darüber gespannt werden«.

Neben FOWLER beschäftigten sich auch die Handchirurgen STRAUB (Hospital for Special Surgery), ADAMSON und MARMOR mit Rheuma-Orthopädie. Schon 1960 hatte GSCHWEND

den Handchirurgen MILFORD von der Campbell-Klinik und die Ärzte FLATT, PONSETI, LARSON und BONFIGLIO aus Iowa-City kennengelernt. Besonders in Iowa-City interessierte man sich für Rheuma-Orthopädie. »FLATT entwickelte eine Prothese für Polyarthritiker, die lange Zeit die Lösung der Wahl war«. Andere wichtige nordamerikanische Rheuma-Orthopäden waren McINTOSH in Toronto und GARIÉPY in Montreal.

Obwohl es in den USA an verschiedenen Orten vielversprechende Entwicklungen gab, entstanden im Gegensatz zu Europa keine wirklichen »combined-units«, also keine Kliniken, in den Orthopäden und Rheumatologen unter einem Dach zusammenarbeiteten. Eine Ausnahme bildete das in Denver eng zusammenarbeitende Team von Mack CLAYTON (Orthopäde) und Charley SMITH und später das Brigham Women's Hospital in Boston unter C. SLEDGE, »Diese Einrichtungen waren eine finnische beziehungsweise polnische Idee«. In diesen Ländern wurde den Patienten vorgeschrieben, in welches Krankenhaus sie zu gehen hätten. So sammelten sich in den finnischen und polnischen »combined-units« alle Rheumapatienten des Landes. Die großen Patientenzahlen machten es den Ärzten leichter, neue Erkenntnisse zu gewinnen. »Das große Zentrum war und ist aber natürlich das finnische Heinola«.

## 10.2.7. Zukunft der Rheuma-Orthopädie

»Angesichts der schlechten Finanzlage der Gesundheitssysteme werden spezialisierte Rheumakliniken in den meisten Ländern wohl bald der Vergangenheit angehören«. Man wird die Rheuma-Orthopädie in die allgemeine Orthopädie integrieren. Die neuen Zentren, die dann entstehen, werden neben der Orthopädie und der Rheumatologie auch die Neurologie und die Neurochirurgie beherbergen, um den gesamten Bewegungsapparat, auch die Wirbelsäule, abdecken zu können. Oft ist zwar auch ein Internist nötig, aber der kann gerufen werden. Der muß nicht zwingend im gleichen Hause untergebracht sein. »Es ist einfach wirtschaftlicher, wenn die Rheuma-Orthopädie in einem riesigen Klinikum untergebracht ist, als wenn dieses Fachgebiet als eigene Institution betrieben wird«.

Dasselbe Konzept wollte GSCHWEND in der Schulthess-Klinik etablieren: die Rheuma-Orthopädie als Teil der Orthopädie. »Dazu brauchte ich jedoch Sub-Spezialisten«. Auch ließen wir einen unserer Oberärzte ein ganzes Jahr lang alle Spezial-Zentren in den Vereinigten Staaten und Frankreich bereisen, in denen Fußchirurgie betrieben wird. Dieser Arzt ist nun der Fuß-Spezialist der Schulthess-Klinik. »Ähnliches ist im Grunde auf allen Gebieten möglich, wenn sich ein Operateur mit speziellen Teilbereichen sehr intensiv auseinandersetzt«. Im Jahr 1994 sind an der Schulthess-Klinik circa 5500 Operationen durchgeführt worden, davon waren ungefähr 600 Wirbelsäulen- und 700 Schultereingriffe. »Bei solchen Zahlen ist Spezialisierung von Vorteil, denn je feiner das Handwerk, desto besser sind die Operationsergebnisse«. Andererseits muß als Gegenpol zu den Organspezialisten der universelle Rheuma-Orthopäde bestehenbleiben. Dieser ist unersätzlich, weil er den Überblick behalten muß. Er entscheidet, welche Maßnahme für den Patienten die notwendigste ist. »Natürlich führt der Rheuma-Orthopäde nicht alle Eingriffe selbst durch, sondern arbeitet eng mit Spezialisten zusammen«. Neben der immer weiter fortschreiten-

den Spezialisierung erhofft GSCHWEND sich Fortschritte in der Grundlagenforschung: »Die Rheumatologen müssen den Orthopäden endlich prognostische Kriterien liefern und den Sammelbegriff Polyarthritis entfächern«. Anhand bestimmter Parameter muß ersichtlich sein, ob ein Patient zu Rezidiven neigt. So könnten unnötige Operationen vermieden werden.

Die weitere Entwicklung der Rheuma-Orthopädie hängt auch davon ab, ob es gelingt, die Fortbildungsmöglichkeiten zu verbessern. Das Ziel ist ein gemeinsames nationales oder internationales Niveau. »Außerdem muß eine einheitliche Qualitätskontrolle eingeführt werden. Schließlich braucht man mittlerweile selbst für Sonographie einen speziellen Kurs. Andererseits kann paradoxerweise jeder Chirurg auch Rheumatiker operieren.« Durch das Schreiben von Testaten oder durch den Nachweis einer gewissen Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen könnten Ärzte die Erlaubnis erlangen, Rheumatiker zu operieren.

Trotz der faszinierenden Aspekte schwindet das Interesse der Ärzteschaft an der Rheuma-Orthopädie. »Es ist einfacher und leichter, in der Sporttraumatologie und Arthrosebehandlung erfolgreich zu sein«, Hinzu kommt die Frustration, die die Progredienz der Polyarthritis bei Arzt und Patient hervorruft. »Erfolg ist in der Rheuma-Orthopädie meistens relativ: Eine Operation verhindert meist eine Verschlechterung, aber nur ganz selten werden Patienten vollständig geheilt«.

Über den schweigsamen, aber genialen VAINIO erzählte GSCHWEND folgende Anekdote: Auf dessen Geburtstagsfeier wurden lange Reden gehalten. Zu guter Letzt warteten alle Anwesenden auf einige Worte von VAINIO. Um Mitternacht räusperte er sich kurz, sagte aber nichts. Daraufhin stand der Rheumatologe LAINE auf; »Kauko just made a speech!«

#### 10.3. Walter MOHING

Wir besuchten Professor Dr. Walter Mohing am 6. Dezember 1994 in seinem Haus nahe Augsburg, Der inzwischen emeritierte Professor sprach über seine Laufbahn und die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie in Deutschland.

»Die Rheuma-Orthopädie muß als eigene und lebensfähige Subspecies betrachtet werden, denn sie ist ein enorm umfangreiches Betätigungsfeld. Ein Fehler wäre es, wenn man sie quasi nebenbei betriebe und nicht hauptamtlich« (91).



### 10.3.1. Lebenslauf

Professor Walter MOHING wurde am 16. März 1920 geboren. Seine erste Anstellung als Arzt hatte er von 1948 bis 1953 an der Orthopädischen Universitätsklinik in Münster. Bereits dort führte er Arthrodesen durch. Zu dieser Zeit erschien auch seine erste Publikation über rheumatische Erkrankungen: Es war eine Zusammenfassung seiner Doktorarbeit »Zur Frühdiagnose der Spondylitis Ankylopoetica«, die in der Zeitschrift »Medizinische Klinik« (92) veröffentlicht wurde. 1953 verließ er Münster und wechselte als Oberarzt nach Gießen. Sieben Jahre, bis 1960, blieb er in Gießen (1953 bis 1960), erlernte die Technik der Interpositionsarthroplastik nach Max LANGE und LEXER und publizierte erneut über Spondylitis ankylopoetica. Diesmal druckte die »Zeitschrift für Orthopädie« seine Arbeit »Die versorgungsärztliche Beurteilung der BECHTE-REWschen Krankheit« (93) ab.

Am 1. November 1960 ging er von Gießen nach Düsseldorf, genaugesagt an die dortige medizinische Akademie. »In Düsseldorf habe ich zum ersten Mal zwei Kniegelenksynovektomien bei rezedivierenden Ergüssen durchgeführt«. Die nächste Station war Erlangen, Acht Jahre lang, vom 1. Mai 1962 bis zum 30. September 1970, war MOHING an der Erlanger Universitätsklinik tätig. Hier führte er vor allem Synovektomien und rekonstruierende Operationen durch, jedoch keine Alloarthroplastiken. Da HAGEMANN die Prothetik ganz in BECKs Hände gelegt hatte, konnte MOHING in Erlangen auf diesem Sektor keine Erfahrungen sammeln. In dieser Zeit erhöhte MOHING seine publizistischen Aktivitäten. Vor allem die Synovektomie stand im Mittelpunkt seiner Veröffentlichungen, wie die Arbeiten »Die Stellung der Synovektomie in der Behandlung entzündlicher rheumatischer Gelenkerkrankungen« (94) und »Operative Behandlung – Synovektomie bei primär chronischer Polyarthritis« (95) beweisen.

MOHINGs Schwerpunkt blieb die Synovektomie, auch als er am 1. Oktober 1970 an die Hofrat HESSINGsche Orthopädische Heilanstalt Göggingen in Augsburg wechselte. »Zur operativen Behandlung rheumatischer Gelenkerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühsynovialektomie« erschien 1972 in der Zeitschrift »Fortschritte der Medizin« (97). In Augsburg angekommen, bemühte er sich, die Rheuma-Orthopädie möglichst schnell zu etablieren. Endlich konnte er sich auch um Prothetik kümmern. Insbesondere beschäftigte ihn die Hüfte und der Pfannenaufbau. Weil er mehr und mehr völlig zerstörte Hüftgelenke mit weggeschmolzenen Köpfen und Pfannenprotusionen zu sehen bekam, begann er Mitte der 70er Jahre Endoprothesen zu implantieren. Schon 1972 wurden die Kapazitätsgrenzen der Gögginger Heilanstalt erreicht. Zwar hatte das Haus zu Beginn 320 Betten, doch 1973 wurde es geteilt. Erst als 1985 das Rheumazentrum mit 145 Betten eröffnet wurde, entspannte sich die Lage. Von 1972 bis 1982 war MOHING regelmäßig in Oberammergau und Baden-Baden konsiliarisch tätig. Mit dem Antritt des Präsidentenamtes 1980 begann sein Engagement in der Rheumaliga. Vier Jahre bekleidete er diese Position, 1995 war das Jahr der Jubiläen:

- 10 Jahre Rheumazentrum
- 25 Jahre Rheuma-Orthopädie in Augsburg
- 75. Geburtstag Professor MOHINGs

# 10.3.2. Kontakte zu Rheuma-Orthopäden

Während MOHING an seiner Habilitation »Die Arthrosis deformans des Kniegelenkes« arbeitete, las er in den Veröffentlichungen KROHs etwas über die Synovektomie. Daß VAINIO in Finnland die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie vorantrieb, wußte er zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Erst später, im November 1965, besuchte er VAINIO das erste Mal: MOHING hatte sich in Stockholm mit WALLDIUS getroffen, den er noch aus gemeinsamen Münsteraner Zeiten kannte, da er an dessen Knieprothesen interessiert war. Von Stockholm reiste er weiter nach Heinola. Über einen zufälligen Kontakt zu einem finnischen Chirurgen, der VAINIO vom gemeinsamen Militärdienst her kannte, kam der erste persönliche Kontakt zustande. Bei diesem Besuch in Heinola wies VAINIO MOHING auf einen Kongreß in Mar del Plata im Dezember des folgenden Jahres hin. Dort lernte MOHING den Wiesbadener Rheumatologen K. MIEHLKE kennen, der nur wenige Monate später die ersten Patienten nach Erlangen schickte. Dem Rheumatologen FRANKE, der in Baden-Baden arbeitete, begegnete MOHING 1966 auf einer Tagung in Bad Nenndorf. Mit ihm ergab sich eine ebenso enge Zusammenarbeit wie mit MIEHLKE, so daß bald eine Vielzahl der Patienten MOHINGs aus Wiesbaden und Baden-Baden kamen. »Insgesamt hat mir das Vertrauen bekannter Rheumatologen entscheidende Impulse gegeben«.

Während des 2. Baseler Kongresses, der 1967 stattfand, lernte er GSCHWEND und STELLBRINK kennen. Der Austausch mit STELLBRINK funktionierte hervorragend: Das belegt auch die Tatsache, daß sie 1969 zusammen eine Woche bei SAVILL in Edinburgh verbrachten. Sie waren beeindruckt von dessen Handchirurgie, wenig überzeugend war jedoch die

Behandlung synovektomierter Knie: Diese ließ SAVILL eingipsen, weshalb in den meisten Fällen Bewegungseinschränkungen auftraten. Oft war ein Brisement forcé, eine gewaltsame Lösung der Gelenke in Narkose, notwendig. »Ich habe immer Wechsellagerungen und frühzeitige Mobilisierung in Narkose befürwortet«.

Die Firma Ciba-Geigy hatte in den Jahren 1966 und 1967 eine Rheumagruppe initiiert. Die Gruppe bestand aus einem Internisten, einem Pathologen, einem Endokrinologen und MOHING als Orthopäden. In dieser Besetzung nahmen sie an verschiedenen Rheumasymposien teil, um das Wissen über rheumatische Erkrankungen und deren Therapie zu verbessern. »Die Bedeutung dieser Gruppe darf man nicht unterschätzen, denn sie hat mir sehr viele Kontakte beschert«.

JAKUBOWSKI, dem polnischen Pionier der Rheuma-Orthopädie, war er schon 1965 auf einer Tagung in Thüringen begegnet. Als sie sich später auf einem Kongreß der Schweizer Gesellschaft für plastische Chirurgie wiedersahen, beschlossen sie eine Art Austauschprogramm: Nach dem ARO-Kongreß 1972 in Zürich kam JAKUBOWSKI für einige Wochen nach Augsburg. »Er hat mir die hintere Kapselotomie gezeigt und ich ihm die Schultersynovektomie«.

## 10.3.3. Der Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie«

Obwohl sich die Orthopäden untereinander kannten, fand bis Anfang der 70er Jahre kein besonders intensiver Austausch statt. Erst 1971 mit der Gründung des DGOT-Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« wurde eine gemeinsame Plattforum geschaffen. Die Gründungsmitglieder waren BAUER, GSCHWEND, HOFER, HÖRDEGEN, KÖNIG, MOHING, PLAASS, SCHMÖLLER, STÖRIG und TILLMANN. Dieses neue Forum wirkte wie ein Katalysator, der Austausch wurde bedeutend reger – und internationaler. Die Skandinavier PAHLE (119, 120), GOLDIE und BRATTSTRÖM (16) nahmen 1975 an der ARO-Tagung in Augsburg teil, und sie engagierten sich dann stark im Arbeitskreis: GOLDIE organisierte eine Tagung im Hutje-Hospital, und 1976 traf man sich in Lund bei BRÄTTSTRÖM.

Lange Jahre war MOHING eines der aktivsten Mitglieder des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«, vom 17. April 1975 bis 7. Juli 1978 auch dessen Obmann. Seine Verdienste würdigte die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e. V.« – rechtlicher Nachfolger des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« –, indem sie Professor MOHING am 15. Oktober 1993 in Eisenach ihre Ehrenmitgliedschaft verlieh (88).

# 10.3.4. Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden

KROHs Arbeiten über die Synovektomie, die Anfang der 50er Jahre erschienen waren, hatte MOHING aufgestöbert, während er an seiner Habilitation arbeitete. Bereits 1921 hatte KROH eine totale Synovektomie an einem Patienten mit chronisch unspezifischer Synovitis vorgenommen (73, 74). Es waren vor allem drei Gründe, die MOHING in seiner Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden beeinflußten:

- MOHINGs Neugierde war durch KROHs Veröffentlichungen über die Synovektomie geweckt worden.
- In Düsseldorf hatte er in zwei Fällen selbst Synovektomien durchgeführt.
- Im II. Weltkrieg machte MOHING eigene Erfahrungen mit dem rheumatischen Fieber.

»Zu Beginn war ich quasi ein Einzelkämpfer und habe die Synovektomie nur aus eigenem Interesse gemacht.« MOHINGs Vorgehensweise war immer die gleiche: Von einem »festen Standbein« – einer sicher beherrschten Operationstechnik – arbeitete er sich behutsam zu neuen Techniken und Gelenken vor; »Bei Rheumatikern beispielsweise bin ich vom Knie und von den Erfolgen an diesem Gelenk sukzessive auf andere Gelenke übergegangen – erst zur Hand, dann zum Ellenbogen und schließlich zur Schulter und zur Hüfte.« Zu Beginn seiner Karriere als Rheuma-Orthopäde arbeitete MOHING fast ausschließlich klinisch und bemühte sich um Fortbildung und Aufklärung.

Behutsam ging er neue Wege, die er im wesentlichen mit eigenen Erfahrungen beschritt: Beispiel Synovektomie (98, 99). Diese führte er anfangs von ventral aus durch, bis er merkte, daß erst der hintere Zugang die Synovektomie wirklich wertvoll machte. Ob bei der modulierenden Arthroplastik der Hüfte, ob am Ellenbogen oder der Schulter, immer bestimmten MOHINGs eigene Erfahrungen sein Vorgehen: So verwendete er beispielsweise nie Interponate, da er festgestellt hatte, daß sie die Einsteifung des Gelenks begünstigten. Ebenso modifizierte er den Zugang für »Gelenktoilette« und Kapselresektion an der Hüfte, als er bemerkte, daß die ventrale Operationstechnik zu einer Art Denervierung und dadurch zu schlechten Resultaten führte. Also operierte er von dorsal, und die Ergebnisse waren viel besser.

Einzig an der Wirbelsäule operierte MOHING selten. »Die Region habe ich Spezialisten überlassen«. Zwar entfernte er gelegentlich Dornfortsätze und führte dorsale Wirbelfusionen an der Lendenwirbelsäule durch, doch von der Halswirbelsäule hielt er sich gänzlich fern.

# 10.3.5. Mißerfolge

MOHING hatte Glück: »Von Mißerfolgen bin ich während meiner langen Karriere als Operateur eigentlich verschont geblieben«. Hängen geblieben ist die Erinnerung an eine Patientin, die er allerdings nicht selbst operiert hatte: Nach einer hinteren Kapselotomie traten bei ihr Komplikationen auf. »Wir konnten zwar das Bein retten, doch mußten wir ihr eine der ersten Knieprothesen einsetzen«.

Als Mißerfolg bezeichnet MOHING die Infektionen, die gelegentlich nach suprakondylären Osteotomien auftraten. Schon in Erlangen hatte er diese Osteotomien durchgeführt. »Jede Infektion empfand ich als große Enttäuschung, denn die Operation an sich war sehr gut: An Knien von Rheumatikern hielten die Ergebnisse im Schnitt zehn Jahre«. Einige Patienten, die vor mehr als 17 Jahren osteotomiert und ohne Schlittenprothese behandelt wurden, können noch immer ohne Probleme gehen.

Doch einen politischen Mißerfolg hatte MOHING zu verkraften: Zweimal scheiterte er bei der Wahl zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). »In München

verlor ich gegen HARTEL, und bei der nächsten Kandidatur wurde mir SCHILLING als Präsident vorgezogen«.

## 10.3.6. Zukunft der Rheuma-Orthopädie

»Von entscheidender Bedeutung wird es sein, ob es gelingt, prognostische Kriterien zu erarbeiten«. Nur wenn man künftig den Verlauf der Erkrankung vorhersagen kann, wird die Therapie von Rheumakranken Fortschritte machen. »Mit diesen Kriterien wären frühe Operationen möglich. Dann würden die Internisten nicht erst nach Ausschöpfung des gesamten konservativen Behandlungsrepertoires den Patienten zum Operateur schicken«. Kann eine frühzeitige intraartikuläre Kortison-Injektion die systemische Erkrankung zurückdrängen, oder handelt es sich um eine fulminante Variante, die eine sofortige Operation notwendig macht? »Das sind die Fragen, die es zu klären gilt. Denn auch heute noch werden die meisten Patienten erst dann operiert, wenn sie alles andere schon hinter sich haben«.

MOHING hofft, daß die Rheuma-Orthopädie von Spezialisierung verschont bleibt. »Sie muß als Ganzes erhalten werden«. Einzige Ausnahme ist die Wirbelsäule – dort sollten Orthopäden, Chirurgen und Neurochirurgen zusammenarbeiten. »Ansonsten aber muß die Rheuma-Orthopädie als eine eigene und lebensfähige Subspecies betrachtet werden, denn sie ist ein enorm umfangreiches Betätigungsfeld. Ein Fehler wäre es, wenn man sie quasi nebenbei betriebe und nicht hauptamtlich. Es gibt schon wieder viel zu viele Einrichtungen, in denen dieses Fachgebiet nur mitläuft«.

#### 10.4. Karl TILLMANN

Am 15. Dezember 1994 fand der Besuch bei Professor Dr. Karl Tillmann in der Rheumaklinik Bad Bramstedt statt. Der ehemalige Obmann des Arbeitskreises Rheuma-Orthopädie sprach über die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie und sein Leben:

»Nach 10 Jahren als Operateur war ich nicht schlecht, nach 20 Jahren war ich sicher, und jetzt merke ich, daß ich mich immer noch weiterentwickle« (140).



# 10.4.1. Lebenslauf

Professor Karl TILLMANN wurde am 3. März 1932 in Euskirchen im Rheinland geboren. Nach der Schulzeit in Osnabrück ging er nach Hamburg, studierte dort Medizin und beendete 1956 sein Studium mit dem Staatsexamen. Er blieb in der Elbstadt, und promovierte ein Jahr später am dortigen physiologischen Institut. Der Titel seiner Arbeit lautete: »Aktiver Kaliumtransport in der Zellmembran«. Als Schwerpunkte seiner Medizinalassistentenzeit wählte TILLMANN die Disziplinen Innere Medizin und Neurochirurgie. Anschließend arbeitete er in der Allgemeinchirurgie des Hamburger Hafenkrankenhauses und des Allgemeinen Krankenhauses Eilbeck in Hamburg.

1962 wechselte er Klinik und Disziplin: Der Orthopädie galt fortan seine ganze Aufmerksamkeit, und in den nächsten vier Jahren war er als wissenschaftlicher Assistent in der Orthopädischen Abteilung des Hamburger Universitätsklinikums Eilbeck tätig. Bereits hier fing er an, sich der Rheumaforschung zu widmen: Anfangs ging es ihm vorwiegend darum, Fragen der Diagnostik zu klären, später beschäftigte er sich vor allem mit dem Gelenkstoffwechsel. Zu diesem Zeitpunkt hatte TILLMANN schon STELLBRINK, Oberarzt der Handchirurgie des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, und MAYER, Chefarzt der rheumatologischen Abteilung des Krankenhauses Eilbeck, kennengelernt.

TILLMANN erhielt 1966 seine Anerkennung als Facharzt für Orthopädie. Im Juni desselben Jahres hospitierte er sechs Wochen bei VAINIO im finnischen HEINOLA. Zu diesem Zeitpunkt war er schon in der Rheumaklinik Bad Bramstedt konsiliarisch tätig. So war es keine Überraschung, daß er Ende 1966 dorthin als Oberarzt einer rheumatologischen Abteilung wechselte. Die Rheumaklinik war damals mit über 1000 Betten die größte in Deutschland. Ein Jahr später gründete er in Bad Bramstedt eine orthopädische Abteilung und übernahm selbst deren Leitung.

Wiederum ein Jahr später wurden die ersten Operationssäle eingerichtet. 1976 habilitierte er sich im Fachgebiet Orthopädie mit der Arbeit »Der Rheumatische Fuß« (146). Seine Antrittsvorlesung an der Universität Hamburg hielt er über die Pathogenese der Arthrose.

## 10.4.2. Die Entwicklung der Rheuma-Orthopädie

Erst als die Gelenkchirurgie und die Anästhesiologie in den späten 50er Jahren Fortschritte gemacht hatten, konnten auch rheumatische Patienten operiert werden. Da dies laut TILLMANN zum ersten Mal in HEINOLA, Finnland, geschah, muß die dortige Klinik als der eigentliche Geburtsort der Rheuma-Orthopädie angesehen werden.

LAINE, der Gründer von HEINOLA, war internistischer Rheumatologe. Er holte sich den »innovativen und äußerst geschickten Operateur VAINIO« in seine Klinik. VAINIO hielt 1964 erstmals einen Vortrag in Deutschland. TILLMANN und STELLBRINK, die den finnischen Arzt in Marburg hörten, waren begeistert. Ein persönlicher Kontakt kam allerdings erst 1966 zustande, als TILLMANN in Heinola hospitierte. Zu diesem Zeitpunkt war VAINIO der Dreh- und Angelpunkt der Rheuma-Orthopädie (147, 148). »Ihn kannte jeder, und er machte die verschiedenen Ärzte untereinander bekannt. Die einzelnen Zentren wurden bereist und auf diese Weise der wissenschaftliche Austausch betrieben. Während dieser Zeit war ich beispielsweise oft zu Gast in Warschau, Zürich und Skandinavien.«

Außerdem fanden die orthopädisch interessierten Ärzte am Rande von Rheumatologen-Kongressen zueinander. 1971 beauftragte Professor RÖSSLER, damals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT), den Schweizer GSCHWEND mit der Gründung des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie (ARO)«. In Großbritannien entwicklete sich Anfang der 70er Jahre ebenfalls eine solche Organisation: die British Rheumatoid Arthritis Surgical Society (BRASS), die später in RASS umbenannt wurde. Jedes europäische Land durfte einen »Overseas-Member« entsenden. TILLMANN war der erste deutsche Vertreter.

HEINOLA diente als Vorbild für viele weitere Rheuma-Orthopädie-Zentren, sogenannte »combined-units«, in denen Internisten und Orthopäden unter einem Dach arbeiteten. JAKUBOWSKI (64, 65) gründete Anfang der 60er Jahre in Warschau zusammen mit dem Rheumatologen MALDIG das erste Zentrum in Kontinentaleuropa. In Lund, Schweden, schloß sich der Orthopäde BRATTSTRÖM (16) mit dem Rheumatologen BERGLUND zusammen, in Zürich waren es GSCHWEND, der 1962 Chefarzt der Orthopädie an der SCHULTHESS-Klinik wurde, und der Rheumatologe BÖNI (14, 15).

Der japanische Arzt MORI, ebenfalls ein Schüler VAINIOs, brachte die Idee schon 1965 nach Osaka. Das nächste europäische »combined-unit« entstand 1967 im norwegischen Oslo unter der Federführung des Orthopäden PAHLE (119, 120) und des Rheumatologen MELLBYE. Bad Bramstedt zog im gleichen Jahr nach: Klinikleiter JOSENHANS und TILLMANN gelang es, eine Combined-Unit zu eröffnen. MOHING, der 1970 nach Augsburg ging, blieb es vorbehalten, dort die Rheuma-Orthopädie zu etablieren. 1976 initierte WESSINGHAGE (150, 151) in Bad Abbach ein rheuma-orthopädisches Zentrum; in München wurden SCHATTENKIRCHNER und

JÄGER (63) aktiv. Später kamen noch WESELOH (Erlangen), HOFER (Salzburg), SCHWÄGERL (Wien) (125,126), HÄCKEL (St. Pölten) dazu. Ebenso bildete R. MIEHLKE (90) gemeinsam mit FRICKE in Sendenhorst ein Rheuma-Zentrum.

Keine Combined-Unit, aber eine sehr enge Kooperation von Rheumatologen und Orthopäden entwickelten folgende Ärzte:

STÖRIG und KERSCHBAUMER in Frankfurt

THABE und DREHER in Bad Kreuznach

NEUMANN in Bad Aibling

## 10.4.3. Eigene Entwicklung zum Rheuma-Orthopäden

Bereits 1966 wurden in einem Forschungslabor in Bad Bramstedt Operationen durchgeführt. Aber erst 1967 richtete TILLMANN dort eine rheuma-orthopädische Abteilung ein, die anfangs 45 Betten umfaßte. Allerdings standen zunächst nur 25 für eigene Patienten zur Verfügung, denn die übrigen Betten benötigte BUCHHOLZ zur Rehabilitation seiner hüftoperierten Patienten. Die orthopädische Abteilung wuchs laufend. Zur Zeit hat die Bad Bramstedter Klinik 106 operative Betten. Arbeitsüberlastung zwang TILLMANN, die Reha-Betreuung orthopädischer Patienten wieder abzugeben. Nun leitet er ausschließlich die operative Orthopädie.

Es gab einige Ärzte, die TILLMANN während seiner orthopädisch-chirurgischen Entwicklung prägten. Die Namen STELLBRINK (127, 128) und LAMISCH fallen zuerst: »Manchmal operierte ich zwei- oder sogar dreimal in der Woche mit den beiden«. So brachten sie ihm die Handchirurgie bei. »Mit diesen Kenntnissen der Handchirurgie veränderte sich meine Vorgehensweise am Fuß – ich nenne das analysierendes Operieren«. TILLMANN seinerseits lernte STELLBRINK und ENGELBRECHT »orthopädisch« an. Außerdem beriet er BUCHHOLZ öfters in orthopädischen Fragen. Wichtig war auch die gute Zusammenarbeit mit JOSENHANS, dem damaligen ärztlichen Direktor Bad Bramstedts, und der Landesversicherungsanstalt, die Träger des Kurkrankenhauses ist: Ihm wurden alle Freiheiten beim Aufbau der Bad Bramstedter Rheuma-Orthopädie eingeräumt.

# 10.4.4. Forschungsprojekte

Von Anfang an lagen TILLMANN seine vielen Forschungsprojekte besonders am Herzen. Als er 1966 nach Bad Bramstedt kam, führte er zusammen mit DETTMER und PINZUS Messungen auf dem Gebiet der Gelenkbiologie durch. Mittels enzymatischer, elektronenoptischer und gasanalytischer Methoden untersuchten die Mediziner die Gelenkflüssigkeit, um auf den intraartikulären Metabolismus im arthrotischen und arthritischen Gelenk rückzuschließen. TILLMANN und OLESEN waren die ersten, die Sauerstoffmessungen im Gelenk durchführten. Als PINZUS Bad Bramstedt verließ, wandte sich TILLMANN verstärkt der klinischen Forschung zu.

»Ich glaube, daß GOLDIE, DAMM und ich damals die Orthopäden in Europa waren, die am meisten experimentierten. GOLDIE, heute Ordinarius der Orthopädie am Karolinska in Stockholm, übersetzte auch TILLMANN's wichtigste und erfolgreichste Publikation »Der Rheumatische Fuß« (146) ins Englische. Zu diesem Zeitpunkt behandelten seine Veröffentlichungen bereits das gesamte Spektrum der Rheuma-Orthopädie, nicht mehr nur die Gelenkbiologie (145). Wissenschaftliche Vorträge und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte reihten sich aneinander. Schwerpunkte waren dabei die rheumatische Hand sowie der rheumatische Fuß (144). Noch heute gilt hier seine Pathomechanik. Sie wurde seitdem lediglich statistisch und mittels elektronischer Fußdruckmessungen verifiziert.

Weitere Schwerpunkte der Arbeit TILLMANNs waren die Erforschung und die technische Entwicklung der Endoprothetik, Außerdem erfand er Operationstechniken für Resektions-Interpositions-Arthroplastiken, also Gelenkneubildung ohne künstliche Hilfsmittel. Besonders erfolgreich war seine Technik an der Schulter sowie die in Zusammenarbeit mit dem Handchirurgen STELLBRINK entwickelte Methode am Handgelenk (128). An den Metacarpalphalangeal-Gelenken zeigten sich ebenfalls gute Langzeitergebnisse. »Dabei stammte die Primärentwicklung von Gerhard STELLBRINK«. TILLMANN verfeinerte die Technik, indem er bei Patienten mit ulnarer Deviation eine Sicherung durch Bandplastiken oder einen Kollateralbandersatz hinzufügte – eine Methode, die auch heute noch durchgeführt wird. Zusammen mit RÜTHER modifizierte TILLMANN eine von HAAS und VAINIO entworfene Resektions-Interpositions-Arthroplastik des Ellenbogens (130). Seit Anfang der 90er Jahre steht nun eine einfachere, weniger zeitraubende Technik zur Verfügung, die gute Ergebnisse verspricht.

#### 10.4.5. Prothetik

Die Entwicklung der Prothetik begann am Hüftgelenk. »Zuerst hat man Plexiglas-Prothesen verwendet, aber die waren ein Desaster. «Daraufhin änderte man das Material: Doch obwohl der SMITH-PETERSEN-cup aus Metall war, blieben die Ergebnisse schlecht. Oft mußten die Metallkörper, die ins Gelenk eingelegt wurden, wieder entfernt werden. Es wurde weiter experimentiert. Eine ganze Reihe von Prothesen wurde entworfen, die Ergebnisse aber blieben schlecht. Den Wendepunkt markierte die Prothese des Engländers CHARNLEY (18). Sein Entwurf war so gut, daß er auch heute noch in modifizierter Form verwendet wird. BUCHHOLZ benützte die CHARNLEY-Prothese als Ausgangspunkt für eigene Entwürfe. Ende der 50er Jahre waren die Prothesen noch immer aus Metall. Nachdem CHARNLEY erfolglos Teflon-Kappen eingesetzt hatte, versuchte es BUCHHOLZ mit Metall gegen Polyethylen und hatte Erfolg. TILLMANN übertrug diese Materialkombination von der Hüfte auf andere Gelenke, wie Knie oder Finger.

Der Schwede WALLDIUS, der bei der Entwicklung der Knieprothetik Pioniersarbeit leistete, operierte auch Rheumatiker. Er zementierte nicht. Zwar lockerten sich die Prothesen, den Patienten bereitete dies aber keine Beschwerden. Ein anderer Kniegelenkersatz, die St.-Georg-Schlitten-Prothese, wurde von ENGELBRECHT und BUCHHOLZ am Hamburger St.-Georg-Krankenhaus entworfen. TILLMANN reduzierte die für den Einbau der Prothese notwendige

Resektion am Schienbeinkopf und verwendete als erster ein Plateau mit exzentrischer Stütze. In seltenen Fällen wird dieser Endoschlitten noch heute gebraucht.

Wie an der Hüfte, so wurde auch an den Fingergelenken anfangs mit Metall-Metall-Prothesen experimentiert. TILLMANN setzte jedoch bald auf die Materialien Metall gegen Polyethylen mit Zementierung. Damit konnte er bei 10-Jahres-Ergebnissen eine Erfolgsrate von 70 Prozent vorweisen. Zeitgleich mit TILLMANN entwickelte der Amerikaner SWANSON seine Fingergelenks-Prothetik. Im Bereich der Kleingelenke setzten sich aber schließlich die Silastik(r)-Prothesen durch, bei denen Silikon als Material verwendet wird.

Vor allem die Engländer DEE, McKEE und SHIERS trieben die Ellenbogenprothetik voran. Sie resezierten die Kondylen und zementierten die Prothesen in den Knochenschäften, die allerdings oft zerbrachen. Die erste interkondyläre Scharnierprothese des Ellenbogens, die in den Knochen eingesetzt wurde, stammte dagegen aus Deutschland: STELLBRINK, ENGEL-BRECHT und BUCHHOLZ hatten sie entwickelt. GSCHWEND versuchte sich kurz darauf mit einer Metall-Prothese (Mark I/II/III), die sich jedoch nicht durchsetzte. »Die halbverblockte Prothese, die GSCHWEND jetzt verwendet, ist jedoch sehr gut«.

»Zusammenfassend kann man sagen, daß die Entwicklung der Gelenkprothetik an der Hüfte begann, dann das Knie, die Fingergelenke und später auch die Schulter einschloß«.

#### 10.4.6. Arthrodese

Die Arthrodese, Gelenkversteifung, verlor mit dem Fortschritt in der Endoprothetik zunehmend an Bedeutung. »An der Hüfte hat die Endoprothetik beispielsweise die Arthrodese völlig ersetzt.« (79, 80) Teilweise wurden Arthrodesen sogar später wieder gelöst und durch Endoprothesen ersetzt. An einigen Gelenken aber ist auch heute noch die Arthrodese Mittel der Wahl bei der operativen Therapie rheumatischer Beschwerden. An der Hand versorgt TILLMANN Fingerend-, Daumengrund- und Daumeninterphalangealgelenke immer arthrodetisch. Für MCP- und Daumensattelgelenke stehen dagegen immer endoprothetisch Möglichkeiten zur Verfügung. »An der Halswirbelsäule ist auch heute noch die Arthrodese oft das Mittel der Wahl«. In progressiven Fällen sollte das Hinterhaupt mit einbezogen werden, da es sonst zu einer vertikalen Dislokalisation kommen könnte. Dann wäre eine erneute Operation notwendig.

## 10.4.7. Synovektomie

Schon vor der Jahrhundertwende wurde erstmals eine Synovektomie durchgeführt, und noch heute ist sie eine sehr effektive Operationsmethode. Zu Beginn des Jahrhunderts versuchte VOLKMANN, Tuberkulosepatienten mittels Synovektomie zu helfen, während MÜLLER in Aachen sie bereits bei Polyarthritikern ausprobierte (42).

Anders als in Deutschland, hat sich im Laufe der Zeit im englischsprachigen Raum eine sehr schlechte Bewertung der Synovektomie ausgebreitet. »Dort wurden Studien zur Synovektomie

durchgeführt, die sehr negative Ergebnisse brachten. Ich habe sie mir angesehen, und festgestellt, daß weder Operationstechnik noch Nachbehandlung standardisiert worden waren. Deshalb besitzen die Schlußfolgerungen natürlich keine Aussagekraft«. Der Grund für die ablehnende Haltung im englischen Sprachraum sei vielleicht darin begründet, daß die Synovektomie eine sehr zeitaufwendige und deshalb wenig profitversprechende Operation ist. »Eine Synovektomie, die weniger als zwei Stunden dauert, ist nicht komplett«. Trotz aller Erfahrung benötigt TILLMANN immer noch wenigstens zwei Stunden für eine komplette vordere und hintere Synovektomie (143).

Die guten Ergebnisse der Synovektomie rechtfertigen trotz allem nicht ihren Einsatz als Präventivmaßnahme: »Erst wenn man radiologische Veränderungen sieht, sollte man synovektomieren—aber dann möglichst früh. Vor allem bei jungen Menschen ist die Synovektomie ein sehr probates Mittel«.

## 10.4.8. Mißerfolge

»Mit den Hüftkappenplastiken habe ich sehr negative Erfahrungen gemacht.« Als sich die Kappen kurz nach dem Einbau lockerten, rissen sie große Löcher ins Becken. »Der Grund war ein Bremstrommeleffekt.« Die Kappen zogen sich an den Seiten zusammen, beulten sich deshalb in der Mitte aus und vergrößerten so den Abrieb und die Scherkräfte. Dadurch lockerten sie sich früher als erwartet. Den Bremstrommeleffekt versuchte TILLMANN mit einem Stützrand abzufangen. Außerdem ersetzte er die glatte Innenstruktur der Kappen durch eine globuläre, die zusätzlich noch zementiert wurde. Zwar führten diese Maßnahmen zu einer besseren Verankerung, doch lockerten sich die Kappen weiterhin – wahrscheinlich bedingt durch Hüftkopfnekrosen.

Ein sehr vielversprechendes Konzept für eine Knieprothese wurde nie realisiert. TILLMANN wertet es als persönlichen Mißerfolg, daß die Firma LINK an dem Gelenk mit der wandernden Achse nicht die Modifikationen vornehmen wollte, die er für notwendig erachtete. So mußte er es BUCHHOLZ und ENGELBRECHT überlassen, dieses Prinzip der »wandernden Achse« weiterzuentwickeln.

# 10.4.9. Die Zukunft der Rheuma-Orthopädie

Mit deutlicher Abneigung registriert TILLMANN die Tendenz zur Subspezialisierung: »Eine ganzheitliche Sicht ist erforderlich. Eine Spezialisierung verleitet nur dazu, zuviel an dem Spezial-Gelenk zu tun. Man ist zu fixiert und erkennt nicht mehr das für den Patienten Notwendigste«. Nur an der Wirbelsäule ist ein Spezialisierung sinnvoll, da diese Region sehr komplex ist. Für alle anderen Bereiche hingegen gilt: »Es ist unerläßlich jegliche Operationstechnik und Prothetik zu beherrschen. Nur dadurch wird gewährleistet, daß das für den Patienten Günstigste durchführt wird«.

TILLMANN ist seit 28 Jahren rheuma-orthopädisch tätig: »Nach 10 Jahren als Operateur war ich nicht schlecht, nach 20 Jahren war ich sicher und jetzt merke ich, daß ich mich immer noch weiterentwickle«.

# 11. Vorschlag zur Statuserhebung

# 11.1. Erläuterung

Vor mehr als 30 Jahren begann GSCHWEND in der Züricher Wilhelm Schulthess Klinik, Rheuma-Orthopädie zu betreiben. Es war das erste Mal, daß sich im deutschsprachigen Raum der Chefarzt einer Klinik diesem Fachgebiet schwerpunktmäßig widmete. Nur wenig später, 1968, setzte sich die Idee in Bad Bramstedt durch: Dort richtete TILLMANN die erste orthopädische Abteilung einer deutschen Rheumaklinik ein. Es folgte die Gründung der Arbeitsgemeinschaft »Rheuma-Orthopädie« zu Beginn der 70er Jahre. Seitdem ist die Zahl der Kliniken, in denen Rheuma-Orthopädie betrieben wird, enorm gestiegen. Dabei hing es stark vom persönlichen Engagement einzelner Ärzte ab, inwieweit Kliniken oder Abteilungen auf dieses Fachgebiet setzten.

Immer wieder regte die Arbeitsgemeinschaft »Rheuma-Orthopädie«, ab 1992 auch die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«, multizentrische Studien an. Möglichst viele Kliniken sollten sich an Projekten, wie Dokumentationsforschung, Nachuntersuchungen oder Endoprothetikstudien, beteiligen. Dazu schrieb der jeweilige Projektleiter Kliniken an, von denen er glaubte, daß sie an einer Zusammenarbeit interessiert wären. Oft war der Rücklauf spärlich, und die Beteiligung entsprach nicht dem Erhofften – manchmal sogar nicht einmal dem Notwendigen. Trotzdem bestand und besteht Interesse, wie die große Beteiligung an Klausurtagungen und anderen Veranstaltungen der Assoziation jedesmal eindrucksvoll belegt.

Von diesem Standpunkt aus ist klar, daß eine Statuserhebung sinnvoll wäre. Es wäre wichtig zu wissen, wie viele Patienten eine Klinik jedes Jahr versorgt, wie viele Operationen dort durchgeführt werden und wie viele Ärzte in dem Haus rheuma-orthopädisch tätig sind. Wenn man außerdem wüßte, wie viele und welche wissenschaftlichen Projekte zur Zeit laufen, dann könnten multizentrische Studien leichter geplant und koordiniert werden. Projektleiter könnten ganz gezielt bestimmte Kliniken und Ärzte kontaktieren, von denen bekannt ist, daß sie an einem speziellen Gebiet interessiert sind. Auch innerhalb einzelner Projekte ließen sich so Kooperationen effektiver und effizienter gestalten.

Der folgende Fragebogen ist ein Vorschlag. Mit ihm könnte eine solche Statuserhebung durchgeführt werden.

# 11.2. Der Fragebogen

# Fragebogen zur Erhebung des derzeitigen Standes der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)

Name und Anschrift of	ler Klinik / des K	rankenhauses / des Funktionsbereich
Personalangaben des bzw. des Funktionsber		ers der rheumatologischen Abteilung
Name	Vo	orname
geb	in	
Wohnort	St	raße
Dienststellung		egang des Chefarztes / Leitersseit
Dienststellung		
Dienststellung selbständige Abteilun Anerkennung	g ja/nein *	
Dienststellung selbständige Abteilun Anerkennung als	g ja/nein * am	seitdurch
Dienststellung selbständige Abteilun Anerkennung als als	g ja/nein * am	seitdurch
Dienststellung selbständige Abteilun Anerkennung als als Genehmigung zum Fü	g ja/nein *am am	seitdurchdurch

C. Betten und Abteilungen			
Orthopädische Abteilung		(Gesamtzahl der Better	
theumatologische Abteilung		Betten	
Wachstation ja/nein *		Betten	
Intensivableilung ja/nein *		Betten	
andere Abteilung		Betten	
D. Entwicklung der Rheumatol	ogischen Abt	eilung	
Gründungsdatum		mitBetten	
(bitte mit Jahresangaben):	mít	Betten am	
	mit	Betten am	
	mit	Betten am	
	mit	Betten am	
E. Personelle Besetzung			
Anzahl der Ärzte	_		
Oberärzte	Assiste	nzärzte	
davon mit Gebietsanerkennun	g/Teilgebiet	sanerkennung:	
Oberärzte /Assistenzärzte Ober		rzte/Assistenzärzte	
4			

	C4-1!!1-	Dhammatalania	
hr	Gesamtklinik	Kneumatologie	
– ambulant Verpflegungstage pro Jahr			
dauer			
	%	%	
das Jahr 199	8) (nur entzündlich		rankungen)
MTP	osg	Knie	Hüfte
МТР	osg	Knie	Hüfte
МТР	osg	Knie	Hüfte
МТР	OSG	Knie	Hüfte
MTP	OSG	Knie	Hüfte
MTP	OSG	Knie	Hüfte
MTP	OSG	Knie	Hüfte
	dauer das Jahr 199	dauer %  das Jahr 1998) (nur entzündlich	dauer % % das Jahr 1998) (nur entzündlich-rheumatische Erk

Eingriffe an Schleimbeuteln	
Sehnen- und Bandrekonstruktionen	
Neurolysen	
Resektions- oder Resektions-Interpositionsarthroplastiken	
Osteosynthesen am osteoporotisch vorgeschädigtem Knochensystem	
Osteotomien zur Achsenkorrektur	
Cervikale Stabilisierung	
H. Krankheitsstatistik (für das Jahr 199 )	Zahl der Patienten
chronische Polyarthritis (einschl. Sonderformen)	
Kollagenosen im engeren Sinne (LED, Sklerodermie, Polymyositis, Mischkollagenosen, Polyarteriitis)	
Spondylitis ankylosans	
Arthritis psoriatica	
Mb. Reiter, andere reaktive Arthritiden	
Polymyalgia rheumatica	
Rheumatisches Fieber	
andere post- u. parainfektiöse Arthritiden	-
bakterielle Arthritiden (z.B. Go, Tbc)	-
Gicht, andere Gelenkkrankheiten im Rahmen von Stoffwechselstörungen	

# I. Sonstige Einrichtungen

# am Hause / externe Kooperation mit

Röntgenabteilung	ja / nein *	-	1
Nuklearmedizin	ja / nein *		/
Histologie	ja / nein *		1
Rheumalabor	ja / nein *		1
Anästhesie	ja / nein *		1
Physikalische Therapie	ja / nein *		/
Beschäftigungstherapie	ja / nein *	-	1
Rehabilitation	ja / nein *		1
Ergotherapie	ja / nein *	_	1
Bäderabteilung	ja / nein *	_	1
K. Therapieüberwachunge	n (Jahresstatistik 19	99 )	
Zahl der regelmäßig überv	wachten Basisthera	apien	
Gold		MTX	
DPN		andere	
Immunsuppressiva		andere	

(\* Nichtzutreffendes streichen)

#### L. Veröffentlichungen und wissenschaftliche Aktivitäten \*\*

(\*\* Für die Überlassung von Sonderdrucken für das ARO-Archiv danken wir im Namen des Vorstandes)

#### Bitte entsprechende Anzahl in die Tabellenabschnitte eintragen:

Angaben für die jeweiligen Zeitabschnitte	bis 1955	bis 1965	bis 1975	bis 1985	bis 1998
Wissenschaftliche Arbeiten					
Publikationen					
Vorträge					
Symposien					
Fortbildungsveranstaltungen					

## Derzeit laufende wissenschaftliche Projekte:

Projektbeschreibung	Beginn	Ende (geplant)

#### 12. Zusammenfassung

Seit 27 Jahren hat die Rheuma-Orthopädie im deutschsprachigen Raum einen festen Rahmen: 1971 wurde der Arbeitskreis »Rheuma-Orthopädie« der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) gegründet, 1992 umgetauft in die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.«.

Die Eingliederung der Orthopädie in die finnische Rheumaklinik in Heinola 1952 markierte die Geburtsstunde der modernen Rheuma-Orthopädie, Zögerlich breitete sich die Idee über Europa aus und erreichte Anfang der 60er Jahre die Schweiz: Norbert GSCHWEND war der Pionier, der die Züricher SCHULTHESS Klinik zu einem rheuma-orthopädischen Zentrum Mitteleuropas machte. In Deutschland waren es Karl TILLMANN und Walter MOHING, die die Rheuma-Orthopädie etablierten. Ersterer integrierte 1968 in die Kurklinik Bad Bramstedt eine orthopädische Abteilung und letzter begann – als er 1970 Chefarzt der HESSING-Klinik in Augsburg wurde – vermehrt Rheumapatienten zu operieren.

Der Präsident der DGOT, RÖSSLER, hatte GSCHWEND 1970 aufgefordert, die Organisation eines Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie« zu übernehmen. MOHING, TILLMANN und GSCHWEND bildeten dann auch den Kern des 1971 gegründeten Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«, der sich das Ziel setzte, den Wissensstand über Rheuma-Orthopädie zu verbessern und Fortbildung zu betreiben. In den ersten Jahren stand außerdem die Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation im Mittelpunkt der Sitzungen. Eine gemeinsame Dokumentation sollte den Vergleich der verschiedenen Ansätze in Endoprothetik und anderen Operationsverfahren ermöglichen. Nach Anfangserfolgen verlangsamte sich die Entwicklung einer Dokumentation, denn immer neue Aspekte und Ideen wollte man in die Bogen integrieren.

Hatte zu Beginn der 70er Jahre noch eine einheitliche Dokumentation und Aufklärung der Ärzteschaft im Vordergrund gestanden, so wurden gegen Ende des Jahrzehnts zunehmend politische Aspekte wichtiger. Zähe Verhandlungen mit der DGOT führten schließlich im September 1982 zur Gründung einer eigenen Sektion. Der Arbeitskreis hatte nun eine Satzung und ein Stückchen Freiheit: Jetzt durfte er selbständig Mitglieder aufnehmen und Mitgliedsbeiträge erheben. Noch mehr Spielraum erhielt die Vereinigung, als die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.« 1992 die rechtliche Nachfolge des Arbeitskreises antrat.

Das Interesse an dem Arbeitskreis wuchs von Anfang an schnell. Ohne Zweifel trugen dazu auch die gut organisierten Klausurtagungen bei: Die erste fand im Dezember 1972 statt, zwei Jahre später folgte Bad Bramstedt, und 1974 traf sich der Arbeitskreis in Augsburg. Der jährliche Rhythmus der ersten Jahre wurde später zugunsten einen zweijährigen aufgegeben, da im jährlichen Wechsel mit der European Rheumatoid Arthritis Surgical Societey (ERASS) getagt wurde.

Seit der ersten Klausurtagung 1972 in Zürich hat sich der Arbeitskreis auf seinen Treffen mit den verschiedensten Aspekten der Rheuma-Orthopädie beschäftigt. Zumeist wurden einzelne Gelenke in den Mittelpunkt der Tagungen gestellt, wie beispielsweise in Augsburg 1974 die rheumatische Hand und der rheumatische Fuß oder auf der vorletzten Tagung 1994 in Wiesbaden die rheumatische Schulter. Diese Schwerpunkte wurden dann aus den verschiedensten Perspektiven (Endoprothetik, Operationstechniken usw.) analysiert und sehr umfassend behandelt.

Mit der Umwandlung des Arbeitskreises in die »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.« hat die Vereinigung noch mehr Selbständigkeit erhalten. Zwar ist sie immer noch ein Teil der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT), nun jedoch als eingetragener Verein.

Seit mehr als einem Vierteljahrhundert hat sich die Vereinigung nicht nur durch ihre Klausurtagungen sondern auch durch die vielen internationalen Kontakte ihrer Mitglieder im In- und Ausland einen hervorragenden Ruf erworben. Auch künftig wird sie eine wichtige und einflußreiche Vertretung der operativ tätigen Rheuma-Orthopäden sein.

## 13. Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1.	Von der Programmkommission vorgeschlagene Arbeitskreise
	und mögliche Obmänner, 1970
Tabelle 2.	Ärzte, die GSCHWEND anschrieb, um ihr Interesse an einem
	Arbeitskreis zu erfragen, 1971
Tabelle 3.	Teilnehmer der Gründungssitzung, 30. April 1971
Tabelle 4.	Ärzte, die nicht an der Gründungssitzung teilnahmen,
	aber Interesse bekundet hatten, 1971
Tabelle 5.	Erster Vorstand der »Assoziation für Orthopädische
	Rheumatologie e.V.«, 18.09.1992
Tabelle 6.	Alle bisherigen Tagungen des Arbeitskreises
	»Rheuma-Orthopädie« seit 1971
Tabelle 7.	Themenschwerpunkte der bisherigen Klausurtagungen seit 1972
Tabelle 8.	Themen und Referenten in Zürich (1), 1972
Tabelle 9.	Themen und Referenten in Zürich (2), 1972
Tabelle 10.	Themen und Referenten der Klausurtagung in Bad Bramstedt, 1974 56
	Themen und Referenten der Klausurtagung in Augsburg, 1975 57
Tabelle 12.	Themen und Referenten in Wien (1), 1979
Tabelle 13.	Themen und Referenten in Wien (2), 1979
Tabelle 14.	Themen und Referenten in Oslo (1), 1980
Tabelle 15.	Themen und Referenten in Oslo (2), 1980
Tabelle 16.	Themen und Referenten in Konstanz (1), 1980
Tabelle 17.	Themen und Referenten in Konstanz (2), 1980
Tabelle 18.	Themen und Referenten in Bad Ragaz, 1984
Tabelle 19.	Themen und Referenten in München, 1986
	Themen und Referenten in Bad Abbach (1), 1988 67
Tabelle 21.	Themen und Referenten in Bad Abbach (2), 1988
Tabelle 22.	Themen und Referenten der gemeinsamen Sitzung des
	Arbeitskreises mit der Japanese Society of Rheumatism
	and Joint Surgery in Aachen (1), 1988
Tabelle 23.	Themen und Referenten der gemeinsamen Sitzung des
	Arbeitskreises mit der Japanese Society of Rheumatism
	and Joint Surgery in Aachen (2), 1988
Tabelle 24.	Themen und Referenten in Interlaken (1), 1990
Tabelle 25.	Themen und Referenten in Interlaken (2), 1990
Tabelle 26.	Themen und Referenten der Festveranstaltung
	»20 Jahre ARO« in Hamburg, 1991
	Themen und Referenten in Wien (1), 1992
Tabelle 28.	Themen und Referenten in Wien (2), 1992

Tabelle 29.	Kommissionen und deren Leiter der »Assoziation für	
	Orthopädische Rheumatologie« in Baden-Baden, 1993	4
Tabelle 30.	Für die Klausurtagung in Wiesbaden 1994 geplante	
	Workshops und deren Leiter in Baden-Baden, 1993	
Tabelle 31.	Ehrenmitglieder und ihre Vortragsthemen in Eisenach, 1993	5
Tabelle 32.	Obmänner des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«	
	bis zur Sektionsgründung 1982.	30
Tabelle 33.	Obmänner des Arbeitskreises »Rheuma-Orthopädie«	
	von der Sektionsgründung 1982 bis zur Vereinsgründung 1992	30
Tabelle 34.	Präsident der »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie« seit 1992 8	30

# 14. Abbildungsverzeichnis (temporär)

	Seite
Abbildung 1.	Der Originalfragebogen, anhand dessen GSCHWEND
	die Tagesordnung der Gründungssitzung gestaltete, 1971 20
Abbildung 2.	Fortsetzung des Originalfragebogens, 1971
Abbildung 3.	Originalteilnehmerliste der Gründungssitzung am
,	30. April 1971 in Baden-Baden
Abbildung 4.	GSCHWEND schrieb die Tagesordnung der Gründungssitzung
	mit der Hand, 30. April 1971
Abbildung 5.	Mitgliederentwicklung, 1971 bis 1998
Abbildung 6.	Vereinbarung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
	und Traumatologie (DGOT) und der Arbeitsgemeinschaft
	Rheuma-Orthopädie (ARO) über die Gründung einer Sektion,
	Mainz, 14. September 1982
Abbildung 7.	Krankenbogen TILLMANN: Neben den Patientendaten sollte auf
6- 11000 8- 0	der ersten Seite die bisherige Therapie und der Krankheitsverlauf
	festgehalten werden
Abbildung 8.	Krankenbogen TILLMANN: Zur Dokumentation von
	Laborbefunden diente der zweite Teil des Stammbogens.
	Außerdem war Platz für die Ergebnisse der Ergußuntersuchungen
Abbildung 9.	Stammbogen KÖNIG: Gemäß der Null-Durchgangsmethode sollte
	die Funktion der Gelenke dokumentiert werden
Abbildung 10.	Stammbogen TILLMANN: Sein Entwurf sollte den gesamten
	Bewegungsapparat umfassen. Auch komplexe Funktionstest
	konnten festgehalten werden
Abbildung 11.	Stammbogen GSCHWEND: Außer den Patientendaten sollten
	die Antworten zu Fragen der Selbsthilfe auf der ersten Seite
	festgehalten werden 34
Abbildung 12.	Stammbogen GSCHWEND: Auf der zweiten Seite wurden die
	Fähigkeiten des Patienten sich fortzubewegen und die Ergebnisse
	praktischer Funktionstests der oberen Extremität erfaßt
Abbildung 13.	Stammbogen GSCHWEND: Den Schluß der Erhebung bildeten
	verschiedene Funktionsprüfungen der unteren Extremität 35
Abbildung 14.	Stammbogen GSCHWEND: Auf der ersten Seite wurden
	drei Photos des Patienten beschrieben, die einen Teil der
	Dokumentation bilden sollten
Abbildung 15.	
	der Selbsthilfe (Essen, Hygiene, Ankleiden, Verschlüsse)
	folgte auf Seite 2

Abbildung 16.	Stammbogen GSCHWEND: Die Fortbewegungsmöglichkeiten
	des Patienten sollten auf der dritten Seite erfaßt werden (Gehen,
	Treppensteigen, Fahren und Sitzen)
Abbildung 17.	Stammbogen GSCHWEND: Fragen zur Haushaltsführung
	(Kochen, Haushaltspflege, Handfertigkeit, Kinder- und
	Gartenpflege) mußten auf der vierten Seite beantwortet werden
Abbildung 18.	Stammbogen GSCHWEND: Auf der letzten Seite wurde
	festgehalten, ob der Patient in der Lage war, einen Beruf auszuüben 38
Abbildung 19.	Kniebogen HOFER: Neben einem präoperativem Befund
	sollten auch mehrere postoperative Untersuchungen auf ein und
	demselbem Bogen dokumentiert werden
Abbildung 20.	Stammbogen 1988: Die erste Seite erfaßt Grund- und
	Begleiterkrankungen. Der aktuelle Aktivitätsgrad wird anhand
	der Blutkörperchensenkungsgeschwindkeit und der
	Morgensteifigkeit dokumentiert. Festgehalten wird außerdem
	der Grad der Beschäftigung
Abbildung 21.	Stammbogen 1988; Frühere Operationen und lokale
	intraartikuläre Maßnahmen werden auf der zweiten Seite
	des Stammbogens festgehalten,
Abbildung 22.	- 프랑스 디어에서 '로마스, 프라이크 (1978년 1985년 1985년 1987년 1984년 1987년 1984년 1987년 1987년 1987년 1987년 1987년 1987년 1987년 198
	des individuellen Gelenkbefalls und der diagnostischen
	Kriterien der American Rheumatism Association (ARA)
	zur Verfügung
Abbildung 23.	Stammbogen 1988: Diese Seite muß der Patient selbst
	ausfüllen. Hier soll die Funktionsfähigkeit der oberen und
	unteren Extremitäten bei komplexen Tätigkeiten im Alltag
	festgehalten werden
Abbildung 24.	Anamnesebogen 1988: Der erste Teil erfaßt die Beschwerden
	des Patienten. Der untere Abschnitt wird postoperativ oder
	bei einer Nachuntersuchung ausgefüllt
Abbildung 25.	Befundbogen 1988: Er dient der Darstellung der Gelenkfunktionen.
	Bewegungsausmaße werden in der Null-Durchgangsmethode
	festgehalten. Außerdem werden die Röntgen-Stadien nach
	LARSEN, DALE und EEK angewendet
Abbildung 26.	Operationsbogen 1988: Er soll unmittelbar nach der
	Operation ausgefüllt werden. Es handelt sich um einen
	standardisierten Operationsbericht
Abbildung 27.	Manuskript »Produktion Burg Reichenstein«, 1978

#### 15. Literaturverzeichnis

- ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR RHEUMA-ORTHOPÄDIE (ARO) (1985), Geschäftsordnung
- (2) ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR RHEUMA-ORTHOPÄDIE (ARO) (1985) Geschäftsordnung, Seite 2
- (3) ASSOZIATION FÜR ORTHOPÄDISCHE RHEUMATOLOGIE E. V. (18.09.1992), Satzung, Wiesbaden
- (4) ASSOZIATION FÜR ORTHOPÄDISCHE RHEUMATOLOGIE E.V. (18.09.1992) Satzung, Wiesbaden, Seite 1
- (5) ASSOZIATION FÜR ORTHOPÄDISCHE RHEUMATOLOGIE E.V. (18.09.1992) Satzung, Wiesbaden, Seite 7
- (6) BAUMANN D. (23.05.1975) Protokoll der ARO-Sitzung, Augsburg, den 19.04.1975
- (7) BAUMANN D. (23.05.1975) Protokoll der ARO-Sitzung in Augsburg, den 19.04.1975, Seite 1
- (8) BAUMANN D. (23.05.1975) Protokoll der ARO-Sitzung, Augsburg, den 19.04.1975, Seite 4
- (9) BAUMANN D. (23.05.1975) Protokoll der ARO-Sitzung, Augsburg, den 19.04.1975, Seite 5
- (10) BAUMANN D. (02.7.1977) Protokoll der ARO-Sitzung in Lund, den 14.06.1977
- (11) BAUMANN D. (02.7.1977) Protokoll der ARO-Sitzung in Lund, den 14.06.1977, Seite 3-4
- (12) BAUMANN D. (28.07.1978) Protokoll der ARO-Sitzung in Basel, den 07.07.1978
- (13) BAUMANN D. (28.07.1978) Protokoll der ARO-Sitzung in Basel, den 07.07.1978, Seite 1
- (14) BÖNI A. (1970) Die Synovektomie bei der primär-chronischen Polyarthritis, Therapiewoche 17: 4–6
- (15) BÖNI A. (1973) Ätiologie und Pathologie bei chronischer Polyarthritis, Orthopäde 2: 3-5
- (16) BRATTSTRÖM H. (1973) Synovektomie in Metatarsophalangialgelenken, Orthopäde 2: 81
- (17) BRUSSATIS F., RÖSSLER H., TILLMANN K. (14.09.1982) Vereinbarung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) und der Arbeitsgemeinschaft Rheuma-Orthopädie (ARO) über die Gründung einer Sektion, Mainz, 14.09.1982
- (18) CHARNLEY J. (1969) Total prosthetic replacement of the hip, Reconstr Surg Traumatol 11: 9–19
- (19) CLAYTON M. L. (1963) Surgery of the Forefoot in Rheumatoid Arthritis, Ref Ann Int Med 59(4): 3–125
- (20) FOWLER A. W. (1959) A Method of Forefoot Reconstruction, J Bone Jt Surg 1959; 41-B: 507–513
- (21) FRIEDEBOLD G. (27.03.1985) Brief an TILLMANN – Arbeitskreis 6 der DGOT, Sektion »Rheuma-Orthopädie«

- (22) GARIEPY R., DEMERS R., LAURIN C.A. (1966) The prophylactic effect of synovectomy of the knee in rheumatoid arthritis, Can Med Assn J; 94 (26): 1349–1352
- (23) GROB D., GSCHWEND N. (1982) Langzeitergebnisse nach Vorfußkorrektur aus subjektiver Sicht, Orthopäde 11: 245–250
- (24) GSCHWEND N. Fragebogen »Gründung Arbeitskreis Rheuma-Orthopädie« mit Auswertung
- (25) GSCHWEND N. (26.03.1971) Rundschreiben »Betr. Gründung Arbeitskreis Rheuma-Orthopädie«
- (26) GSCHWEND N. (25.05.1971) Protokoll der Gründungssitzung des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie (ARO) im Pressesaal des Kongreßgebäudes in Baden-Baden, Freitag, den 30.04.1971
- (27) GSCHWEND N. (25.05.1971) Protokoll der Gründungssitzung des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie (ARO) im Pressesaal des Kongreßgebäudes in Baden-Baden, Freitag, den 30.04.1971, 1–2
- (28) GSCHWEND N. (25.05.1971) Protokoll der Gründungssitzung des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie (ARO) im Pressesaal des Kongreßgebäudes in Baden-Baden, Freitag, den 30.04.1971, 4–5
- (29) GSCHWEND N. Teilnehmerliste der Gründungssitzung des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie in Baden-Baden, Freitag, den 30.04.1971
- (30) GSCHWEND N. Tagesordnung der Gründungssitzung des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie in Baden-Baden, Freitag, den 30.04.1971
- (31) GSCHWEND N. (29.05.1972) Protokoll der ARO-Sitzung, Baden-Baden, den 29.04.1972
- (32) GSCHWEND N. (29.05.1972) Protokoll der ARO-Sitzung, Baden-Baden, den 29.04.1972, 1
- (33) GSCHWEND N. (27.01.1995) Interview
- (34) GSCHWEND N. Dokumentationsbogen »PCP-Untersuchungsschema – altes Schema«, 1–3
- (35) GSCHWEND N. Dokumentationsbogen »PCP-Untersuchungsschema – neues Schema«, 1–5
- (36) GSCHWEND N. (1967) Die operative Behandlung der progressiv-chronischen Polyarthritis, eine dankbare Aufgabe der modernen Orthopädie, Schweiz Med Wochenschr 17: 97(24): 786–788
- (37) GSCHWEND N. (1967) Die operative Behandlung der progressiv chronischen Polyarthritis, Ther Umsch: 24(4): 154–160
- (38) GSCHWEND N. (1967)
  Die unheilbaren rheumatischen Leiden werden immer häufiger heilbar, Ars Medici 7: 461–462
- (39) GSCHWEND N. Programm des Symposiums Ȇber die operative Rehabilitation bei der rheumatoiden Arthritis« in Zürich vom 30.11.bis 02.12.1972
- (40) GSCHWEND N. Vorwort des Programms des Symposiums Ȇber die operative Rehabilitation bei der rheumatoiden Arthritis« in Zürich vom 30.11.bis 02.12.1972

- (41) GSCHWEND N. (1973) Rheumatische Erkrankungen, In: Sonderdruck aus Chirurgie der Gegenwart, Hrsg. ZENKER R., DEUCHER F., SCHINK W., Urban & Schwarzenberg, München, 5: 2–38
- (42) GSCHWEND N. (1977) Die operative Behandlung der chronischen Polyarthritis. Thieme Verlag, Stuttgart, 2. Auflage,
- (43) GSCHWEND N. (1981) Die Ellenbogensynovekomie: Operationstechnik und Ergebnisse, Akt Rheumatol 1981; 6: 49–53
- (44) GSCHWEND N. (1981) Ergebnisse der Ellenbogensynovektomie, Orthopäde 1981 Sept; 10: 338–339
- (45) GSCHWEND N., BISCHOF A. (1991) Clinical experiences in arthroplasty according to Neer, J Ortho Rheumatol 1991; 4: 135–143
- (46) GSCHWEND N. (1993) Moderne Rheumachirurgie: Chancen, Gefahren, Ergebnisse, Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 82(13): 377–385
- (47) GSCHWEND N. (1994) Komplikationen der Schultergelenkarthroplastik und Behandlungsmöglichkeiten, Aktuelle Rheumatologie 19: 161–170
- (48) HAGENA F.-W. (11.07.1979) Protokoll der Arbeitssitzung der ARO in Wien, den 12.06.1979
- (49) HAGENA F.-W. (24.07.1980) Protokoll der Arbeitssitzung der ARO in Oslo vom 03.07.1980
- (50) HAGENA F.-W. (24.07.1980) Protokoll der Arbeitssitzung der ARO in Oslo vom 03.07.1980, 1
- (51) HAGENA F.-W. (24.07.1980) Protokoll der Arbeitssitzung der ARO in Oslo vom 03.07.1980, 4
- (52) HAGENA F.-W. Protokoll der außerordentlichen ARO-Sitzung in Konstanz, den 03.10.1980
- (53) HAGENA F.-W. (25.05.1993) Protokoll der Vorstandssitzung in Baden-Baden, den 30.04.1993
- (54) HAGENA F.-W.
  (25.05.1993) Protokoll der ordentlichen Mitgliederversammlung in Baden-Baden, den 30.04.1993
- (55) HAGENA F.-W. (04.07.1994) Protokoll der Vorstandssitzung und Beiratssitzung in Wiesbaden, den 12.05.1994
- (56) HAGENA F.-W. (04.07.1994) Protokoll der ordentlichen Mitgliederversammlung in Wiesbaden, den 12.05.1994
- (57) HAGENA F.-W. (1987) Aktuelle Rheumatologie 12(1): 1
- (58) HAGENA F.-W., ZWINGERS Th., SCHATTENKIRCHNER M., BRACKER W. (1989)
  Die ARO-Dokumentation am Beispiel der Ellbogen-Synovektomien, in: Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie Das rheumatische Ellbogengelenk, Hrsg. WESSINGHAGE D., ZACHER J., WESELOH G., Huber , Bern, 37: 107–120
- (59) HOFER H. Dokumentationsbogen »PCP-Spezialuntersuchungsbogen für das Kniegelenk«
- (60) HOFER H.
  Protokoll der ARO-Sitzung in Baden bei Wien, den 23.06.1973
- (61) HOFER H. (17.09.1979) Rundschreiben an alle ARO-Mitglieder

- (62) HOFER H. (12.02.1981) Rundschreiben an alle ARO-Mitglieder
- (63) JÄGER M. (1972) Die operative Behandlung der progressiven cP, Krankengym 24: 313–326
- (64) JAKUBOWSKI S. (1967) Synovectomy in Rheumatoid Arthritis. In: Synovectomy and Arthroplasty in Rheumatoid Arthritis, Hrsg. CHAP-CHAL G., Thieme Verlag, Stuttgart, 4-13
- (65) JAKUBOWSKI S. (1973) Synovektomie des oberen Sprunggelenkes, Orthopäde 2: 79–80
- (66) JANI L. Protokoll der ARO-Sitzung in Zürich, den 2.12.1972
- (67) JANI L. (29.09.1974) Protokoll der Sitzung des ARO in Baden-Baden, den 13.09.1974
- (68) JANI L. Manuskript »Produktion Burg Reichenstein«
- (69) KONIG G. Dokumentationsbogen »2. Stammbogen, Erhebungsbogen Bewegungsapparat«
- (70) KÖNIG G. (23.10.1971) Sitzungsprotokoll des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie in Bonn, den 20.09.1971
- (71) KÖNIG G. (23.10.1971) Sitzungsprotokoll des Arbeitskreises für Rheuma-Orthopädie in Bonn, den 20.09.1971, Seite 1
- (72) KÖNIG G. (1980) Zur operativen Behandlung entzündlich-rheumatischer Gelenkerkrankungen, Internistische Welt 2: 67–74
- (73) KROH F. (1950)
  Die totale und subtotale Synovektomie bei chronischen Synovitiden und generalisierter Chondromatose, Chirurg 21(1): 1–10
- (74) KROH F. (1953) Die chirurgische Behandlung chronischer Synovitiden, Med Klink 48: 1395–1401
- (75) LAINE V. (1969) Early synovectomy in R. A., Ann Rev Med 18: 173–184
- (76) LAINE V., VANIO K. (1965) Möglichkeiten, Begrenzungen und Aussichten der chirurgischen Behandlung des entzündlichen Rheumatismus, Z. Rheumatol 24: 81–90
- (77) LANDGRAF F. (27.05.1983) Brief an NEUMANN – Stellungnahme zur Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft für Rheuma-Orthopädie
- (78) LARSON A., DALE K., EEK M. (1977) Radiographic Evaluation of Rheumatoid Arthritis and Related Conditions by Standard Reference Films, Acta Radiol. Diagn. 18: 481-491
- (79) MANNERFELT L., MALMSTEN M. (1971) Arthrodesis of the wrist in rheumatoid arthritis, Scand J Plast Reconstr Surg 5: 124–130
- (80) MANNERFELT L. (1973) Handgelenksarthrodese, Orthopäde 1973; 2: 31–32
- (81) MANNERFELT L (1973) Sehnenruptur im Bereiche der Hand bei chronischer Polyarthritis. Orthopäde 2: 53–54
- (82) MANNERFELT L. (32.12.1980) Brief an die Mitglieder der Programmkommission

- (83) MAU H., RÖSSLER H. (28.11.1970) Rundschreiben der DGOT »Zur Gründung von Arbeitskreisen«
- (84) MAU H., RÖSSLER H. (28.11.1970) Rundschreiben der DGOT »Zur Gründung von Arbeitskreisen«, 1
- (85) MAU H., RÖSSLER H. (28.11.1970) Rundschreiben der DGOT »Zur Gründung von Arbeitskreisen«, 2
- (86) MEULI Ch. (09.7.1992) Bericht des Obmanns der ARO über die Amtsperiode 1990 – 1992 auf der Sektionsbeiratssitzung in Wien, 23.05,92
- (87) MEULI Ch., (09.7.1992), Bericht des Obmanns der ARO über die Amtsperiode 1990 – 1992 auf der Sektionsbeiratssitzung in Wien, 23,05,92, Seite 1
- (88) MIEHLKE R. Jahresberichte 1992 bis 1997 der Sektion »Assoziation f
  ür Orthopädische Rheumatologie«
- (89) MIEHLKE R. Jahresbericht 1992 der Sektion »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«, 2
- (90) MIEHLKE K., MIEHLKE R. (1970) Der Verlauf der chronischen Polyarthritis nach Synovialektomie. Therapiewoche 18:770–776
- (91) MOHING W. (06.12.1994) Interview
- (92) MOHING W. (1951) Zur Frühdiagnose der Spondylitis ankylopoetica. Med Klinik 46: 565–567
- (93) MOHING W. (1959) Die Versorgungsärztliche Beurteilung der Bechterew'schen Krankheit. Z f Orthop 91: 66–78
- (94) MOHING W.(1968)
  Die Stellung der Synovektomie in der Behandlung chronisch-entzündlicher und degenerativer Gelenkerkrankungen, Z f Ortho 104(1): 82–106
- (95) MOHING W. (1968) Operative Behandlung – Synovektomie bei primär chronischer Polyarthritis. Therapiewoche 3: 132–137
- (96) MOHING W. (1971) Präventive Eingriffe bei chronischem Gelenkrheumatismus. Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen 52: 3445-3452
- (97) MOHING W. (1972) Zur operativen Behandlung rheumatischer Gelenkerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühsynovialektomie. Fortschr Med 17; 90: 796–800
- (98) MOHING W. (1973) Die Synovektomie des Hüftgelenkes. Orthopäde 2: 77–78
- (99) MOHING W. et al. (1978) Langzeitergebnisse bei chronischer Polyarthritis. In: Synovektomie-Synoviorthese, Eular-Verlag, Basel, 48
- (100) MOHING W. (1979)
  Operative Möglichkeiten bei der Behandlung chronischer Gelenkentzündungen. Med Welt 45: 1682–1686
- (101) NEUMANN R. (23,03.1982) Rundschreiben an die Mitglieder des Arbeitskreises
- (102) NEUMANN R. (18.11.1982) Protokoll-Bericht der administrativen Sitzung der ARO in Basel, den 8.10.1982

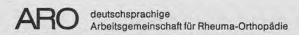
- (103) NEUMANN R. (13,12,1983) Sitzungsprotokoll der außerordentlichen Mitgliederversammlung in Essen, den 22,09,1983
- (104) NEUMANN R. (30.12.1986) Bericht über die administrative Sitzung der ARO in Freiburg, den 03.10.1986
- (105) NEUMANN R. (30.12.1986) Bericht über die administrative Sitzung der ARO in Freiburg, den 03.10.1986, 1
- (106) NEUMANN R. (30.12.1986), Bericht über die administrative Sitzung der ARO in Freiburg, den 03.10.1986, 2
- (107) NEUMANN R. (11.07.1988) Rundschreiben an die Mitglieder des Arbeitskreises
- (108) NEUMANN R. (11.07.1988), Rundschreiben an die Mitglieder des Arbeitskreises, Seite 1
- (109) NEUMANN R. (11.07.1988) Protokoll des Sektionsbeiratssitzung in Bad Abbach, den 11.05.1988
- (110) NEUMANN R. (11.07.1988) Protokoll des Sektionsbeiratssitzung in Bad Abbach, den 11.05.1988, 1
- (111) NEUMANN R. (19.09.1988) Bericht über die außerordentliche administrative Sitzung des Sektionsbeirates in Aachen, 14.09.1988
- (112) NEUMANN R. (19.09.1988) Bericht über die außerordentliche administrative Sitzung des Sektionsbeirates in Aachen, 14.09.1988, Seite 1
- (113) NEUMANN R. (07.08.1989) Protokoll der administrativen Sitzung des Sektionsbeirates der ARO in Baden-Baden, den 29.04.1989
- (114) NEUMANN R. (31.05.1990), Protokoll der ordentlichen administrativen Sitzung des Sektionsbeirates der ARO, Interlaken, den 18.05.90
- (115) NEUMANN R. (31.05.1990), Protokoll der ordentlichen administrativen Sitzung des Sektionsbeirates der ARO, Interlaken, den 18.05.90, Seite 2
- (116) OTTE P. Manuskript des Vortrags »Orthopädische Rheumatologie (Rheuma-Orthopädie) – Definition aus der Sicht des Orthopäden«, gehalten im November 1978 auf einer Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie in Bad Pyrmont
- (117) OTTE P. Manuskript des Vortrags »Orthopädische Rheumatologie (Rheuma-Orthopädie) – Definition aus der Sicht des Orthopäden«, gehalten im November 1978 auf einer Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Fachätzte für Orthopädie in Bad Pyrmont, Seite 1
- (118) OTTE P, WAGENHÄUSER F.J. Tagungsführer des Deutsch-Schweizerischen Rheumatologen-Kongresses in Konstanz, 01. – 04.10.1980
- (119) PAHLE J. (1973) Synovektomie des Schultergelenkes, Orthopäde 2: 70–72
- (120) PAHLE J., RAUNIO P., HAMALAINEN M. (1975) Synovectomy of rheumatoid joints, Scand J Rheuma Suppl 12: 153–154
- (121) RAUNIO P., JAKOB R. (1973) Die Ellenbogenarthroplastik in der rheumatoiden Arthritis, Orthopäde 2: 102–104

- (122) RÖSSLER H. (06.10.1970) Brief an N. GSCHWEND
- (123) SALZMANN G. Protokoll der Vorstandssitzung und Beiratssitzung in Wiesbaden, den 15.10.1994
- (124) SCHWÄGERL W. (09.07,1992), Bericht über die ARO-Tagung 1992 in Wien, den 23.05.1992
- (125) SCHWÄGERL W. (1970) Bisherige Eindrücke mit der Hüftsynovektomie, Beitr Orthop Traumatol 17: 766–767
- (126) SCHWÄGERL W., CZURDA R. (1974) Vergleichende röntgenologische und intraoperative Untersuchungen bei der Frühsynovek-tomie, Z. Rheumatol. 33, 327
- (127) STELLBRINK G. (1971) Chirurgische Behandlung rheumatisch-entzündlicher Gelenkerkrankungen. Therapiewoche 10: 787–793
- (128) STELLBRINK G. (1971) Synovektomien an der oberen Extremität, Indikation und Ergebnisse, Beitr Orthop Traumatol 18: 117–128
- (129) SWANSON, A. B. (1973) Flexible implant resection arthroplasty in the hand and extremities. C.V. Mosby Co., Saint Louis
- (130) THABE H., TILLMANN K. (1983) Spätergebnisse von Resektionsarthroplastiken der oberen Extremität bei chronischer Polyarthritis im Vergleich zur Alloarthroplastik. Orthop Praxis 19: 662
- (131) TILLMANN K. Protokoll der ARO-Dokumentationssitzung in Bad Bramstedt, 4.4.1974 Med service 1–3/75, Beil. »Kurz und Gut«, Byk Gulden, Konstanz
- (132) TILLMANN K. (02.07.1979) Brief an BUCK-GRAMCKO
- (133) TILLMANN K. (06.07.1981) Brief an die Mitglieder der Statutenkommission des Arbeitskreises
- (134) TILLMANN K. (21.12.1981) Rundschreiben an die Mitglieder der Statutenkommission des Arbeitskreises
- (135) TILLMANN K. (21.12,1981) Rundschreiben an die Mitglieder der Statutenkommission des Arbeitskreises, 1–2.
- (136) TILLMANN K.
  (20.09.1982) Rundschreiben an die ordentlichen Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Rheuma-Orthopädie Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- (137) TILLMANN K., (20.09.1982) Rundschreiben an die ordentlichen Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Rheuma-Orthopädie – Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT), Seite 1
- (138) TILLMANN K.
  (20.09.1982) Rundschreiben an die ordentlichen Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Rheuma-Orthopädie Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT), Seite 2
- (139) TILLMANN K. (27.09.1983) Brief an die Statutenkommission, Kassenwart und Schriftführer der ARO
- (140) TILLMANN K. (15.12.1994) Interview
- (141) TILLMANN K. Dokumentationsbogen »Dokumentation ARO – Entwurf Stammbogen«, 1–2

- (142) TILLMANN K.
  Dokumentationsbogen »2. Stammbogen, Funktionsprüfung des Bewegungsapparates«
- (143) TILLMANN K. (1973) Synovektomie. Therapiewoche 23: 2237–2246
- (144) TILLMANN K. (1973) Vorfußkorrektur. Orthopäde 2: 99–100
- (145) TILLMANN K. (1975) Operative Therapic rheumatischer Erkrankungen, Med Welt 26: 2051–2055
- (146) TILLMANN K. (1977) Der rheumatische Fuß und seine Behandlung, F. Enke Verlag, Stuttgart, Bd 18
- (147) VANIO K. (1966) Indications and Contraindications for Surgery in Rheumatoid Arthritis. Rheumatism 22: 10–15
- (148) VANIO K. (1967) Arthroplasty of the Elbow and Hand in Rheumatoid Arthritis, In: Synovectomy and Arthroplasty in Rheumatoid Arthritis, Hrsg. CHAPCHAL G., Thieme-Verlag, Stuttgart, 66–70
- (149) VANIO K. (1970) Eingriffe am rheumatischen Schulter- und Ellbogengelenk. Therapiewoche 17:727–731
- (150) WESSINGHAGE D. (1982) Synovektomie bei chronischer Polyarthritis, Dtsch Med Wschr 107: 231–235
- (151) WESSINGHAGE D., MIEHLKE R. (1974) Die chronische Polyarthritis, Ergebn Inn Med Kinderheilk 36: 97–176
- (152) WESSINGHAGE D., ZACHER J., WESELOH G. (1989) Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie – Das rheumatische Ellbogengelenk, Huber. Verlag, Bern, Bd 37
- (153) WIEDMER U. Einladung zum Ärztesymposium in Bad Ragaz, 1984
- (154) ZIPPEL J. Protokoll der ARO-Sitzung in Aachen, den 19.09.1973

#### 16. Anhang

#### 16.1. Geschäftsordnung 1985



6. Februar 1984

GESCHÄFTSORDNUNG DER ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR RHEUMAORTHOPÄDIE (ARO) – SEKTION DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE (DGOT)

#### § 1 Definition und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

Die "Arbeitsgemeinschaft für Rheumaorthopädie" (ARO) - Sektion der "Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie" (DGOT) dient unmittelbar und ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Sie setzt sich zum Ziel, diesen Zweig der Orthopädie zu erforschen und zu fördern. Sie strebt einen engen Kontakt zur Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie sowie zu rheumaorthopädischen Vereinigungen anderer Länder an.

Sie will den ärztlichen Nachwuchs im Gebiet der Rheumaorthopädie fördern und hat die Aufgabe, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) über die jeweiligen Fortschritte auf dem Gebiet zu orientieren.

Ihre Zwecke will die Arbeitsgemeinschaft durch Sammlung wissenschaflicher Erkenntnisse, die jedes auf dem Gebiet der Rheumatologie tätige Mitglied erwirbt, verwirklichen.

Die Verbreiterung dieser Erkenntnisse zum Nutzen der Allgemeinheit soll vor allem in einer in zweijährigem Abstand abzuhaltenden Klausur-Tagung und durch Publikation der gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse in geeigneten und anerkannten orthopädischen bzw. rheumatologischen wissenschaftlichen Zeitschriften erfolgen.

#### § 2 Mitgliedschaft

Die Arbeitsgemeinschaft steht entsprechend den nachfolgenden Kriterien der Mitgliedschaft rheumaorthopädisch interessierten Ärzten offen, die über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der ARO ist die Mitgliedschaft in der DGOT.

Über Neu-Aufnahmen entscheidet die Versammlung des Sektionsbeirates bei der alle zwei Jahre stattfindenden Klausur-Tagung.

Die Mitgliedschaft umfaßt

- a) ordentliche Mitglieder
- b) korrespondierende Mitglieder

- 2 -

ordentliches Mitglieder Arbeitsgemeinschaft zu unterstützen und entsprechendes Interesse an der Rheumaorthopädie zeigt. Die ordentlichen Mitglieder sind beitragspflichtig (siehe § 6), jedoch nicht stimmberechtigt.
 Während der ordentlichen Mitgliedschaft können Sie, falls beabsichtigt, durch wissenschaftliche und praktische Mitarbeit, z.B. bei gemeinsamen Projekten und in Kommissionen ihre Bereitschaft und Eignung für die Mitgliedschaft im Sektionsbeirat beweisen.
 Die Aufnahmeanträge müssen vom Schriftführer mindestens 4 Wochen vor der jeweiligen Mitgliederversammlung (Klausur-Tagung) den Mitgliedern des Sektionsbeirates namentlich unter Benennung von drei Bürgen (Beiratsmitglieder) mitgeteilt werden.
 Die Aufnahme erfolgt bei Abstimmung ohne Gegenstimme.

b) korrespondieren de Mitglieder können Angehörige anderer Fachdisziplinen werden. Sie werden auf Vorschlag eines oder mehrerer Mitglieder des Sektionsbeirats auf der nachfolgenden Versammlung mit Zustimmung ohne Gegenstimme gewählt. Korrespondierende Mitglieder sind Persönlichkeiten, die in engem Kontakt mit der ARO stehen und sich besondere Verdienste um die Rheumaorthopädie erworben haben. Sie sind nicht stimmberechtigt und von einer Zahlung des Sektionsbeitrags frei.

Alle Wahlen erfolgen in geheimer Abstimmung.

§ 3a) Der Sektionsbeirat setzt sich zusammen aus einer begrenzten Zahl von Rheumaorthopäden aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und einigen international anerkannten Rheumaorthopäden aus anderen Ländern, die der deutschen Sprache mächtig sind und dank ihrer einschlägigen Erfahrungen die Ziele der ARO entscheidend fördern können. Die Mitglieder des Sektionsbeirats sollen durch ihre langjährige Tätigkeit überdurchschniftliche Kenntnisse auf diesem Spezialgebiet besitzen, die Gewähr dafür bieten, sich weiterhin hierin zu betätigen und während ihrer mehrjährigen Zugehörigkeit zur Arbeitsgemeinschaft (ggf. als ordentliches Mitglied) ihre Qualifikation unter Beweis gestellt haben.

Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Sektionsbeirat ist ein klinisch und wissenschaftlich untadeliger Ruf. Die Mitglieder des Sektionsbeirates sind verpflichtet zu einer aktiven MItarbeit an den Tagungen. Die Mitgliedschaft im Sektionsbeirat kann nicht auf Antrag, sondern nur nach Vorschlag von drei Mitgliedern des Beirates erworben werden. Die an den Schriftführer zu richtenden Aufnahmevorschläge müssen allen Beiratsmitgliedern 4 Wochen vor der nächsten, an den Klausur-Tagungen stattfindenden Versammlungen des Sektionsbeirats mitgeteilt werden, damit sie ggf. schriftliche Einwände erheben können. Die Aufnahme erfolgt auf der nächsten Versammlung mit Einstimmigkeit der anwesenden Beiratsmitglieder. Die Mitgliedschaft des Sektionsbeirats ist limitiert (max. 50). Die Beiratsmitglieder sind stimmberechtigt und wählen aus ihren Reihen den Vorstand.

#### § 3b) Vorstand

Die Arbeitsgemeinschaft wird von einem Obmann geleitet. Er wird für 2 Jahre mit einfacher Mehrheit auf der Klausur-Tagung durch die Mitglieder des Sektionsbeirats gewählt. Die Wiederwahl des Obmannes in direkter Folge ist nur einmal möglich, schließt aber eine Wiederwahl zu späteren Zeitpunkten nicht aus.

Die Neuwahl eines neuen Obmannes erfolgt mit dem Ausscheiden des bisherigen. Nach der Neuwahl wird der bisherige Obmann Vizeobmann.

Der Obmann leitet die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft und ist Verbindungsmann zu DGOT und ERASS. Er realisiert die Beschlüsse der ARO und aktiviert deren Arbeit. Er organisiert erforderlichenfalls zusätzliche Treffen der ARO-Mitglieder. Ein Vorstandsmitglied der ARO, das gleichzeitig DGOT-Mitglied ist, soll außerdem dem Beirat der DGOT angehören.

Der Vorstand setzt sich zusammen aus dem Obmann, dem Vizeobmann, dem Schriftführer und dem Kassenwart. Der Schriftführer und der Kassenwart werden auf vier Jahre gewählt . Ihre Wiederwahl ist möglich.

Dem Vorstand gehört auch der Leiter der jeweiligen Klausur-Tagung an.

#### § 4 Tagungen

Die Klausur-Tagung der Arbeitsgemeinschaft wird alternierend zu den Tagungen der European Rheumatoid Arthritis Surgical Society (ERASS) in zweijährigem Turnus durchgeführt.

Termin, Tagungsort und Themen werden von den Mitgliedern des Sektionsbeirates bestimmt. Der Tagungsort muß mit dem Sitz des Obmannes nicht identisch sein. Die Durchführung der Klausur-Tagung obliegt dem Leiter der Tagung, der von den Beiratsmitgliedern während der Mitgliederversammlung auf der Klausur-Tagung gewählt wird.

Er wird in seiner Arbeit von den übrigen Vorstandsmitgliedern beraten und unterstützt.

Innerhalb der für alle Mitglieder offenen Klausur-Tagung wird eine administrative Sitzung der Mitglieder des Sektionsbeirats der Arbeitsgemeinschaft abgehalten. Es sollen dabei die Wahl des Tagungsortes und der Themen der nächsten Tagung sowie die Besprechung organisatorischer Probleme stattfinden. Daneben sollen fachliche Fragen besprochen werden, die infölge ihrer Problematik für eine öffentliche Diskussion noch nicht geeignet erscheinen. Die Tagungsordnungspunkte werden den Beiratsmitgliedern 4 Wochen vor der jeweiligen Sitzung schriftlich mitgeteilt.

#### § 5 Austritt und Ausschluß

Ein Austritt kann jederzeit erklärt werden. Bereits bezahlte Beiträge für das laufende Kalenderjahr, in dem der Austritt mitgeteilt worden ist, können nicht zurückerstattet werden. Wenn ein Mitglied das Ansehen der Arbeitsgemeinschaft geschädigt, die bürgerlichen Ehrenrechte verloren oder eine Ärztekammer ihm die Approbation entzogen hat, kann nach geheimer Abstimmung mittels Stimmzettel ein Ausschluß mit 2/3-Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder erfolgen. Der Antrag zum Ausschluß erfolgt über den Vorstand. Eine Beratung über einen Ausschluß findet für Mitglieder des Sektionsbeirates nach zweimaligem unentschuldigtem Fortbleiben von den turnusmäßigen Tagungen der ARO oder - wie auch für alle ordentlichen Mitglieder bei zweijährigem Rückstand in der Beitragszahlung trotz jeweils zweifacher Mahnung statt.

#### § 6 Beitrag für die Mitgliedschaft in der Sektion

Die Beitragspflicht für die Mitgliedschaft in der DGOT regelt sich nach der Satzung der DGOT. Die Mitglieschaft in der ARO erfordert einen zusätzlich zweckgebundenen Sektionsbeitrag. Die Sektionsbeiträge sollen zur Durchführung der Organisation der Arbeitsgemeinschaft einschließlich ihrer internationalen Verpflichtungen verwendet werden. Über die jeweilige Höhe des Sektionsbeitrages bestimmt die Sektionsbeirat-Versammlung mit einfacher Mehrheit.

Der Sektionsbeitrag wird zunächst auf DM 50.00 jährlich festgesetzt.

Auf Antrag können langjährige Mitglieder durch den Vorstand von der Zahlung des Sektionsbeitrags befreit werden, wenn sie insbesondere wegen Erreichung der Altersgrenze oder aus Gesundheitsgründen aus ihrem Arbeitsbereich ausscheiden.

Mitglieder aus einem nicht- deutschsprachigen Land können auf Antrag von der Beitragszahlung zur DGOT befreit werden.

Die Arbeitsgemeinschaft arbeitet uneigennützig; sie erstrebt keinen Gewinn. Etwaige Überschüsse dürfen nur für die satzungsgemäßen Ziele verwendet werden. Mitglieder dürfen in ihrer Eigenschaft als Mitglieder keine Zuwendung aus Mitteln der Arbeitsgemeinschaft erhalten. Die Mitglieder haben bei Ausscheiden oder Ausschlüssen aus der Arbeitsgemeinschaft keinen Anspruch auf deren Vermögen.

Die Arbeitsgemeinschaft darf keine Personen durch Verwaltungsausgaben, die dem Zweck der Arbeitsgemeinschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigen.

Die Sektionsbeiträge werden vom Schatzmeister der DGOT zweckgebunden für die ARO verwaltet. Er wird dabei vom Kassenwart der Sektion unterstützt.

#### § 7 Rücklagen

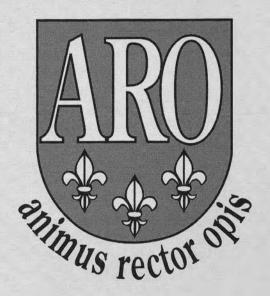
Bei Auflösung der Sektion fallen angesammelte Sektionsbeiträge an das Gesamtvermögen der DGOT zurück.

#### § 8 Änderung der Geschäftsordnung

Vorschläge zur Änderung der Geschäftsordnung sind den Mitgliedern des Sektionsbeirates über den Schriftführer 4 Wochen vor der nächsten beschlossenen Versammlung mitzuteilen. Die Genehmigung der Änderung bedarf einer 2/3-Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Sektionsbeirates.

Anträge, die eine Änderung des Zwecks der Arbeitsgemeinschaft betreffen, erfordern eine 4/5-Mehrheit. Die Einladung zu außerordentlichen Sitzungen hat 4 Wochen vor dem Termin schriftlich durch den Schriftführer zu erfolgen. Etwaige Änderungen sind im Einvernehmen mit dem Vorstand der DGOT zu treffen.

# Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.



**SATZUNG** 

## Satzung

## der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V.

#### § 1 Name und Sitz des Vereins

- (1) Der Verein führt den Namen »Assoziation für Orthopädische Rheumatologie«. Er ist Rechtsnachfolger der Arbeitsgemeinschaft für Rheumaorthopädie. Er behält als Abkürzung die bisher verwendeten Initialen »ARO« bei.
- (2) Der Verein versteht sich als Assoziation von Angehörigen deutschsprachiger Länder und deutschsprachigen Angehörigen anderer Länder, steht aber auch nicht deutschsprachigen Interessenten offen.
- (3) Der Verein ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V. gemäß §16 der Satzung dieser Gesellschaft.
- (4) Der Verein soll im Vereinsregister eingetragen werden.
- (5) Sitz des Vereins ist Wiesbaden.

#### § 2 Zweck des Vereins

- (1) Aufgabe des Vereins ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der orthopädischen Rheumatologie in Forschung, Lehre und Krankenversorgung, einschließlich der Rehabilitation bei orthopädisch-rheumatologischen Krankheitsbildern.
- (2) Weitere Zwecke des Vereins sind:
  - a) der Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen,
  - b) die Förderung der orthopädisch-rheumatologischen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung,

- c) der wissenschaftliche Austausch mit medizinischen, in- und ausländischen Fachgesellschaften,
- d) die Zusammenarbeit mit fachlich nahestehenden Berufen,
- e) die Ehrung von Personen, die sich um die Wissenschaft im Bereich der orthopädischen Rheumatologie verdient gemacht haben,
- f) die Auszeichnung herausragender wissenschaftlicher Arbeiten auf diesem Gebiet und
- g) die Förderung von Forschungsvorhaben im Bereich der orthopädischen Rheumatologie.
- (3) Der Verein versteht sich als zuständig in Fachfragen und wissenschaftlichen Fragen der rheumatologischen Orthopädie gegenüber der Ärzteschaft und Öffentlichkeit und damit als Ansprechpartner anderer Vereinigungen und Verbände sowie von Institutionen und Behörden.
- (4) Der Verein veranstaltet mindestens alle zwei Jahre eine wissenschaftliche Tagung.
- (5) Der Verein nimmt seine Informationspflicht gegenüber den Mitgliedern durch ein Mitteilungsblatt bzw. Rundschreiben wahr.

#### § 3 Gemeinnützigkeit

- (1) Der Verein verfolgt selbstlos, ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinn des Abschnitts »steuerbegünstigte Zwecke« der Abgabenordnung. Die Mittel des Vereins werden nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet.
- (2) Die Mittel des Vereins umfassen alle Einnahmen und Spenden. Es werden keine eigenwirtschaftlichen Zwecke verfolgt.
- (3) Die Mitglieder des Vereins erhalten in ihrer Eigenschaft als Mitglieder keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.
- (4) Der Verein darf niemanden durch zweckfremde Ausgaben und unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigen.

#### § 4 Mitglieder des Vereins

- (1) Ordentliche Mitglieder können alle zur Berufsausübung zugelassenen Ärzte werden, die an der orthopädischen Rheumatologie interessiert sind. Sie besitzen das aktive und passive Wahlrecht.
- (2) Außerordentliche Mitglieder können Angehörige anderer akademischer Berufe werden, die an den Zielsetzungen des Vereins interessiert sind. Sie sind stimmberechtigt, aber nicht wählbar.
- (3) Fördernde Mitglieder können Einzelpersonen oder juristische Personen werden, die den Verein in geeigneter Weise unterstützen und fördern wollen. Sie sind weder stimmberechtigt noch wählbar.
- (4) Kooperative Mitglieder können Institutionen werden, die an einer aktiven Zusammenarbeit mit der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie interessiert sind. Sie sind weder stimmberechtigt noch wählbar.
- (5) Zu korrespondierenden Mitgliedern können Persönlichkeiten aus nicht deutschsprachigen Ländern ernannt werden. Korrespondierende Mitglieder sind nicht stimmberechtigt.
- (6) Zu Ehrenmitgliedern können Persönlichkeiten ernannt werden, die sich besonders um den Bereich der orthopädischen Rheumatologie verdient gemacht haben. Ehrenmitglieder sind nicht stimmberechtigt.
- (7) Ordentliche Mitglieder des Vereins müssen entweder Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V. oder ihrer eigenen nationalen orthopädischen Gesellschaft sein.

#### § 5 Aufnahme, Ernennung, Austritt und Ausschluß

(1) Anträge für die Aufnahme als ordentliches oder außerordentliches Mitglied in den Verein können jederzeit auf einem Formular gestellt werden, das beim Schriftführer anzufordern ist. Es ist vollständig mit Bürgschaftserklärungen von drei Vorstandsangehörigen beim Schriftführer einzureichen.

- (2) Antragsteller werden namentlich im Mitteilungsblatt oder in einem Rundschreiben aufgeführt. Falls bis vier Wochen nach der Veröffentlichung kein Einspruch erfolgt, entscheidet der Vorstand über die Aufnahme. Einspruch gegen die Aufnahme kann bis vier Wochen nach Bekanntgabe mit eingehender schriftlicher Begründung geltend gemacht werden. In diesem Fall entscheidet der geschäftsführende Vorstand. Bei Ablehnung des Aufnahmegesuchs kann der Antragsteller binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheids Einspruch über den Schriftführer beim Vorstand einlegen. Dieser entscheidet endgültig.
- (3) Die Antragstellung auf fördernde oder korporative Mitgliedschaft erfolgt formlos an den Präsidenten. Über die Aufnahme entscheidet der geschäftsführende Vorstand.
- (4) Die Ernennung zum Ehrenmitglied oder zum korrespondierenden Mitglied erfogt auf Vorstandsbeschluß mit 3/4-Mehrheit der anwesenden Vorstandsmitglieder in geheimer Abstimmung.
- (5) Der Austritt aus dem Verein hat durch schriftliche Erklärung per Einschreiben mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende zu erfolgen.
- (6) Bei Verstoß eines Mitglieds gegen die Vereinsinteressen kann der geschäftsführende Vorstand nach Anhörung des Betroffenen das vorläufige Ruhen der Mitgliedschaft bis zur Entscheidung über einen Ausschluß des Mitglieds in der Mitgliederversammlung verfügen. Dem Betroffenen ist nach vorheriger schriftlicher Stellungnahme vor der Beschlußfassung in der Mitgliederversammlung Gelegenheit zur Rechtfertigung zu geben. Für den Ausschluß eines Mitglieds ist eine 2/3-Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten in der Mitgliederversammlung erforderlich.
- (7) Der Verlust der Zulassung zur Berufsausübung eines Mitglieds durch rechtskräftiges Urteil berechtigt den geschäftsführenden Vorstand, das vorläufige Ruhen der Mitgliedschaft ohne Anhörung des Betroffenen zu verfügen. Über den Ausschluß entscheidet die Mitgliederversammlung entsprechend § 5, Abs. (6) der Satzung.

#### § 6 Vereinsorgane

Die Vereinsorgane sind:

- (1) Der Vorstand, bestehend aus:
  - dem geschäftsführenden Vorstand und
  - dem Beirat
  - a) der geschäftsführende Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:
    - Präsident
    - Vizepräsident
    - Schriftführer
    - Kassenführer
    - Tagungsleiter
  - b) der Beirat besteht aus
    - ständigem Beirat und
    - gewähltem Beirat
- (2) Die Mitgliederversammlung

#### § 7 Der Vorstand

- (1) Die Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands sind der Vorstand des Vereins im Sinne des § 26 BGB. Außer dem Präsidenten und bei dessen Verhinderung dem Vizepräsidenten sind jeweils nur zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands gemeinsam vertretungsberechtigt, sofern nicht ein Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes vom Präsidenten ausdrücklich mit der Vertretung beauftragt wird.
- (2) Der Präsident vertritt als Vorsitzender des Vorstands alle Belange der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie und führt im Auftrag des Vorstands die Geschäfte des Vereins. Der Präsident wird von der Mitgliederversammlung für drei Jahre gewählt. Wiederwahl ist möglich. Mit Ablauf der Amtszeit wird der Präsident für weitere zwei Jahre Mitglied des ständigen Beirats.

- (3) Der Vizepräsident vertritt den Präsidenten und erfüllt in Absprache mit ihm besondere Aufgaben. Der Vizepräsident wird von der Mitgliederversammlung für drei Jahre gewählt. Wiederwahl ist möglich.
- (4) Der Schriftführer erledigt im Einvernehmen mit dem Präsidenten den notwendigen Schriftverkehr und organisatorische Aufgaben. Er fertigt von allen Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen des Vereins Protokolle an. Der Schriftführer ist Vertreter des Kassenführers. Der Schriftführer wird von der Mitgliederversammlung für vier Jahre gewählt. Wiederwahl ist möglich.
- (5) Der Kassenführer ist für die finanziellen Angelegenheiten des Vereins zuständig und diesbezüglich dem Vorstand und der Mitgliederversammlung gegenüber verantwortlich. Er hat der Mitgliederversammlung einen jährlichen geprüften Kassenbericht vorzulegen. Der Kassenführer ist Vertreter des Schriftführers. Der Kassenführer wird von der Mitgliederversammlung für vier Jahre gewählt. Wiederwahl ist möglich.
- (6) Der Tagungsleiter ist für die Vorbereitung und Durchführung der in seine Amtszeit fallenden wissenschaftlichen Tagung(en) zuständig. Der Tagungsleiter wird von der Mitgliederversammlung für zwei Jahre gewählt. Wiederwahl in Folge ist nicht möglich, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch nicht ausgeschlossen. Mit Ablauf der Amtszeit wird der Tagungsleiter für weitere zwei Jahre Mitglied des ständigen Beirats.
- (7) a) Der ständige Beirat besteht aus dem zuletzt ausgeschiedenen Präsidenten, dem zuletzt ausgeschiedenen Tagungsleiter und den Vorsitzenden der Kommissionen.
  - b) Der gewählte Beirat besteht aus zehn Mitgliedern, die von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Die Amtszeit beträgt zwei Jahre. Wiederwahl ist möglich.
- (8) Beiratsmitglieder, die wiederholt den Vorstandssitzungen unentschuldigt oder ohne zwingenden Grund fernbleiben, können auf der nächsten Mitgliederversammlung durch Neuwahl ersetzt werden.
- (9) Gemäß § 16, Abs. 4 der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V. berichtet der Präsident jährlich über die Aktivitäten der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie.

(10) Der Vorstand bestimmt aus seiner Mitte einen Vertreter, der nach § 16, Abs. 7 der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V. Sitz und Stimme im Beirat dieser Gesellschaft hat.

#### § 8 Die Mitgliederversammlung

- (1) Die Mitgliederversammlung findet in der Regel einmal jährlich statt. Sie wird über den Schriftführer vom Präsidenten einberufen und von ihm geleitet.
- (2) Die Einladung zur Mitgliederversammlung erfolgt schriftlich im Mitteilungsblatt oder durch Rundschreiben unter Angabe der Tagesordnung und der gestellten Anträge. Die Einladung zur Mitgliederversammlung ist den Mitgliedern mit einer Frist von vier Wochen vor der Versammlung zuzustellen.
- (3) Die Mitgliederversammlung beschließt über die vom Vorstand und von den übrigen Mitgliedern gestellten Anträge. Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung erfolgen, soweit die Satzung nichts anderes regelt, mit einfacher Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten. Über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung ist vom Schriftführer ein Protokoll zu führen, das vom Versammlungsleiter zu unterzeichnen ist.
- (4) Der Präsident, der Tagungsleiter und der Kassenführer erstatten der Mitgliederversammlung ihren Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr.
- (5) Nach Vortrag des geprüften Kassenberichts durch den Kassenführer wird durch mündliche Abstimmung in der Mitgliederversammlung über die Entlastung des Vorstands entschieden.
- (6) Ist ein Mitglied mit Beschlüssen des Vorstands nicht einverstanden, so kann es eine Entscheidung der Mitgliederversammlung beantragen.
- (7) Die Mitgliederversammlung vollzieht die Wahlen der Vorstandsmitglieder sowohl nach Vorschlägen des Vorstands als auch der stimmberechtigten Mitgliedschaft. Vorschläge müssen dem geschäftsführenden Vorstand mindestens vier Wochen vor der Mit-

gliederversammlung bekannt gemacht werden. Für die Wahlen gelten im einzelnen folgende Regelungen:

- a) Die Leitung der Wahlen übernimmt ein Wahlleiter. Ein Kandidat wird nach Vorschlag der Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit offen gewählt.
- b) Die Wahl der Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands erfolgt einzeln in der Reihenfolge: Präsident, Vizepräsident, Tagungsleiter, Schriftführer, Kassenführer und in geheimer Wahl. Für die Wahl des Präsidenten entscheidet die absolute Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Wird diese im ersten Wahlgang nicht erzielt, so erfolgt eine Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten, die die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das durch den Wahlleiter zu ziehende Los. Bei den übrigen Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands entscheidet für die jeweilige Wahl die einfache Mehrheit. Bei Stimmengleichheit erfolgt eine Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten mit den meisten Stimmen. Besteht weiterhin Stimmengleichheit, entscheidet das durch den Wahlleiter zu ziehende Los.
- c) Die Wahl der Mitglieder des Beirats erfolgt kumulativ und in geheimer Wahl. Die höchsten Stimmergebnisse führen zur Wahl auf die jeweils zu besetzenden Beiratsstellen. Besteht bei der letzten zu besetzenden Stelle Stimmgleichheit, entscheidet eine Stichwahl unter den Kandidaten, die gleiche Stimmzahl haben. Besteht weiterhin Stimmengleichheit, entscheidet das durch den Wahlleiter zu ziehende Los.
- (8) Eine außerodentliche Mitgliederversammlung kann durch den Präsidenten einberufen werden, wenn die Erledigung dringender Angelegenheiten dies erfordert. Ebenso hat der Präsident eine außerordentliche Mitgliederversammlung einzuberufen, wenn mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder dies unter Angabe der Gründe auf schriftlichem Weg verlangen. Die Einladung zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung hat mit einer Frist von vier Wochen vor dem Termin durch das Mitteilungsblatt oder durch Rundschreiben zu erfolgen.

#### § 9 Die Kommissionen

- (1) Der geschäftsführende Vorstand ist ermächtigt, in Absprache mit dem Beirat zur Bearbeitung besonderer Aufgaben Kommissionen zu berufen. In der Regel setzen sich diese aus 3 bis 5 Mitgliedern zusammen. Es besteht die Verpflichtung, die Zusammensetzung auf der nächsten Mitgliederversammlung bekanntzugeben.
- (2) Die Kommissionen bestimmen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden, der als Mitglied des ständigen Beirats für die Erfüllung der Aufgaben verantwortlich ist und mindestens jährlich schriftlich Bericht über die Kommissionsarbeit erstattet.
- (3) Der Einsatz einer Kommission ist auf zwei Jahre begrenzt. Danach ist eine Neuberufung für den Fall erforderlich, daß die Arbeit einer Kommission fortgesetzt werden soll.
- (4) Kommissionsvorsitzende sind berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben weitere Fachleute als Berater hinzuzuziehen.

#### § 10 Beiträge

- (1) Die Höhe des Jahresbeitrags wird vom Vorstand festgesetzt und bedarf der Bestätigung durch die Mitgliederversammlung.
- (2) Jedes ordentliche und außerordentliche Mitglied ist zur Zahlung des festgesetzten Jahresbeitrags verpflichtet. Die Beitragszahlung ist in den ersten drei Monaten eines Jahres fällig. Das Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.
- (3) Eine Befreiung von der Beitragszahlung oder eine Beitragsermäßigung kann auf schriftlichen Antrag über den Kassenführer an den geschäftsführenden Vorstand bei gegebener Begründung oder bei Erreichen des 65. Lebensjahrs und mindestens 10jähriger Mitgliedschaft erfolgen.
- (4) Die Mitgliedschaft erlischt, wenn ein Mitglied trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung mit der Beitragszahlung länger als ein Jahr im Rückstand bleibt. Der Wiedereintritt in den Verein kann jedoch erneut beim Schriftführer beantragt werden, wenn die rückständigen Beiträge entrichtet sind.

- (5) Fördernde Mitglieder setzen ihren Jahresbeitrag in Abstimmung mit dem Präsidenten selbst fest.
- (6) Korporative Mitglieder entrichten einen Jahresbeitrag gemäß gemeinsamer vertraglicher Regelung mit dem geschäftsführenden Vorstand.
- (7) Ehrenmitglieder und korrespondierende Mitglieder sind von der Beitragszahlung befreit.

#### § 11 Geschäftsjahr

- (1) Als zeitliche Grundlage für die Geschäftsführung gilt das Kalenderjahr.
- (2) Die Übernahme der Funktionen gemäß § 7 der Satzung erfolgt am 1. des auf die Wahl folgenden Monats.

#### § 12 Satzungsänderungen

- (1) Ein Antrag auf Abänderung der Satzung kann der Mitgliederversammlung nur zur Beschlußfassung vorgelegt werden, wenn er sechs Wochen zuvor dem Präsidenten von mindestens einem Zehntel der stimmberechtigten Mitglieder in schriftlicher Form vorliegt oder vom Vorstand vorgeschlagen wurde.
- (2) Eine Satzungsänderung wird rechtswirksam, wenn sie mit einer Mehrheit von 2/3 der zur Mitgliederversammlung erschienenen Mitglieder angenommen worden ist.
- (3) Zur Änderung des Zwecks des Vereins ist eine Zustimmung von 3/4 aller stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. Die Entscheidung der zur Mitgliederversammlung nicht erschienenen stimmberechtigten Mitglieder ist schriftlich einzuholen.

#### § 13 Auflösung des Vereins

- (1) Die Auflösung des Vereins kann nur in einer eigens zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung beschlossen werden.
- (2) Der Antrag hierzu kann nur gestellt werden, wenn er von sämtlichen Mitgliedern des Vorstands oder von mindestens der Hälfte der stimmberechtigten Vereinsmitglieder unterzeichnet dem Präsidenten vorliegt.
- (3) Ein rechtsgültiger Beschluß, den Verein aufzulösen, kann in der Mitgliederversammlung nur durch eine Mehrheit von 3/4 der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden.
- (4) Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Vermögen des Vereins dem Bundesverband der Deutschen Rheumaliga oder einer anderen als steuerlich gemeinnützig anerkannten Körperschaft zu, die es selbstlos, unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke zu verwenden hat.

Wiesbaden, den 18.9.1992

## Anamnesebogen Kniegelenk

Patienten Initialen   _   _   _   _   _   _   _   _   _				ler Erhebur		II <u>I</u>	n_
				46. 1	betroffene Seite e	intrage	
		Idi		nut ute	LINK		
1) BESCHWERDEN			RECHTS		Line	3	
Datum Beschwerdebeginn: (Mon/Jahr)		1_1	_11_		1_1_11	11	
Werschlimmerung: kontinuierlich	nei	in o	ja	0	nein O	ja	0
schubartig (pro Jahr)	1_3	3x	1-2X	ohne	3x   1-2	X   oh	ne
Schmerzstärke:  keine Schmerzen			ja 0	nein O .	ja O	ne 0	in
leichte Schmerzen, die die Tätigigkeit und/ den Schlaf nicht beeinträchtigen	oder		0	0	0	0	
Schmerzen, die normale Tätigkeiten und/oder den Schlaf beeinträchtigen			0	0	0	0	
starke Schmerzen, die eine normale Bewegung unmöglich machen			0	0	0	0	
2) Gehfähigkeit	nein	ja		3) GEH	HILFEN	nein	ja
unbegrenzt	0	0		kei	ne	ò	0
mehr als 1 Km oder mehr als 1 Std	0	0		1 0	ehstock außer Haus	0	0
bis 1 Km oder bis 1 Std	0	0		10	ehstock im Haus	0	0
bis 500 m oder bis 1/2 Std	0	0		2 G	ehstöcke außer Haus	0	0
bis 100 m oder bis 10 Min.	0	0		2 G	ehstöcke im Haus	0	0
nur im Haus	0	0		Unt	eramgehstützen	0	0
nicht gehfähig / Rollstuhl	0	0		Geh	wagen	0	0
3) TREPPENSTEIGEN	nein	ja		5) AUF	STEHEN VOM SITZEN	nein	j
normal	0	0		oh	ne Schwierigkeiten	0	0
jeweils nur 1 Stufe	0	0		mit	Schwierigkeiten	0	0
nur mit Geländer	0	0		nur	mit Hilfe der Arme	0	0
gar nicht oder nur mit bizarren Methoden	0	0		nic	ht möglich	0	0
							-
Bitte bei der Entlassung aus der Klinik und be	i einer	r Nach	intersu	chung ausf	üllen !		
Patientenbeurteilung der Operation:		ntliche		geringe rbesserung	gleich- bleibend ver	schlech	tert
Besserung der Schmerzen		0		0	0	0	
Verbesserung der Funktion		0		0	0	0	
Wiederholung der Operation? ja	0	ne	n O				
Postoperative Komplikationen nein (		ja O					
falls ja, bitte angeben:							

## Befundbogen Kniegelenk

Geschlecht:	männlich weiblic		er Erhebung	
deachiteche.		CHTS	LINKS	
L) HAUT	1 samueldank		atrophische   Efflore	
	Haut	zenzen	Haut   zezen	=
2) SCHWELLUNG:	keine   leicht   mi	ttel   stark	keine   leicht   mittel   star	k_l
3) ERGUSS:	n j falls punktiert	: 1 <u>1</u>   ml	n j falls punktiert:	1
	klar   flockig   bl	utig   eitrig	klar   flockig   blutig   eitr	rig
1) KREPITATION	nein   ja   tastb	ar   hörbar	nein   ja   tastbar   hörbar	=1
5) ÜBERWÄRMUNG:	nein O ja O		nein O ja O	
5) DRUCKSCHMERZ:	medialer Spalt	nein ja O O	medialer Spalt 0 0	
	lateraler Spalt	0 0	lateraler Spalt 0 0	
	Patella	0 0	Patella 0 0	
	Kniebeuge	0 0	Kniebeuge 0 0	
	diffus	0 0	diffus 0 0	
7) BAKERZYSTE	nein O ja O		nein O ja O	
	tral-Null-Methode)			
extension/Flexion:	aktiv:      /	1/1 1 1 1 1 1 1	aktiv:        /     /	10
	passiv:        / _	IN II.	passiv:        /     /	10
9) STABILITÄT: Mes	ssung in max. Streckung (n	eutral = 0°)		
Achse liegend	valgus/varus:  _	•	valgus/varus:  _ _ °	
Achsabweichung bei St	reß: medial   0-9°	10-30°   30°	0-9°   10-30°   30°	
	lateral   0-9°	10-30°   30°	0-9°   10-30°   30°	
Lachman-Zeichen (bei	20° Beugung)			
vorderes Kreuzi	band   0   elongiert	ohne Anschlag	0   elongiert   ohne Anschlag	
hinteres Kreuz	band   0   elongiert	ohne Anschlag	0   elongiert   ohne Anschlag	
10) UMPANGMASSE:				
Oberschenkel 20 cm	über Kniegelenkspalt	1_1_1 cm	cm	
Oberschenkel 10 cm		1 <u>1</u> 1 cm	cm	
Kniegelenk Patella	mitte	1_1 cm	1_1_t cm	
Unterschenkel 15 c	m unter Kniegelenkspalt	1_1_1 cm	1 <u>1</u> 1 cm	
11) BEINLÄNGE ( Sp	oina iliaca ant.sup Mal	1. lat.)	_  cm     _  cm	
L2) RÖNTGENBEFUND:				
(LARSEN-DALE-EE	(K)   0   I   II		0   I   II   III   IV   V	
Ankylose		nein ja 0 0	nein ja 0 0	
Subluxation		0 0	0 0	
Subluxacion		0 0	0 0	
Luxation				

## Operationsbogen Kniegelenk

6eburtsdatum:										
Seschlecht:	männlich		weiblich	Oper	ationsnr.					
OPERATI	ONSSEI	T E	Re	chts	Links					
) VOROPERATIONEN	: (bitte säm	tliche b	isherige Ope	rationen au	fführen mit	Datum	sangabe	)		
1-Synovektomie		-1_	1 11 1	1_1_1	11-Endopro	these		1_1		1_1
2-Menisektomie m	edial	1_	1 11 1	1_1_1	Typ:					
3- " 1	ateral	1_	1 11 1	1_1_1	Schlitt	en - u	nicondy	1är	_111	1_1
4-Bakerzystenent	fernung	1_	1 11 1 1	11		bic	ondylär	1_1	_111	1_1
5-Retinakulumein	kerbung	1_	11111	1	Totalpr	othese				
6-Tibiakopfosteo	tomie	1_	1 11 1	11	- te	ilgeko	ppelt	1_1	_11_1_1	1_1
7-Supracondyläre	Osteotomie	1_	1 11 1	1_1_1	- Sc	hlitte	n	1_1	11_1_1	1_1
8-Arthrodese		1_	1 11 1 1		- Pa	tellae	rsatz	1_1	_11_1_1	1_1
9-Patellektomie		1_	1 11 1 1	1_1_1	12-Arthros	kopie.		1_1	11_1_1	1_1
10-Osteosynthese		1_	1 11 1	1_1_1	13-andere	Operat	ion	1_1	_111	1_1
VoropReoperat.	NR:	vom I_	1 11 1	1_1_1	welche	·				
Op-Besonder										
) INTRAOPERATIVE fal. ie Beantwortung (	KOMPLIKATION Ls ja:  der Fragen 5  nein O	bis 10	nein O  ist fakultat bestehende Narben O	ja O	nein 0	 ja 0	in best	ehende		
) INTRAOPERATIVE fal. ie Beantwortung (	komplikation ls ja:  der Fragen 5  nein o eral 0	bis 10	nein O ist fakultat bestehende Narben O	ja O	nein al O iteal O	ja o o	in best	ehende		
) INTRAOPERATIVE fal. ie Beantwortung (	komplikation ls ja: der Fragen 5 nein o eral 0	bis 10	nein O  ist fakultat bestehende Narben O	ja O	nein 0	ja o o	in best	ehende		
ie Beantwortung ( ) 2UGANG mediation and	komplikation ls ja:  der Fragen 5  nein o eral 0	bis 10	nein O ist fakultat bestehende Narben O	ja O	nein al O iteal O	ja 0	in best Narb O	ehende en		
) INTRAOPERATIVE fal. ie Beantwortung ) ZUGANG med: late ande ) ERGUSS:	komplikation ls ja: der Fragen 5 lian 0 eral 0 ere 0	bis 10 in ja 0 0 ja 0	mein O  ist fakultat bestehende Narben O O	ja O  iv!  medi. popl. welche:.	nein o	ja o o ookig	in best Narb O O	ehende en		•••
intraoperative fal.  ie Beantwortung ( ) ZUGANG medilate ande ) ERGUSS: ) SYNOVITIS:	KOMPLIKATIO  Is ja:  der Fragen 5  der Fragen 5  peral 0  peral 0  peral 0  nein 0  nein 0	bis 10 in ja 0 0 ja 0	mein O  ist fakultat bestehende Narben O O O ,falls ja:	ja O  iv!  medi. popl. welche:.	al nein O iteal O	ja o o ookig	in best Narb O O	ehende en		
i) INTRAOPERATIVE fal.	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10 in ja 0 0 ja 0	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm.	ja 0  medi. popl welche:.   klar   Zotten	nein o iteal o iteal o   trüb   fl	ja O O Ockig Nekro	in best Narb O O   bluti	ehende en		
i) INTRAOPERATIVE fal. Die Beantwortung ( i) ZUGANG med. lat. ande (i) ERGUSS: (i) SYNOVITIS: (i) INTRAARTHIKULÄI	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10  ja 0  ja 0  ja 0  ja 0  ja 0	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil.	ja 0  medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ulkus bis zum Knochen	nein o iteal o liteal o liteal o sitero-sierung	ja 0 0 ockig Nekro	in best Narb O O O    bluti se   KNOC Zysten O	ehende en g   eitric		•••
ie Beantwortung (  j ZUGANG med: late ande ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄJ	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  der Fragen 5  rein 0  nein 0  nein 0  nein 0  RE BEFUNDE  unauf- fällig En	bis 10  ja 0	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil. 0	ja 0  iv!  medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ukus bis zum Knochen 0 0	nein al 0 iteal 0 iteal 0 Sklero- sierung 0	ja 0 0 ockig Nekro: Osteo-porose 0 0	in best Narb O O O  KNOC  Zysten O O O	ehende en g   eitric		***
) INTRAOPERATIVE fal.  ie Beantwortung ( ) ZUGANG med. lat. ande ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄJ	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10  ja 0  ja 0  ja 0  ja 0  ja 0	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil.	ja 0  medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ulkus bis zum Knochen	nein o iteal o liteal o liteal o sitero-sierung	ja 0 0 ockig Nekro	in best Narb O O O    bluti se   KNOC Zysten O	ehende en g   eitric		***
ie Beantwortung (  j ZUGANG medi late ande  j ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄI  Fersar medial lateral	KOMPLIKATIO  Is ja:  der Fragen 5  der Fragen 5  Peral O  Peral O  Peral O  Rein O  Rein O  Res BEFUNDE  Unauff- fällig En	bis 10  ja in  o  o  ja 0  ja 0  ja 0  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o	ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfi. 0 0	ja 0  iv i  medi popl welche : .    klar   Zotten  Ulkus bis zum Knochen 0	nein al 0 iteal 0 iteal 0 iteal 0 Stlerosierung 0 0	ja o o ockig Nekro	in best Narb O O    bluti se   KNOC	ehende en g   eitric		***
ie Beantwortung (  j ZUGANG med: late and ( ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄI  Feraur medial lateral Patella medial lateral Tibia medial	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10  ja in  ja o  ja o  ja o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o	mein O  ist fakultat bestehende Narben  O  O  ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil. O  O	ja 0  medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ulkus bis zum Knochen 0 0 0	nein o iteal o iteal o Sklero-sierung o o o o o	ja 0 0 Nekro: Osteo-porose 0 0 0 0 0 0 0 0	in best Narb O O   bluti se   KNOC Zysten O O O O	ehende en g   eitric		***
ie Beantwortung (  j ZUGANG med: late and ( ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄI  Feraur medial lateral Patella medial lateral Tibia medial	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10  ja in  ja o  ja o  ja o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil. 0 0 0	medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ukus bis zum Knochen 0 0 0 0	nein al 0 iteal 0 iteal 0 Sklero- sierung 0 0 0 0 0 tt   n. vor	ja 0 0 Nekro: Osteo-porose 0 0 0 0 0 0 handen	in best Narb O O   bluti se   KNOC Zysten O O O O	ehende en g   eitric		***
i) INTRAOPERATIVE fal.  pie Beantwortung ( i) ZUGANG medi late and i) ERGUSS: i) SYNOVITIS: i) INTRAARTHIKULÄI  Fernur medial lateral Fatella medial lateral	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  ian	bis 10  ja in  ja o  ja o  ja o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o	mein O  ist fakultat bestehende Narben  O  O  ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil. O  O	medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ukus bis zum Knochen 0 0 0 0	nein o iteal o iteal o Sklero-sierung o o o o o	ja 0 0 Nekro: Osteo-porose 0 0 0 0 0 0 handen	in best Narb O O   bluti se   KNOC Zysten O O O O	ehende en g   eitric		
ie Beantwortung (  j ZUGANG med: late ando ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄI  Femur medial lateral Patella medial lateral Tibia medial	ROMPLIRATIO  Is ja:  der Fragen 5  der Fragen 5  eral 0  eral 0  nein 0  nein 0  nein 0  RE BEFUNDE  unauf- fällig En  0  0  vorderes hinteres	bis 10  ja in  ja o  ja o  ja o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o  o	mein 0  ist fakultat bestehende Narben 0 0 ,falls ja: ,falls ja: KNORPEL unregelm. Oberfil. 0 0 0	medi. popl welche:.   klar   Zotten  Ukus bis zum Knochen 0 0 0	nein al 0 iteal 0 iteal 0 Sklero- sierung 0 0 0 0 0 tt   n. vor	ja 0 0 Nekro: Osteo-porose 0 0 0 0 0 0 handen	in best Narb O O   bluti se   KNOC Zysten O O O O	ehende en g   eitric		

Klinikstempel

+						
						falls ja, bitte angeben:
				o at	O nien	stoperative Komplikationen
		0	ec l	O utau	gerous	Miederholung der Oper
0		0 0		0		Verbesserung der Funk
0		0 0		0	uə	pessermud der Schmerz
срубсребк	Vers	deringe gleich-	iche Ve	Wesentl		tientenbeurteilung der Operation:
		1 nallüllen	ersncynud	ек десрипр	nie lei ein	tte bei der Entlassung aus der Klinik
0	0	nicht möglich		0	0	der nicht oder nur mit bizarren Methoden
0	0	nur mit Hilfe der Arme		0	0	nur mit Geländer
0	0	mit Schwierigkeiten		0	0	jeweils nur 1 Stute
et o	nien	Ohne Schwierigkeiten	S	st O	nton	TERPORMSTEIGEN
0	0	Сеймадеп		0	0	nicht gehiähig \ Rollstuhl
0	0	Untexamgehstützen		0	0	unx yw Hene
0	0	2 Gehatőcke im Haus		0	0	bis 100 m oder bis 10 Min.
0	0	2 Gehatőcke außer Haus		0	0	bis 5/1 sid rebo m 002 sid
0	0	I Gehatock im Haus		0	0	bis I and who my I aid
0	0	I cepatock suser Haus		0	0	mehr als 1 Km oder mehr als 1 Std
0	nten	keine		o ec	o uten	nupedrausc
		) сеннігьем	ε			Gehtähigkeit
	0	0	0	0	эемедлид	etarke Schmerzen, die eine normale B unmöglich machen
	0	0	0	0	rado/oder	Schmerzen, die normale Tätigkeiten u den Schlaf beeinträchtigen
	0	0	0	0		den Schlaf nicht beeinträchtigen
		0	0	0	Tabo\bnu 11	keine Schmerzen, die die Tätigigke leichte Schmerzen, die die Tätigigke
	st.	uten	ьţ	nein		pwerzsrgrke:
au	и   орг	I 3X   T-5	SX   ohne	1 3x   T-	(xdst (	ecynperfig (pro
0	st	O nien O		O nien		rschlimmerung: kontinuierlich
	1	11-1-1	1 1 11	TI		tum Beschwerdebeginn: (Mon/Jahr)
	S	TINK	CHIE	KE		BESCHMENDEN
ue	тискада	die betroffene Seite e	tativ nur	Įska)		
1 11		Li grand	a reb mudi	ea pa	чоттат	schlecht: männlich we
	3					
			tatut.	TV	1	tienten Initialen

Unterschrift

Befundbogen Hüfte

Tr	nein O ,fall	RECEPTORMAL   Steron   Steron	oid     star   l	k_     ml  trig_	falls p	steroic  nt   mit  a 0  unktiert	ttel   stark
2) SCHWELLUNG:  3) ERGUSS:  4) KREPITATION  5) ÜBERWÄRMUNG:  6) DRUCKSCHMERZ: Le  Tr  do  di  8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	nein O ,fall   nein   j	icht   mittel  ja 0 Is punktiert: lockig   blut: la   tastbar  ja 0 nein 0	oid	ml trig	normal	steroic  nt   mit  a	ttel   stark
2) SCHWELLUNG:  3) ERGUSS:  4) KREPITATION  5) ÜBERWÄRMUNG:  6) DRUCKSCHMERZ: Le  Tr  do  di  8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	nein O ,fall   nein   j	ja O s punktiert: lockig   blut: ja O nein O	star	ml trig	keine   leich	nt   mit	ttel   stark
3) ERGUSS:  4) KREPITATION  5) ÜBERWÄRMUNG:  6) DRUCKSCHMERZ: Le  Tr  do  di  8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	nein O ,fall   klar   fl	ja O Is punktiert: Lockig   blut.  ja   tastbar  ja O nein O	ig   e:	ml trig	nein O ji falls pi klar   floci	a O unktiert kig   bl	t:
4) KREPITATION  5) ÜBERWÄRMUNG: 6) DRUCKSCHMERZ: Le Tr do di 8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	,fall   klar   fi	ts punktiert: tockig   blut: ta   tastbar  ja 0  nein 0	ig   e:   höri	trig	falls po	kig   bl	lutig   eitri
5) ÜBERWÄRMUNG:  6) DRUCKSCHMERZ: Le  Tr  do  di  8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	klar   fl	ja   tastbar  ja 0  nein 0	ig   e:   höri	trig	nein   ja	tasti	
5) ÜBERWÄRMUNG:  6) DRUCKSCHMERZ: Le  Tr  do  di  8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	nein O	ja 0 nein 0	ja	ear	-		oar   hörbar
6) DRUCKSCHMERZ:  Tr do di 8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	siste roch. maj. orsal	nein O	ja O		nein O	ja o	
Tr do di 8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	roch. maj. orsal	0	ja				
Tr do di 8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	roch. maj. orsal	0			Leiste	nein	ja o
do di 8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:	orsal		0		Troch. maj.	0	0
8) BEWEGUNG: Extension / Flexion:		0	0		dorsal	0	0
Extension / Flexion :		0	0		diffus	0	0
Abduktion / Adduktion :	aktiv:		111	10	aktiv:  _   /	1 1/1	1110
Abduktion / Adduktion :	passiv:		1 1 1	_1.	passiv:  _ _ /	1 1/1	1110
	aktiv:		1 1 1	_1•	aktiv:  _   /	LIVI	1110
	passiv:		111	_1°	passiv:  _ _ /	1/1	111.
Außenrot. / Innenrot. :	aktiv:		1_1_	_[•	aktiv:  _   /	1 1/1	1 1 10
	passiv:	//	1_1	_1°	passiv:  _ _ /	1 1/1	1110
9) BEINLÄNGE							
( spina iliaca ant	.sup Mall	. lat.)	1_1	_I cm	1_1_1	cm	
funktionelle Beinv	verkürzung		1_1	_  cm	1_1_1	cm	
10) RÖNTGENBEFUND:							
(LARSEN-DALE-EEK)		0 1 1	1 111	IV V	0 1 11	III	IV V
Ankylose			nein O	ja 0	ne	o O	ja 0
Kopfnekrose			0	0		0	0
Protrusion			0	0		0	0
Pfannenbodenfraktu	r/-defekt		0	0		0	0
Dysplasie			0	0		0	0
Dysplasie mit Suble Seku	uxation/ indärpfanne		0	0		0	0
Femurfraktur			0	0		0	0
Endoprothese			0	0		0	0

## Operationsbogen Hüfte

eburtsdatum:	-				A STATE OF THE STA	1.1
eschlecht:	männlich		weiblic	h	Operationsnr.	1_1
OPERAT	IONSSE	ITE		Recht	s Links	
) VOROPERATIONE	N: (bitte sä	mtliche	bisherig	e Operation	nen aufführen mit Datumsangabe	2)
1-Synovektomie			1_1_11	1 11 1	_  11-Femurkopfprothese	1_1_11_11_
2-Arthrolyse			1_1_11	1 11 1	12-TEP zementiert	1_1_11_11_
3-Arthroplastik			1_1_11	1 11 1	_  13- zementfrei	11111
4-Osteotomie in	ntertroch.		1_1_11		14Hybrid	1_1_11_11_
5- Tr	rochander		1_1_11		_  15- mit zusätzlich abe	stützendem
6- ar	ndere		1_1_11	1111	Implantat	
7-Hüftkopfresekt	tion		1_111	1 11 1	16-mit Pfannenbodenst	abilisation
8-Arthrodese			1_1_11	1 11 1	_  (Spongiosa)	1.1.11.1.11.
9-Osteosynthese			1_11	1 11 1	17-mit Erkerersatzplas	stik. _ _  _  _
0-Arthroskopie			1_11		_   18-Prothesenwechsel	1_1_11_11_
VoropReoperat	E. NR:	_   vom	1_11	1111	Prothesentyp:	
					Größe Pfanne	Schaft:
Op-Besonder ) INTRAOPERATIVE			nein O			
Op-Besonder ) INTRAOPERATIVE fal	cheiten:	ONEN:		ja 0		
Op-Besonder ) INTRAOPERATIVE fal	cheiten:	ONEN:	ist faku	ja O		
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVE fai	E KOMPLIKATI	ONEN: 5 bis 9	ist faku	ja 0	Endoprothese:	
Op-Besonder ) INTRAOPERATIVE fai ie Beantwortung ) ZUGANG ventral,	E KOMPLIKATI  LIS ja:  der Fragen  , iliofemora	ONEN: 5 bis 9 nein 1 0	ist faku in ja	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ:	Schafteröfe
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVE faite Beantwortung ) ZUGANG Ventral, Watson-3	E KOMPLIKATI  Ils ja:  der Fragen , iliofemora	ONEN: 5 bis 9 nein 1 0	ist faku in ja 0	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße:	Scheftgröße:
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVE fai  ie Beantwortung ) ZUGANG Ventral, Watson- transgiv	der Fragen , iliofemora	ONEN:  5 bis 9  nein 1 0 0	ist faku in ja 0	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement:	Scheftgröße:
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVE fai  ie Beantwortung ) ZUGANG Ventral, Watson- transgit dorsal,	der Fragen , iliofemora Jones steal dorso-later	ONEN:  5 bis 9  nein 1 0 0 0 al 0	ist faku in ja 0	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße:	Schaftgröße:
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI fal  ie Beantwortung Ventral, Watson- transgiv dorsal, andere:	theiten:  E KOMPLIKATI Lls ja:  der Fragen , iliofemora Jones Lteal dorso-later	ONEN:  5 bis 9  nein 1 0 0 0 al 0	ist faku in ja 0 0	ja O	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:	
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI fal  vie Beantwortung ) ZUGANG ventral, Watson- transgiv dorsal, andere:	der Fragen der Fragen dilofemora jones uteal dorso-later	5 bis 9  nein 1 0 0 al 0	ist faku in ja 0 0 0 0 0 falls	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:	blutig   eitrig
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI fal  ie Beantwortung ) ZUGANG Ventral, Watson- transgiv dorsal, andere: ) ERGUSS: 1	der Fragen der Fragen dilofemora Jones tteal dorso-later mein O Kapsel:	ONEN:  5 bis 9  nein 1 0 0 0 al 0	ist faku in ja 0 0	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:	
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI fal  ie Beantwortung  ) ZUGANG Ventral, Watson- transgiv dorsal, andere:	der Fragen der Fragen dilofemora Jones tteal dorso-later mein O Kapsel:	5 bis 9  nein 1 0 0 al 0	ist faku ja 0 0 0 falls	ja 0	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:	blutig   eitrig
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI fal  ie Beantwortung Ventral, Watson- transgiv dorsal, andere: ) ERGUSS: r	der Fragen der Fragen dilofemora Jones steal dorso-later mein O Kapsel:	ONEN:  5 bis 9  nein 1 0 0 al 0  ja 0 nein 0	ist faku ja 0 0 0 falls	ja O  litativ !  bestehende Narben  O  O  O  o  ja: O	Endoprothese: Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:    klar   trüb   flockig   Pfannengrund: nein O RNCHEN bis unauf- Sklero- Osteo-	blutig   eitrig
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI  fa:  ie Beantwortung ) ZUGANG Ventral, Watson- transglu dorsal, andere: ) ERGUSS:     ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKUL	der Fragen der Fragen dones des de	ONEN:  5 bis 9  nein 0 0 al 0 ja 0 nein 0 NNOR:	ist faku in ja 0 0 0 falls ja unregel	ja 0  litativ I  bestehende Narben 0 0 0 0 ja:	Endoprothese:  Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:    klar   trüb   flockig   Pfannengrund: nein O  RNOGEN bis unauf- Sklero- Osteo- ochen fällig sierung porose	blutig   eitrig   ja 0  Zysten Deformation
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI  fal  tie Beantwortung  ) ZUGANG  ventral,  dorsal,  andere:  ) ERGUSS:      ) SYNOVITIS:  ) INTRAARTBIKULI  Hüftkopf	der Fragen dorso-later dein O Kapsel:  where BEFUNDE unauf- fallig I	ONEN:  5 bis 9  nein 0 0 al 0 ja 0 nein 0 NNOR:	ist faku in ja 0 0 0 0 0 falls ja unregel Oberfl	ja 0  litativ ! bestehende Narben 0 0 0 0 zim. Ulkus !	Endoprothese:  Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:    klar   trüb   flockig   Pfannengrund: nein O  KNOGEN bis unauf- Sklero- Osteo- chen fällig sierung porose 0 0 0 0 0 0	blutig   eitrig   ja 0  Zysten Deformation 0
Op-Besonder  ) INTRAOPERATIVI  fal  le Beantwortung  ) ZUGANG  Ventral,  Watson- transgle  dorsal,  andere:  ) ERGUSS:   ) SYNOVITIS:  ) INTRAARTHIKUL	der Fragen der Fragen der Fragen der State der State der Fragen der State de	ONEN:  5 bis 9  nein 0 0 al 0 ja 0 nein 0 NNOR:	ist faku in ja 0 0 0 0 0 falls ja unregel Oberfl	ja 0  litativ ! bestehende Narben 0 0 0 0 zim. Ulkus !	Endoprothese:  Hersteller-Typ: Pfannengröße: Zement: Besonderheiten:    klar   trüb   flockig   Pfannengrund: nein O  KNOCHN bis unauf- Sklero- Osteo- chen fällig sierung porose 0 0 0 0 0 0	blutig   eitrig   ja 0  Zysten Deformation 0 0 0

## Anamnesebogen Schulter

Patienten Initialen                      Geburtsdatum:								
Geschlecht: männlich weiblic			atum de	r Erhebung		1_1_	11_1_	11_1
dominante Hand rechts 0 links 0		fak	ltativ	nur die betro	fene Sc	eite ein	tragen	
1) BESCHWERDEN		1	RECHTS			LINKS		
Datum Beschwerdebeginn: (Mon/Jahr)		1.1	11. 1	1	1-	1 11	1 1	
Verschlimmerung: kontinuierlich		nein	7	ja 0	neir	1 0	ja O	
schubartig (pro Jahr	)	3x	1-2X	ohne	1		1-2x	ohne
Schmerzstärke:		ne	n ja			nein	ja	
keine			0			0	0	
leichte Schmerzen, die die Tätigigkeit un den Schlaf nicht beeinträchtigen		(				0	0	
Schmerzen, die normale Tätigkeiten und/od den Schlaf beeinträchtigen	er	(	0			0	0	
starke Schmerzen, die eine normale Bewegu unmöglich machen	ng	(	0			0	0	
2) GEBRAUCHSFÄHIGKEIT DER ARME	möglid	h schwi	erig u	nmöglich	möglich	schwier	rig unmö	glich
Schürzengriff	0	(		0	0	0	- 4	0
Nackengriff	0		K.	0	0	0	-	0
Münze vom Tisch auflesen	0	- (		0	0	0		0
Tasse zum Mund führen	0	C		0	0	0		0
An- und Auskleiden	0			0	0	0		0
Gesäß reinigen	0	C		0	0	0		0
Arbeiten über Kopf	0			0	0	0		0.
mittleren Koffer tragen	0			0	0	0	= (	0
3) GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG	keine	leicht	mittel	stark	keine	leicht	mittel	stark
Schmerz	0	0	0	0	0	0	0	0
Fehlstellung	0	0	0	0	0	0	0	0
Schwellung	0	0	0	0	0	0	0	0
Kosmetik	0	0	0	0	0	0	0	0
Bewegungseinschränkung: Beugung	0	0	0	0	0	0	0	0
Streckung	0	0	0	0	0	0	0	0
Unterarmdrehung	0	0	0	0	0	0	0	0
Bitte bei der Entlassung aus der Klinik u	nd bei e	iner Nac	hunters	ichung ausfüll	en !			
Patienbeurteilungder Operation:		wesent Verbes		geringe Verbesserung	glei	ch-	erschled	htert
Besserung der Schmerzen		0	aez ung	0	0		0	
Verbesserung der Funktio	on	0		0	0		0	
Wiederholung der Operati	ion?	nein	0 j	a 0				
Postoperative Komplikationen ne	in o	ja o						
falls ja, bitte angeben:								
Klinikstempel	Datum			Unterschri	ft			

## Befundbogen Schulter

LINKS	
rophische   Efflor Haut   zezer	
cht   mittel   st	ark
. 0	1. 1.
	trig
ing   blucing   ca.	
a   tastbar   hö	rbar
ja O	
nein O	ja O
0	0
0	0
alis 0	0
eromialis O	0
a o	
1_1/1_1-1-10	
11/1110	
1_1//_1_10	
1 1/1 1 1 10	
0	
edeutet   nein	
gering   nein	
III   IV   V	
ja O	
	ja o

## Operationsbogen Schulter

'eburtsdatum:	1	1 11		1.1	Klinik : Datum der Erhebung	1 1 11 1 11 1 1
eschlecht: m	ännlich		weibl		Operationsnr.	1.1.1
eschiecht: w	amilion		WCIDI		- Operational Control of the Control	
OPERATIO	NSSE	ITE		Rechts	Links	
) VOROPERATIONEN: (	bitte säm	tliche	bisher	ige Operation	en aufführen mit Datumsangabe	)
1-Synovektomie		- 1.	111	1.11.1.1	11-Schulterkopfprothese	
2-Acromiectomie		1.	1_11	1 11 1 1	12-Totalschulterprothese	
3-Arthroplastik		1,	!		Model1 :	
4-Osteotomie		1.	1_11	1 11 1 1	13-Rekonstruktion der	
5-Bursektomie		1.			Rotatormanschette	1_11_11_1
6-Arthroskopie dia	gnostisch	1.	111		14-Frakturbehandlung	1_11_11_1
7- " ope	rativ	1	111		15-Resektionsarthroplast	
8-Arthrodese		1.	_1_11		mit Intergastion	
9-Fixation der Bice	pssehne	1.	111		16-Prothesenwechsel	
VoropReoperat. N	R:	vom	1_1_	11_11_1	_ Prothesentyp :	
	ja:					
falls ie Beantwortung der	ja: Fragen 5	bis 12	2 ist f	akultativ !		
falls ie Beantwortung der	ja: Fragen 5		2 ist f	akultativ !		
falls ie Beantwortung der ) ZUGANG	ja: Fragen 5	bis 12	ist f	akultativ ! n bestehende Narben	Endoprothese:	
falls ie Beantwortung der ) ZUGANG deltoid pec	ja: Fragen 5	bis 12	2 ist f	akultativ ! n bestehende Narben O	Endoprothese:	
falls ie Beantwortung der ) ZUGANG deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal	Fragen 5	bis 12	2 ist f	akultativ ! n bestehende Narben 0	Endoprothese:	
falls ie Beantwortung der ) ZUGANG deltoid pec Säbelhieb lateral	Fragen 5	bis 12 nein 0 0	2 ist f ja 0 0 0	akultativ ! n bestehende Narben 0 0	Endoprothese: Hersteller-Typ:	
falls ie Beantwortung der ) ZUGANG deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere:	Fragen 5	bis 12 nein 0 0 0	2 ist f ja 0 0 0	akultativ ! n bestehende Narben 0 0	Endoprothese:	
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere:	pa: Fragen 5 toral	bis 12 nein 0 0 0 0	2 ist f ja 0 0 0	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 0 falls ja:	Endoprothese: Hersteller-Typ:	
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere: ) ERGUSS:	ja: Fragen 5 toral nein	bis 12 nein 0 0 0 0	2 ist f ja 0 0 0 0 ja	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 0 falls ja:	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig	
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Sübelhieb lateral dorsal andere: ) ERGUSS: ) SYNOVITIS:	ja:  Fragen 5  toral  nein  nein  nein	bis 12 nein 0 0 0 0 0 Knor	2 ist f ja 0 0 0 0 ja	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 unauf- fällig	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig	blutig   eitrig
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere: ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRAARTHIKULÄRE:	pa:  Fragen 5  toral  nein  nein  nein  nein  nein  nein	bis 12 nein 0 0 0 0 0 Knor	2 ist f i ja 0 0 0 ja i	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 falls ja: 0 unauf- fällig	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig    Erweichung   unregelm.   Ul Oberfi.   zu	blutig   eitrig   kus bis   m Knochen   ja 0
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere: ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRARTHIKULÄRE: ) FREIE GELENKKÖRPE: 1) ROTATIONSMANSCHE	pa:  Fragen 5  toral  nein  nein  nein  nein  nein  nein	bis 12 nein 0 0 0 0 0 Knor	2 ist f i ja 0 0 0 ja i	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 unauf- fällig 0	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig    Erweichung   unregelm.   Ul Oberfi.   zu  10) BURSITIS   nein 0	blutig   eitrig   kus bis   m Knochen   ja 0 tiert
falls  ie Beantwortung der ) ZUGANG  deltoid pec Säbelhieb lateral dorsal andere: ) ERGUSS: ) SYNOVITIS: ) INTRARTHIKULÄRE: ) FREIE GELENKKÖRPE:	pa:  Fragen 5  toral  nein  nein  nein  nein  nein  nein	bis 12 nein 0 0 0 0 0 Knor	2 ist f i ja 0 0 0 ja i	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 unauf- fällig 0	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig      Erweichung   unregelm.   Ul Oberfi.   zu  10) BURSITIS   nein 0	blutig   eitrig   kus bis   m Knochen   ja 0 tiert
ie Beantwortung der    ZUGANG   deltoid pec   Säbelhieb   lateral   dorsal	pa:  Fragen 5  toral  nein  nein  nein  nein  nein  nein	bis 12 nein 0 0 0 0 0 Knor	2 ist f i ja 0 0 0 ja i	akultativ ! n bestehende Narben 0 0 0 0 0 unauf- fällig 0	Endoprothese:  Hersteller-Typ:    klar   trüb   flockig      Erweichung   unregelm.   Ul Oberfi.   zu  10) BURSITIS   nein 0	blutig   eitrig   kus bis   m Knochen   ja 0 tiert

ISBN 3-933 185-32-7 10074