



Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2015

Termin: Mittwoch, 21. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Gelenkersatz und Rückenschmerz im Fokus – Herausforderungen und neue Erkenntnisse aus O und U

Themen und Referenten:

Deutschland macht's vor: Kunstgelenke sinnvoll einsetzen

Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Kongress-Präsident DKOU 2015, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
und

Dr. med. Holger Haas

Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt am Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Gemeinschaftskrankenhauses Bonn

Sensationelle Erfolge der Arthrose-Prophylaxe – schon im Kindesalter vorbeugen

Professor Dr. med. Thomas Wirth

Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

Endoprothetik Polyethylen oder Keramik – welche Materialien halten am längsten?

Dr. med. Holger Haas

Operieren wir zu viel bei Wirbelsäulenerkrankung? Prävention als wirksame Alternative

Professor Dr. med. Peer Eysel

Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Köln

Rückenschmerz-Behandlung meist ohne Effekt – was hilft bei nicht spezifischen Schmerzen?

Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser

2. Schriftführer des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz (SZM)

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2015, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein

Pressestelle DKOU 2015

Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin

Tel.: 030 3038-82002

Fax: 030 3038-82003



Pressekonferenz des DKOU 2015

Gelenkersatz und Rückenschmerz im Fokus – Herausforderungen und neue Erkenntnisse aus O und U

Termin: Mittwoch, 21. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Terminhinweise

Bestellformular für Fotos

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

Pressekontakt für Rückfragen:
Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:
Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-82002
Fax: 030 3038-82003



Operation bei kindlicher Hüftfehlstellung muss nicht sein Orthopäden und Unfallchirurgen fordern Ultraschall bei allen Säuglingen

Berlin, 21. Oktober 2015 – Bei der Fehlbildung der Hüfte handelt es sich um eine der häufigsten orthopädischen Erkrankungen im Säuglingsalter. Mittels Ultraschall erkennen Ärzte die sogenannte Hüftdysplasie unmittelbar nach der Geburt und können sie frühzeitig ambulant behandeln. Eine Arthrose schon im mittleren Erwachsenenalter und spätere Operationen werden so verhindert. Seit 1996 ist das Diagnoseverfahren fester Bestandteil der U3-Untersuchung. Dennoch wird die Hüftsonografie immer noch 50.000 bis 70.000 Säuglingen pro Jahr vorenthalten, kritisieren Experten auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

Der Säuglingsultraschall erkennt Hüftreifungsstörungen schon früh, auch wenn das Baby klinisch unauffällig ist. Er ist eine risikoarme und verlässliche Präventionsmaßnahme. „Studien zeigen, dass die Säuglings-Sonografie nicht nur ökonomisch überlegen ist – sie halbiert auch das Risiko für eine Operation“, so Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe, Kongress-Präsident des DKOU und Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

„Manche Eltern nehmen die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahr, aber auch einige Kinderärzte halten das Hüft-Screening für überflüssig“, so Krauspe. So wurde in den Jahren 2006 bis 2009 nur bei 83 bis 85 Prozent der Säuglinge die empfohlene Hüftsonografie bei der U3-Untersuchung angewendet. Hinzu kommt, dass jeder vierte Hüft-Ultraschall nicht sachgemäß durchgeführt wurde. Ein qualitätssicherndes Programm, das auf der heutigen Pressekonferenz vorgestellt wird, soll hier Abhilfe schaffen. Denn professionell durchgeführt, lässt sich die Zahl der Operationen bewiesenermaßen deutlich senken. In Mitteleuropa kommt die Hüftdysplasie bei etwa zwei bis vier Prozent der Neugeborenen vor. Das sind bei knapp 700.000 Geburten in Deutschland bis zu 28.000 Säuglinge im Jahr. „Insgesamt können wir 10 bis 15 Prozent aller Hüft-Prothesen-OPs bei Patienten unter 50 Jahren auf eine Hüftdysplasie zurückführen“, so Krauspe. Unbehandelt könne es zudem zu Komplikationen kommen, beispielsweise einer Fehlstellung, bei der der Gelenkkopf aus der



Hüftpfanne herauspringt. Die Kinder können die Beine dann nicht mehr richtig vom Körper abspreizen. Ein Hohlkreuz oder Watschelgang können bei Kindern Anzeichen sein.

„Entdecken Eltern diese Symptome, sollten sie einen Orthopäden aufsuchen“, so Krauspe. Ansonsten droht auch noch eine Wirbelsäulenverkrümmung.

Im Anfangsstadium behandeln Orthopäden instabile Hüften standardmäßig für vier bis sechs Wochen mit einem Sitz-Hock-Gips. Bei konsequenter Mitarbeit der Eltern kann eine Pavlik-Bandage oder eine Beuge-Spreiz-Schiene (z.B. Tübinger Schiene) helfen, um die Hüfte zu zentrieren und Zeit für die Nachreifung zu gewähren. Eine Operation, bei der der Orthopäde das Becken an drei Stellen durchtrennt, die Hüftpfannenposition normalisiert und in der korrigierten Stellung das Becken wieder zusammenschraubt, sei bei einer frühen Diagnose mittels Ultraschall nicht nötig, so Krauspe. „Unser Ziel muss es daher sein, alle Neugeborenen mittels Ultraschall zu untersuchen.“

Wie diese Präventionsmaßnahme bei Kindern vor einer Hüftarthrose im Alter und unnötigen Operationen schützen kann, diskutieren Orthopäden und Unfallchirurgen anlässlich des DKOU 2015 in Berlin, der von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird. Hier erfahren Sie auch, welche Länder das Screening Programm bereits nutzen, wo es in Kürze eingeführt werden soll und wie die Fachgesellschaften die Qualität verbessern wollen.

Vorträge auf dem DKOU 2015

„O und U Kinderhüfte: Mittelfristige Ergebnisse der Repositionsbehandlung bei kongenitaler Hüftluxation“

Termin: Mittwoch, 21.10.2015, 14:30 bis 16:00 Uhr; Raum Berlin 1

„Hip International“

Termin: Donnerstag, 22.10.2015, 11:00 bis 12:30 Uhr, Raum New York 3

Quellen:

Rüdiger Krauspe, Bettina Westhoff „20 Jahre Hüftultraschall-Screening in Deutschland“
[Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten 2015; 04\(04\): 374-375,](#)
[DOI: 10.1055/s-0041-104988](#)



Kries et al. „General ultrasound screening reduces the rate of first operative procedures for developmental dysplasia of the hip: a case-control study.” J Pediatr. 2012 Feb;160(2):271-5.
doi: 10.1016/j.jpeds.2011.08.037. Epub 2011 Sep 29.

Mühlbacher E et al. „Sitz-Hock-Gips zur biomechanischen Behandlung dezentrierter Hüftgelenke“ Z Orthop Unfall 2014; 152: 551–552

K. Küllmer et al., „Diagnostik und Therapie der Hüftdysplasie und –luxation im ersten Lebensjahr“, Zentralblatt Kinderchirurgie 2002, 11:205-208

Bilder Hüftfehlstellung

Auf Anfrage in Druckauflösung, Quelle: DKOU/Krauspe



Abb. 1: Bei diesem Kind lag eine Hüftluxation vor. Zunächst wurde eine Overhead-Extension durchgeführt, dann erfolgte die geschlossene Reposition. Nun erfolgt die Retention im Sitz-Hock-Gips.



Abb. 2.: Vier Wochen alter Säugling mit einer Typ 2c-Hüfte, die mit einer Tübinger Schiene erfolgreich behandelt wurde.

Diese und weitere Abbildungen senden wir Ihnen für eine Berichterstattung zum DKOU 2015 auf Anfrage gerne in Druckqualität zu. Bitte senden Sie dafür eine E-Mail an stroehlein@medizinkommunikation.org.



Gelenkersatz wird immer sicherer DKOU-Präsidenten begrüßen Implantatpass für jeden operierten Patienten

Berlin, 21. Oktober 2015 – Seit dem 1. Oktober ist eine Gesetzesänderung für Implantate in Kraft. Gemäß der neuen Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) müssen Kliniken ab sofort jedem Betroffenen nach der Operation einen Implantatpass aushändigen. Somit soll die Patientensicherheit weiter verbessert werden. Die Qualität des künstlichen Gelenkersatzes wird hierzulande durch das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) erfasst und hat sich durch das Zertifizierungsverfahren für behandelnde Kliniken, EndoCert, bereits deutlich verbessert. Welche weiteren Pflichten und Vorteile für Kliniken und Patienten das neue Gesetz mit sich bringt, berichten Experten auf einer Pressekonferenz am 21. Oktober 2015 anlässlich des deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

Mehr als 150.000 Gelenkersatz-Operationen sind inzwischen im EPRD dokumentiert. Der größte Teil bezieht sich mit rund 88.000 Eingriffen auf Hüftprothesen, weitere rund 67.000 auf Operationen des Knies. „Mit mehr als 630 angemeldeten Kliniken ist nun etwa die Hälfte aller infrage kommenden Krankenhäuser zur Teilnahme registriert“, sagt Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe, Kongresspräsident des DKOU 2015. Dank EndoCert konnten Orthopäden und Unfallchirurgen bereits in den letzten Jahren die Infektionsraten senken und die Haltbarkeit der Implantate deutlich steigern. Dieser hohe Qualitätsstandard und die detaillierte Erfassung der Implantate im EPRD seien weltweit einzigartig. „Mehrere Nationen und Fachgesellschaften haben bereits Kontakt mit uns aufgenommen, um mit dem EPRD zu kooperieren“, berichtet der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.

Um die Patientensicherheit weiter zu verbessern hat sich die DGOOC in den letzten Jahren auch für die Änderungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung eingesetzt – mit Erfolg: Der jetzt verpflichtende Implantatpass enthält neben dem Patientennamen und dem Datum der Implantation Details des implantierten Medizinprodukts wie etwa den genauen Typ und



die Seriennummer. Das betrifft Knie- oder Hüftendoprothesen, aber auch Herzschrittmacher, Stents oder Brustimplantate. „Zwar haben durch EndoCert zertifizierte Kliniken Implantatpässe für Endoprothesen schon zuvor ausgestellt“, so Dr. med. Holger Haas, Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der DGOOC. Dennoch sei es wichtig, dass dies nun auch gesetzlich verankert sei.

Denn der Pass und die Dokumentation der Implantate böten entscheidende Vorteile für die Patientensicherheit, so Haas, Chefarzt am Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Gemeinschaftskrankenhauses Bonn. „Neu ist etwa, dass die Kliniken verpflichtet sind, die Daten digital aufzubewahren und diese auf Anfrage innerhalb von drei Tagen zu ermitteln.“ So können sie etwa bei Rückrufaktionen von Herstellern oder einer notwendigen Korrektur schneller als bisher allein anhand der Chargen- oder Seriennummer oder des Implantat-Typs betroffene Patienten ausfindig machen.

Welche Fortschritte EndoCert und das EPRD in den letzten Jahren erzielen konnten und was die neue Implantatpass-Pflicht Patienten bringt, diskutieren Orthopäden und Unfallchirurgen anlässlich des DKOU 2015 in Berlin, der von DGOOC, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird. Es werden zudem Langzeitergebnisse vorgestellt, welche Implantatmaterialien sich bei welchen Patienten bewährt haben.

**Gelenkersatz und Rückenschmerz im Fokus
Herausforderungen und neue Erkenntnisse aus O und U**

Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Gelenkerkrankungen äußern sich mit sehr unterschiedlichen Symptomen und haben vielfältige Ursachen. Der Schmerz kann tückischerweise ein Spätsymptom sein bei bereits fortgeschrittener Verschleißkrankheit. In der Orthopädie beschäftigen wir uns seit Generationen mit angeborenen und erworbenen Erkrankungen der Gelenke. Dabei war und ist es stets unser Ziel, die Gelenkfunktion zu erhalten und die Lebensdauer des Gelenks zu normalisieren. Nun ist die Lebenserwartung erfreulicherweise deutlich gestiegen und unsere Bemühungen müssen folglich noch weiter intensiviert werden, damit die Gelenke möglichst ein langes Leben lang schmerzfrei gut funktionieren.

Die zahlreichen angeborenen und erworbenen Gelenkerkrankungen wie Hüftgelenkdysplasie, Klumpfuß, Morbus Perthes, Hüftkopfabrutsch-Krankheit, rheumatoide Arthritis, bakterielle Entzündungen der Gelenke, Tumoren und andere bedrohen stets die Funktion des Gelenks und sind daher als präarthrotische Konditionen anzusehen.

Wir stellen uns dieser wichtigen Aufgabe in Diagnostik und Therapie, um dabei die einzelnen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Gelenkfunktion und die Leistungsfähigkeit der betroffenen Patienten insgesamt besser zu analysieren, besser zu verstehen und idealerweise auch besser behandeln zu können. (Veranstaltungs-Tipps auf dem Kongress: WI45, WI46, SA42, SA48, TI14, IN16, ER18, TI17, TI19, WI53, TI20)

Dabei befassen wir uns mit

- Prävention
- allen konservativen und operativen Therapiemodalitäten
- Nachsorge
- Sport- und Berufsberatung
- in allen Altersgruppen und Lebensabschnitten

Bei der Prävention sind wir seit 20 Jahren sehr erfolgreich, um sekundäre Hüftarthrosen bei Hüftgelenkdysplasie deutlich zu reduzieren. So wird bei der U3 seit 1996 ein Hüftgelenkscreening mit einer Hüftultraschall-Untersuchung durchgeführt. Darauf wird Herr Professor Wirth näher eingehen (Veranstaltungs-Tipps auf dem Kongress: IN15, WI 45).

Eine besondere Herausforderung für Orthopäden stellt die Transition von Jugendlichen mit kindlichen Gelenkerkrankungen ins Erwachsenenalter dar. . Daher haben wir zu diesem Themenkomplex eine Expertensitzung und weitere Vorträge im wissenschaftlichen Programm. (Veranstaltungs-Tipps auf dem Kongress: ER18)

Des Weiteren finden mehrere Sitzungen zu den verschiedenen gelenkerhaltenden Therapiemaßnahmen und Operationen, speziell zur Knorpeltherapie und zu Umstellungsosteotomien statt. Bei diesen Sitzungen geht es auch darum, die Grenzen der Methoden präziser zu definieren. Denn bis heute lassen sich nicht alle Fehlstellungen und Gelenkerkrankungen vollständig normalisieren. Die Ätiologie der frühzeitigen Hüftgelenkarthrose war bei 49 Prozent eine Hüftgelenkdysplasie, bei 9,5 Prozent ein Morbus Perthes, bei 6,2 Prozent eine Epiphyseloyse und bei 36 Prozent bleibt sie unbekannt (Clohisy, 2011). In der Gruppe der unbekannt Ätiologien wurden bei ca. 90 Prozent der Gelenke ein sog. Cam- oder Pincer-femoroacetabuläres Impingement FAI beschrieben. Schreitet die Degeneration der Gelenke fort, bleibt schließlich nur der Gelenkersatz, um eine schmerzfreie Funktion wiederherzustellen und damit ein normales Leben führen zu können. (Veranstaltungs-Tipps auf dem Kongress: SA16, SA42, SA48, WI56, TI14, IN16)

Es sind, wie in den letzten Jahren auch, mehrere Sitzungen der operativen Gelenkersatztherapie gewidmet. Herr Dr. Haas wird die Qualität der Endoprothetik in Deutschland beleuchten und insbesondere das EndoCert-System vorstellen und erste Daten dazu präsentieren. Auch diese Themen, insbesondere auch die ersten Erfolge des Endoprothesenregisters Deutschland EPRD werden in wissenschaftlichen Sitzungen abgehandelt.

Aufgrund der neuen Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) muss zum 1. Oktober 2015 von jeder implantierenden Einrichtung ein Implantatausweis ausgestellt werden, der Angaben zum Patienten, zum Implantat, zum Hersteller und zum verantwortlichen Arzt enthält. Dem Patienten stehen damit alle wichtigen Informationen zur Verfügung, die er bei sich tragen und die er seinem behandelnden Arzt übermitteln kann. Umgekehrt kann die implantierende Einrichtung jederzeit Implantat und Patient einander zuordnen. Dies erleichtert in Zukunft die Identifizierung von Patienten im Falle von „Prothesen-Rückrufaktionen“ und erlaubt vor allem die Bestellung der spezifischen Implantate und Instrumente im Falle von notwendigen Revisionsoperationen, die an anderen Kliniken als bei der Erstimplantation durchgeführt werden.

Der steigende Bedarf an Behandlungen bei Rückenleiden hat die multimodale Schmerztherapie weiter in den Mittelpunkt gerückt. Gleichzeitig sind aber auch steigende Operationszahlen zu verzeichnen, vor allem bei Bandscheiben- und Versteifungsoperationen. Es bedarf daher unbedingt der Analyse von Indikation, Operationstechniken und deren Ergebnisse bei der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen und Verletzungen. Diesem Bereich sind mehrere wissenschaftliche Sitzungen gewidmet und Professoren Eysel und Casser werden dazu im Detail Stellung beziehen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Deutschland macht's vor: Kunstgelenke sinnvoll einsetzen Endoprothetik Polyethylen oder Keramik – welche Materialien halten am längsten?

Dr. med. Holger Haas

Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt am Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Gemeinschaftskrankenhauses Bonn

1) Haltbarkeit künstlicher Gelenke: Infektion und Lockerung

Wenn alle Präventionsmaßnahmen und konservativen Therapien nicht greifen, ist die Implantation einer Endoprothese – der künstliche Gelenkersatz – das geeignete Mittel, dem Patienten Selbstständigkeit und Mobilität und damit ein hohes Maß an Lebensqualität zurückzugeben.

Vor einer solchen Operation werden die Patienten jedoch häufig mit einer intensiv geführten Diskussion in den Medien über zu viele Operationen, schlechte Materialien und Komplikationen durch Krankenhauskeime konfrontiert.

In der Tat sieht sich die Medizin zunehmend dem Problem resistenter und damit antibiotisch nicht mehr problemlos zu bekämpfender Bakterien ausgesetzt. Die Gründe hierfür sind vielfältig. So hat *Die Zeit* in einer Artikelserie auf die Einflüsse moderner Tierhaltungsmethoden und den verbreiteten Einsatz von Antibiotika in der Tiermast hingewiesen. Im Krankenhaus kumuliert dann die Problematik, wenn erkrankte, in ihrer Abwehr geschwächte Menschen auf engem Raum untergebracht sind und durch Pfleger und Ärzte in engem körperlichem Kontakt betreut werden müssen. Sind dann Operationen notwendig, ist die Gefahr der Einschleppung problematischer Bakterien in die Wunde sehr groß. Hinzu kommen Faktoren, die im Bereich des Patienten selbst begründet sind. Nikotinabusus, Übergewicht und das Vorliegen einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) erhöhen unter anderem die Infektionsgefahr. Der zum Teil unkritische Umgang mit Antibiotika in der Therapie trägt ebenfalls zu einer Verschärfung der Situation bei.

Besonders erschwert ist die Situation im Bereich der Endoprothetik. Allein die Anwesenheit eines großen Fremdkörpers setzt die Abwehrfunktion lokal herab. Wenn sich Bakterien an der Oberfläche einer Prothese festgesetzt haben und in einem sogenannten Biofilm eingeschlossen sind, sind sie für Antibiotika und die körpereigenen Abwehrzellen nur schwer angreifbar. So verbleibt in diesen Fällen als Therapieoption dieser schweren Komplikation nur die für den Patienten aufwendige Austauschoperation. Davon abzugrenzen sind Austauschoperationen, die nicht aufgrund von einer bakteriellen Infektion durchgeführt werden müssen (sogenannte aseptische Wechsel). Da hier der Grund für die Lockerung der Prothese u. a. im verwendeten Material zu finden ist, wirken sich technische Fortschritte dabei besonders positiv aus. So sank in den vergangenen 20 Jahren die Rate der Prothesenwechsel am Hüftgelenk um die Hälfte.

Trotz aller in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Maßnahmen wird sich die Infektionsrate nicht auf 0 Prozent senken lassen, da die verfügbaren Techniken der Desinfektion immer nur eine Reduktion der Keimzahl ergeben können. Damit bleibt eine mögliche Lücke für Bakterien, eine Infektion auszulösen. Die Sicherstellung der technischen Voraussetzungen für eine optimale

Prophylaxe dieser Komplikation ist ureigenste ärztliche Aufgabe und wird durch aktuelle Initiativen unserer Fachgesellschaft zur Qualitätssicherung (EndoCert, EPRD) unterstützt.

Die Angabe verlässlicher Daten zur Infektionsrate bei endprothetischen Eingriffen ist schwierig. In welchem Zeitraum wird eine Infektion in Verbindung mit der Operation gewertet? Sind Risikofaktoren der Patienten ausreichend berücksichtigt, um die Daten vergleichbar zu machen? Im Allgemeinen wird die Infektionsrate in der Hüftendoprothetik mit einem Prozent angegeben, wobei der definitive Wert höher liegen dürfte, da viele Infektionen nicht erkannt werden und eine Wechseloperation aufgrund bestehender Schmerzen durchgeführt wird, obwohl eine Infektion für die Beschwerden verantwortlich ist. Grundsätzlich ist daher in erster Näherung von einer Infektionsrate zwischen einem Prozent und drei Prozent auszugehen.

Neben der Infektionsrate ist die Haltbarkeit der Prothesen von großer Bedeutung für die Patienten. Dabei kann festgestellt werden, dass es vor allem die Verankerung der Prothese im Knochen ist, die die Standzeit der Prothese bestimmt. Wesentlich dafür ist die sogenannte Gleitpaarung. Die Gelenkfunktion selbst wird durch das Aneinandergleiten von technischen Materialien, die den eigentlich im Gelenk vorhandenen Knorpel ersetzen, ermöglicht. Dabei entsteht Abrieb, der dann eine Gewebereaktion des Körpers auslöst, die zu einem Rückzug des Knochengewebes und damit zu einer Lockerung der Prothese führen. Das Ausmaß dieser Gewebereaktion ist abhängig von der Menge des Abriebs und der Art der entstehenden Abriebpartikel. Diese Erkenntnis hat zur Weiterentwicklung der für die Gleitpaarung verwendeten Materialien geführt.

Da grundsätzlich bei der Verwendung „harter“ Gleitpartner (zum Beispiel Keramik gegen Keramik oder Metall gegen Metall) geringere Abriebmengen entstehen als bei der Verwendung von Hart-weich Paarungen (zum Beispiel Metall gegen Polyethylen oder Keramik gegen Polyethylen), wurden diese Hart-hart-Paarungen in den letzten Jahren favorisiert. Aktuelle Daten belegen jedoch eine besondere Problematik bei Metall-Metall-Gleitpaarungen, da dieses Abriebmaterial zu besonderen, sehr heftigen Gewebereaktionen führen kann. Sie werden daher immer seltener eingesetzt (2014 weniger als 1 Prozent).

Bei der Verwendung von Keramik-Keramik-Paarungen ergeben sich die günstigsten Abriebeigenschaften. Jedoch besteht eine höhere Gefahr bezüglich des Bruchs der verwendeten Materialien und der Entstehung von Quietschgeräuschen (0,7 bis 20,9 Prozent). Besondere Bedeutung kommt bei der Verwendung von Keramik-Keramik-Paarungen der sorgfältigen und technisch einwandfreien Implantation der Prothese zu, da Abweichungen von der Idealposition das Auftreten von Problemen bei dieser Gleitpaarung begünstigen. Die Einführung von hochvernetztem im Vergleich zu konventionellem Polyethylen hat zu einer deutlichen Verminderung des Abriebs bei Hart-weich-Paarungen geführt, so dass hierdurch klinisch nahezu gleich gute Abriebeigenschaften wie bei Keramik-Keramik-Paarungen bestehen. Insgesamt werden diese hochwertigen Gleitpaarungen bei Implantaten immer häufiger eingesetzt (2011: 66 Prozent, 2014: 81 Prozent aller Endoprothesen).

Die konsequente Forschung und Weiterentwicklung auf dem Gebiet der verwendeten Gleitpartner wird die Lockerungswahrscheinlichkeit reduzieren und damit die Standzeit der Prothesen weiter

verbessern, auch wenn in dieser Frage ebenfalls patientenspezifische Faktoren wie das Körpergewicht und die Aktivität (sogenannte High-Impact-Sportarten) eine wesentliche Rolle spielen.

2) EndoCert

Die Einhaltung der prothesenspezifischen Vorgaben und Leitlinien hat einen wesentlichen Einfluss auf die Haltbarkeit der implantierten Endoprothesen. Dabei ist nicht nur das technische Können des Operateurs von wesentlicher Bedeutung, sondern auch die Leistung des gesamten an der Behandlung beteiligten Teams und die Bereitstellung der erforderlichen logistischen Voraussetzungen.

Vor dem Hintergrund dieser in der Literatur belegten Erkenntnisse wurde zum DKOU 2012 das Zertifizierungssystem EndoCert als Initiative der DGOOC für den Regelbetrieb freigegeben. Im Rahmen der Zertifizierung werden die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen eines Audits bewertet und bei Erfüllung der Anforderungen ein Zertifikat erteilt. Es handelt sich weltweit um das erste System dieser Art im Bereich der Endoprothetik.

Die Verbreitung des EndoCert-Zertifizierungserfahrens zeigt ein enormes Wachstum. Zum September 2015 haben bereits 385 Zentren den Zertifizierungsprozess abgeschlossen. Die ersten Teilnehmer am Verfahren befinden sich bereits vor ihrer Rezertifizierung, die nach drei Jahren erforderlich wird. Jährlich finden Überwachungsaudits statt, in denen die Zentren die Einhaltung der Anforderungen nachweisen müssen. Das System ist zweistufig aufgebaut: So nehmen Endoprothetikzentren (EPZ) und Endoprothetikzentren der Maximalversorgung (EPZmax) an der Versorgung teil. Das Verhältnis zwischen EPZ und EPZmax beträgt zirka 1:3, so dass eine umfassende Versorgung der Bevölkerung durch qualifizierte Zentren sichergestellt ist.

Die Erfahrungen aus dem Regelbetrieb sind durchweg gut: Die Rückmeldungen von den zu zertifizierenden Einrichtungen zeigen eine hohe Zufriedenheit mit dem Ablauf des Verfahrens und den Auditoren, die für die Durchführung des Audits vor Ort hohe Verantwortung tragen. Insgesamt beteiligen sich daran 134 erfahrene Endoprothetiker, die zudem regelmäßig weitergeschult und über neue Entwicklungen im Verfahren unterrichtet werden. Zentrale Bedeutung hat dabei die Zertifizierungsstelle ClarCert, die den organisatorischen Ablauf regelt. Über die Erteilung des Zertifikats entscheidet auf Grundlage des Votums der Auditoren der Zertifikatserteilungsausschuss.

Die Weiterentwicklung des Verfahrens und die Klärung offener Fragen liegen in der Verantwortung der Zertifizierungskommission. Regelmäßige Sitzungen und die enge Zusammenarbeit mit den weiteren genannten Organen des Systems stellen die Funktionsfähigkeit des Systems sicher. Dem zu leistenden Aufwand für die Zertifizierung müssen eine Verbesserung der Patientenversorgung und eine Erhöhung der Sicherheit gegenüberstehen. Dabei sind drei Zielkorridore definierbar:

- 1) Standzeit und Funktion der Prothese sowie die Zufriedenheit des Patienten mit der Versorgung

Der direkte Nachweis einer Verbesserung dieser Zielgrößen wird noch Jahre in Anspruch nehmen und hängt stark von der Verfügbarkeit leistungsfähiger und geeigneter Messinstrumente ab. Daher koordinieren die beiden Qualitätsinitiativen unserer Fachgesellschaft – EPRD und EndoCert – ihre

Aktivitäten, da Ergebnisse aus dem Register große Bedeutung für die Bewertung der Implantate im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens haben werden.

Wie bei allen Messungen der patientenbezogenen Versorgungsqualität im medizinischen Bereich handelt es sich um die Bewertung multifaktoriell beeinflusster Größen, die zwangsläufig zu hohem Aufwand und Fehleranfälligkeit bei der Interpretation führen.

2) Unterstützung der zertifizierten Einrichtungen in der Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen

Durch die Einführung der Zertifizierung werden die Kliniken in der Umsetzung eigener Qualitätsmanagement-Maßnahmen unterstützt und die Abläufe verbessert. Dies wird erreicht durch die Beseitigung der in den Audits festgestellten Abweichungen und die Auseinandersetzung mit den eigenen Prozessen im Rahmen der Vorbereitung auf das Audit.

Insgesamt wurden durch das Zertifizierungsverfahren bisher weit über 1.600 Abweichungen in den Einrichtungen korrigiert, die jede für sich gesehen bereits eine Verbesserung der Versorgungssituation bzw. der klinikinternen Abläufe widerspiegelt.

3) Übernahme ärztlicher Verantwortung für die medizinische Versorgung

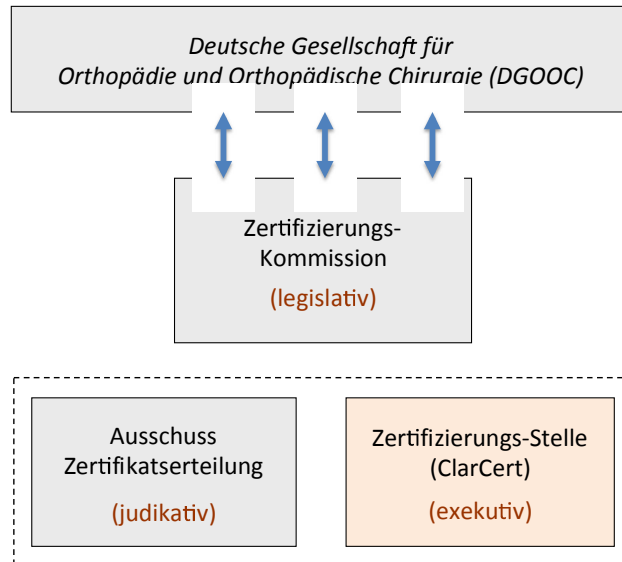
In der aktuellen Diskussion um die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland kommt dem Endoprothesenregister und der EndoCert Initiative eine hohe Bedeutung zu. Unsere Fachgesellschaft und die beteiligten Einrichtungen zeigen durch Ihr Engagement, dass selbstverantwortlich durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Patienten leisten und wir alle diese zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns aktiv wahrnehmen.

Endoprothesen werden jedoch nicht nur aufgrund degenerativer Erkrankungen implantiert, sondern auch zur Behandlung von hüftgelenknahen Knochenbrüchen. Im Jahr 2011 wurden nach Daten des Statistischen Bundesamts bei einer Gesamtzahl von 69.582 Schenkelhalsfrakturen 45.744 Hüftendoprothesen implantiert. Somit stellt diese Gruppe einen relevanten Anteil von zirka 25 Prozent der Hüftprothesenimplantationen insgesamt dar. Daher war es ein wichtiges Ziel von EndoCert, Anforderungen zur Versorgung der betroffenen Patienten in das Zertifizierungssystem aufzunehmen. In konstruktiven Gesprächen mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) konnten Regelungen zur frakturbedingten Implantation von Prothesen und zur Versorgung von periprothetischen Frakturen in das Regelwerk von EndoCert integriert werden. Alle für die breite Versorgung der Bevölkerung relevanten Bereiche der Endoprothetik werden somit durch das EndoCert-System erfasst und verbindliche Regelungen auch für diesen wichtigen Bereich festgelegt.

Zentrale Bedeutung hat die Begleitung des Verfahrens durch regelmäßige Auswertungen der erfassten Daten. Die Weiterentwicklung der Anforderungen durch die Zertifizierungskommission ist damit auf dem Boden der gewonnenen Erkenntnisse gewährleistet.

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und das Zertifizierungsverfahren EndoCert bilden gemeinsam die Qualitätsinitiative Endoprothetik unserer Fachgesellschaft. Vor dem Hintergrund der großen patientenindividuell-medizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung der Endoprothetik ergibt sich die hohe Relevanz dieser Initiativen für unser Fachgebiet.

Abbildung: Gremien des EndoCert Systems



Literatur:

Kretzer JP et al. Wahl der richtigen Gleitpaarung in der Hüftendoprothetik. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, 2015, im Druck

Winkler T, Trampuz A, Hardt S, Janz V, Kleber C, Perka C. Periprosthetic infection after hip arthroplasty. Orthopäde. 2014; 43: 70–78

Haas H, Grifka J, Günther KP et al. EndoCert Zertifizierung von Endoprothetischen Versorgungszentren in Deutschland. Stuttgart: Georg Thieme; 2013

Haas H, Mittelmeier W. Die Einführung des EndoCert-Systems zur Zertifizierung von Endoprothesenzentren: Erfahrungen aus der Pilotphase. Orthopäde. 2014; 43: 534–540

Strohm PC, Raschke M, Hoffmann R, Josten C. Hip fracture prosthetics in German trauma surgery State of the art. Unfallchirurg. 2015; 118: 173–176.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Sensationelle Erfolge der Arthrose-Prophylaxe – schon im Kindesalter vorbeugen

Professor Dr. med. Thomas Wirth, Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

Die Kinderorthopädie begreift sich historisch als Wiege der Orthopädie. Sie beschäftigt sich mit allen angeborenen und erworbenen Fehlstellungen und Erkrankungen des Skelettsystems im Wachstumsalter. Eine Vielzahl dieser Erkrankungen führt zu degenerativen Gelenkerkrankungen, zu Arthrose des betroffenen Gelenkabschnitts. Der Schlüssel zur richtigen Einschätzung aller Vorgänge an Knochen und Gelenken, Bändern und Muskeln bei Kindern ist das Verständnis von Wachstum. Wachstumsvorgänge unterstützen dabei oft den behandelnden Arzt, sie können aber auch zu Verschlechterung von Fehlstellungen führen. Zwei wichtige Beispiele werden stellvertretend für die vielen anderen aufgeführt.

Das wichtigste Beispiel für eine grandiose Erfolgsgeschichte von Prävention in der Kinderorthopädie ist das sonografische Neugeborenen-Screening des Hüftgelenks aller in Deutschland geborenen Kinder. Die Hüftgelenkdysplasie oder die angeborene Hüftgelenkluxation ist über Jahrzehnte die bedeutsamste Risikodiagnose im Hinblick auf die Entstehung einer Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose) gewesen. Seit 1996 ist das sonografische Screening der Säuglingshüfte als flächendeckende Vorsorgeuntersuchung in Deutschland gesetzlich eingeführt, in Österreich bereits seit 1992. Alle Kinder mit Risikofaktoren (familiäre Belastung, Geburt aus Beckenendlage, luxierbare Hüfte in der Neugeborenenuntersuchung) werden kurz nach der Geburt untersucht, für alle anderen findet die Ultraschalluntersuchung mit der U3 (mit vier bis sechs Wochen) statt. Die Ergebnisse des Screenings sind herausragend. Ungefähr 90 Prozent aller Neugeborenen werden zeitgerecht gescreent. 55 Prozent aller wegen Hüftdysplasie behandelten Kinder hatten ihren Ultraschall vor der sechsten Lebenswoche. Frühzeitige Diagnose bedeutet frühzeitige Therapie und kürzere Therapiezeiten bis zur Ausheilung der Hüftdysplasie. Die Anzahl wegen einer Hüftdysplasie stationär im Krankenhaus behandelte Kinder ist massiv zurückgegangen. Gleiches gilt vor allem auch für die verspätet erkannte und diagnostizierte Hüftluxation, die heute in Deutschland eine Rarität darstellt und sich von einer der häufigen kinderorthopädischen Diagnosen in den 70er und 80er Jahren zu einer Einzelfalldiagnose entwickelt hat. Auch die mit der Diagnose Hüftdysplasie verbundenen Folgeoperationen sind seit Einführung des Screenings stark zurückgegangen. So ist die korrigierte Inzidenz für eine Operation wegen Hüftdysplasie auf 0,26/1000 Lebendgeburten gesunken, auf den niedrigsten Wert weltweit. Durch das Screening und die frühe Diagnose werden 52 Prozent einer ersten nötigen Operation im Falle der Diagnose Hüftdysplasie verhindert. Zwar sind die Kosten für das sonografische Neugeborenen-Screening höher, werden aber bereits unter Einbeziehung der Kosten für erforderliche Folgeoperationen mehr als aufgewogen. Durch das Screening kommt es auch zu einer geringen Mehrbehandlung, beispielsweise wenn Grenzbefunde festgestellt werden, ohne nachweisbare Schädigungen aufseiten der Neugeborenen.

Weitere wichtige Risikofaktoren für die Entstehung späteren Gelenkverschleißes sind Achsfehlstellungen der unteren Extremität: Genua valga oder vara, also X- und O-Beine. Wir wissen seit Jahren, dass schwere derartige Fehlstellungen zu Arthrosen im fünften oder sechsten Lebensjahrzehnt führen. Im Wachstumsalter kann durch Wachstumslenkung eine operative Begradigung der Beinachse herbeigeführt werden, meist um die Pubertät herum, um diese langfristigen Folgen zu verhindern.

*Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
Mittwoch, 21. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Kinderorthopädie heißt Nutzung des kindlichen Wachstums zur Verhinderung oder zur Verbesserung von Krankheitsbildern, die langfristige Folgeschäden verursachen können.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Operieren wir zu viel bei Wirbelsäulenerkrankung? – Prävention als wirksame Alternative

Professor Dr. med. Peer Eysel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Köln

In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg von Wirbelsäulenoperationen zu beobachten. Dies trifft in erster Linie bei Eingriffen im Rahmen degenerativer Wirbelsäulenveränderungen zu. Es handelt sich am häufigsten um Bandscheibenvorfälle, Einengungen des Spinalkanals und der Nervenaustrittslöcher (Neuroforamina) sowie Instabilitäten. Verschiedene Ursachen sind für diese Entwicklung verantwortlich.

Die Diagnose- und Therapiemethoden verfeinern sich. Neuere minimalinvasive Eingriffe sind für den Gesamtorganismus weniger belastend. Die stationäre Verweildauer bei Bandscheibenoperationen oder Erweiterungen des Spinalkanals haben sich in den letzten Jahren deutlich reduziert. Diese Eingriffe werden zum Teil ambulant durchgeführt. Auch in höherem Lebensalter sind bei niedriger Komplikationsrate zum Beispiel Dekompressionsoperationen bei engem Spinalkanal problemlos durchzuführen. Die Indikationsschwelle sinkt hier generell.

Der Anspruch an das eigene Bewegungssystem steigt auch im hohen Lebensalter. Sportliche Betätigungen, wie Langstreckenlaufen, Fitness-Studio, Fahrradfahren, werden auch im Alter durchgeführt und als selbstverständlich erachtet. Beschwerden werden vor diesem Hintergrund weniger toleriert.

Bei unseren Patienten ist eine zunehmende Technologiegläubigkeit zu beobachten. Nicht zuletzt durch zahlreiche Publikationen auch in den Medien wird suggeriert, dass alles machbar ist, jeder Schmerz behandelt werden kann.

Parallel zu dieser Entwicklung steigt die Anzahl der Dienstleister um das Thema Rückenschmerz. In jeder Kleinstadt gibt es Fitness-Studios, Rückengruppen und zum Teil selbst ernannte Rückenspezialisten. Es gibt sogar Bestseller im Buchhandel, die sich um den Rückenschmerz kümmern. All dies führt zu einer Fokussierung auf dieses Symptom.

Zu den Dienstleistern rund um das Thema Rückenschmerzen gehören natürlich auch operativ und konservativ tätige Ärzte. Die Operationen sind zum Teil gut vergütet, es gibt hinsichtlich der Indikation zu einem Eingriff bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen keinen allgemeingültigen Standard. Ein und dasselbe Kernspintomogramm einer Bandscheibenvorwölbung kann völlig unterschiedlich interpretiert werden. Die Behandlungsmöglichkeiten reichen von rein konservativer Behandlung mit zum Teil zahllosen Spritzen und Kathetern über minimal-invasive Verfahren mit Laser und Thermobehandlung bis zu mikrochirurgischen Operationen, der Implantation von flexiblen Implantaten, künstlicher Bandscheibe und Versteifung. Die Effektivität vieler Methoden ist nicht hinreichend geklärt, etwa für Akkupunktur (1), TENS (2, 3), Massagen (2, 3), das Tragen eines Mieders (2) oder die intradiskale Nucleoplasty (4). Es gibt nur wenig evidenzbasierte prospektive Daten.

Durch die zunehmende Anzahl der Primäroperationen steigt auch die Anzahl der Revisionseingriffe. Viele Patienten werden mehrfach operiert, weshalb auch dies zum Anstieg der Operationszahlen beiträgt.

Im Bereich der konservativ-krankengymnastischen Behandlung und der Prävention gibt es nur wenige evidenzbasierte Daten (3, 5, 6, 7). Sport und Bewegung scheinen sich günstig auszuwirken, wobei die Abgrenzung vom meist günstigen Spontanverlauf des Rückenschmerzes schwierig ist.

Das Grundproblem des Rückenschmerzes besteht in der Häufigkeit des Symptoms („Rückenschmerzen sind normal und begleiten jeden in seinem Leben irgendwann einmal“) und auf der anderen Seite der Häufigkeit sogenannter pathologischer Befunde in Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen. Nahezu jeder Mensch ab dem 30. Lebensjahr weist in den genannten radiologischen Verfahren degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule auf. Wird nun ein einfacher episodisch auftretender Rückenschmerz ausführlich diagnostiziert, kommt es häufig zu zum Teil dramatischen Interpretationen eigentlich radiologischer Normalbefunde. Nicht selten ist dies der Beginn der Stigmatisierung eines Patienten und führt in einigen Fällen sogar zu einer Chronifizierung des Syndroms.

Quellen:

1. T. Michael Cummings (2001). Needling Therapies in the Management of Myofascial Trigger Point Pain: A Systematic Review
Arch Phys Med Rehabil
Level II

Systematischer Review: Die Akkupunktur myofascialer Triggerpunkte scheint eine effektive Behandlungsmethode zu sein, jedoch ist die Hypothese des Placeboeffektes weder hinreichend zu unterstützen noch zu verwerfen.

2. Roger Chou (2007). Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline
Annals of internal medicine
Level I

Klinischer Leitfaden: Zur Behandlung des akuten, tief lumbalen Rückenschmerzes zeigt sich keine Evidenz zur Behandlung von TENS, dieser scheint sich jedoch bei chronischen, tief lumbalen Rückenschmerzen positiv auszuwirken. Zur Behandlung des akuten sowie chronischen tieflumbalen Rückenschmerzes zeigt sich ebenfalls keine Evidenz für die Nutzung von Massagen oder das Tragen eines Mieders.

3. LA Machado (2009): Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials.
Rheumatology
Level I

Metaanalyse: Die Nutzung von TENS und Massagen scheinen zu einer moderaten Reduktion des Schmerzes zu führen, eine signifikante Minderung der Beschwerdesymptomatik wird nicht beschrieben.

4. Urrutia G, Kovacs F, Nishishinya MB, Olabe J (2007). Percutaneous thermocoagulation intradiscal techniques for discogenic low back pain. Spine 32 (10): 1146–1154.

In dem systematischen Review zeigt sich keine Wirksamkeit der perkutanen Thermokoagulation/intradiskalen Nucleoplasty zur Behandlung von discogenen tief lumbalen Rückenschmerzen.

5. Henchoz Yves (2008). Exercise and nonspecific low back pain: A literature review
Joint Bone Spine
Level II

Literaturreview: Sportliche Bewegung eignet sich gut als primäre und sekundäre Prävention des tieflumbalen Rückenschmerzes, die Art der sportlichen Betätigung kann variieren (Dehnübungen, Muskelübungen, überwachtes Training).

6. Engers A (2008). Individual patient education for low back pain (Review)
The Cochrane Library
Level I

Auswertung von 24 randomisierten, kontrollierten Studien: Patienten mit akuten oder subakuten tieflumbalen Rückenschmerzen scheinen von einer Patientenschulung zu profitieren, für Patienten mit Chronifizierung der bestehenden Rückenschmerzen ist die Wirkung der individuellen Patientenschulung bisher noch unklar.

7. Linton SJ (2006). A 5-Year Follow-Up Evaluation of the Health and Economic Consequences of an Early Cognitive Behavioral Intervention for Back Pain: A Randomized, Controlled Trial
SPINE
Level I

Randomisierte kontrollierte Studie: Die kognitive Schulung der Patienten scheint sich günstig auf das Schmerzempfinden, die Funktionalität und die Lebensqualität auszuwirken und eine Reduktion der Chronifizierung herbeizuführen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Rückenschmerz-Behandlung meist ohne Effekt – was hilft bei nicht spezifischen Schmerzen?

Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser, 2. Schriftführer des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz (SZM)

Realdaten zur Versorgung von Rückenschmerzen in Deutschland können für den stationären Versorgungssektor aus den Datenveröffentlichungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) seit 2005 gewonnen werden. Daten zur ambulanten Versorgung werden auf Anfrage zum Beispiel durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt. Nach diesen Daten nahm im stationären Sektor zwischen 2005 und 2011 die Zahl interventioneller Behandlungen der Wirbelsäule (OPS-Ziffern 8-910, 8-911, 8-914, 8-917) um 60,7 Prozent zu, die Zahl der Bandscheibenoperationen (OPS-Ziffer 5-831) um 70 Prozent und die Zahl der Versteifungsoperationen der Wirbelsäule (OPS-Ziffern 5-834, 5-835, 5-836) um knapp 200 Prozent. Diese Steigerungsraten können nicht allein durch Veränderungen der Morbidität bedingt sein. Im ambulanten Sektor nahm die Zahl der Leistungspunkte für CT-gesteuerte Interventionen an der Wirbelsäule zwischen 2007 und 2012 um 55,7 Prozent zu.

Bei dieser erheblichen Steigerungsrate, insbesondere im radiologischen Bereich, stellt sich die Frage der Indikation, zumal nach der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL 2011) sowohl für operative als auch für interventionelle Verfahren (Beispiel: rückenmarksnahe Injektionen oder Katheter) beim **nicht spezifischen** Kreuzschmerz kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden konnte. Daher sollten sie beim **nicht spezifischen** Kreuzschmerz in der Regel nicht zum Einsatz kommen. So wird beispielsweise eine PRT (periradikuläre Therapie), eine schmerzstillende und abschwellende Injektion zwischen entzündetem Nerv und Bandscheibenvorfall, bei fehlender Nervenbeteiligung keinen wesentlichen Effekt erzielen können, ebenso wenig die operative Entfernung eines Bandscheibenvorfalles, der weder Nervenwurzel oder Rückenmark bedrängt.

Demgegenüber wird die in der NVL Kreuzschmerz vor allem für chronische nichtspezifische Kreuzschmerzen empfohlene multimodale Therapie weitaus seltener erbracht. Zur multimodalen Therapie bedarf es des integrierten Zusammenwirkens verschiedener körperlicher, psychotherapeutischer und bewegungsorientierter Behandlungsansätze in einem gut und regelmäßig miteinander kommunizierenden Team von Ärzten, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten. In 2011 erreichte im stationären Sektor die Zahl interventioneller Verfahren der Wirbelsäule (478.723 Fälle) das mehr als Elfache gegenüber der stationären multimodalen Schmerztherapie (42.420 Fälle).

Interdisziplinäre Therapieverfahren unter Einbeziehung psychotherapeutischer und physio-/ergotherapeutischer Kompetenz mit enger inhaltlicher Therapieabsprache sind in der

ambulanten Regelversorgung nicht umsetzbar. Im stationären/teilstationären Bereich gibt es einen erheblichen Mangel an Institutionen, um den hohen Bedarf dieser evidenzbasierten Therapieform gerecht zu werden. Nach einer aktuellen Querschnittsstudie (Häuser et al. 2013) ist von 5,4 Prozent deutlich beeinträchtigten und 2,3 Prozent höchst chronifizierten Schmerzfällen in der Bevölkerung Deutschlands auszugehen, die einer multimodalen Therapie bedürfen. In einer Dissertationsarbeit am DRK Schmerz-Zentrum Mainz konnte nachgewiesen werden, dass speziell bei chronischen Rückenschmerzpatienten im Durchschnitt 17 Jahre seit Beschwerdebeginn vergingen, bis sie in einem Schmerz-Zentrum mit interdisziplinärem, multimodalem diagnostischem und therapeutischem Behandlungsangebot vorgestellt wurden (Casser et al. 2013).

Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (2011) fordert nach spätestens 6 Wochen therapieresistentem Schmerz trotz leitliniengerechter Therapie ein interdisziplinäres Assessment zur Klärung der Indikation für ein multimodales Therapieprogramm mit dem Ziel, eine Chronifizierungs-Gefährdung zu erkennen und ein intensives interdisziplinäres Therapieprogramm mit verbesserter Prognose einzuleiten. Nach zwölf Wochen therapieresistenten Beschwerden wird ein interdisziplinäres Schmerztherapieprogramm empfohlen. Die bereits in dem OPS-Code 1-910 „Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik“ beschriebenen Strukturen und Maßnahmen bedürfen einer Übertragung in die Regelversorgung mit einer entsprechenden Honorierung, zumal das Assessment hohe Kompetenzen und Erfahrungen von dem Untersucherteam verlangt. Das Assessment ist zentraler Bestandteil der Qualitätsforderungen in der Schmerzmedizin (Casser et al. 2013).

Neueste epidemiologische Untersuchungen ergaben (Häuser et al. 2013), dass zwar 27 Prozent der Bevölkerung an chronischen Schmerzen leiden, wenn die zeitliche Definition – Schmerz länger als drei Monate – zugrunde gelegt wird, dass aber zehn Prozent an Schmerzen mit erheblicher Beeinträchtigung leiden, die eine spezielle schmerzmedizinische Therapie, das heißt ein interdisziplinäres Schmerztherapieprogramm dringend benötigen. Der Bedarf ist noch um einiges höher, wenn sinnvollerweise bereits chronifizierungsgefährdete Patienten ein derartiges Therapieprogramm erhielten, um fortgeschrittene Fälle mit Therapieresistenz und ungünstiger Prognose zu vermeiden. Das Besondere des chronifizierten Schmerzes, insbesondere im Rückenbereich, besteht darin, dass psychosoziale Risikofaktoren, wie zum Beispiel Angst, Depression dazu führen, dass herkömmliche Schmerzverfahren unzureichend oder überhaupt nicht wirken. Bei derartigen Konstellationen muss ein Therapieprogramm entwickelt werden, das neben medizinischem Knowhow psychologische und physiotherapeutische Komponenten hat, die allerdings nicht einzeln, sondern in einem interdisziplinären Setting mit enger Integration des Patienten durchgeführt werden. Das verhaltenstherapeutisch geprägte Programm mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Fortführung des Programms durch den Patienten, das unter mindestens 15 Arbeitstagen nicht zu

erreichen ist, wird konterkariert durch die DRG-getriggerte Verkürzung der dringend erforderlichen Therapiezeit.

Insgesamt ist festzuhalten, dass trotz wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Konsensus, die Schmerzmedizin aufgrund alarmierender Zahlen zu fördern, so auch laut Beschlussfassung der 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 24./25. Juni 2015 aktuelle Fortschritte in der Versorgung nicht in die Wege geleitet werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Vorträge auf dem DKOU 2015:

Pauwels-Gedächtnisvorlesung
„Gelenkschmerz“, H. Schaible, Jena
Termin: Donnerstag, 22.10.2015, 14.30 bis 16.00 Uhr, Festsaal

Weitere Informationen:

H.-R. Casser, H.-G. Schaible, „Muskuloskeletaler Schmerz“, Schmerz 2015 29:486-495, Springer Verlag Berlin-Heidelberg

Achtung:

Bitte beachten Sie, dass der Artikel „Schaible, H.-G., Gelenkschmerz: neue Erkenntnisse zu den Zusammenhängen von Inflammation und Nozizeption“ ausschließlich für Ihre persönlichen Recherchezwecke verwendet werden darf. Die Datei darf nicht weitergegeben, vervielfältigt oder online frei zugänglich gemacht werden.

Copyright: Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Curriculum Vitae

Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik und
Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität,
Düsseldorf

* 1953



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|--|
| 1972 | Abitur an der Auguste-Viktoria-Schule, Flensburg |
| 1972–1980 | Chemiestudium und Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität, Kiel |
| 1978 | Studienaufenthalt an der Medical School London,
Royal Free Hospital, London |
| 1980 | Approbation als Arzt |
| 1983 | Promotion zum Doktor der Medizin an der
Christian-Albrechts-Universität, Kiel: „Aktivierung postganglionärer
Vasokonstriktorneurone zur Hinterextremität der Katze über
nicotinerge, muscarinerge und nicht cholinerge synaptische
Mechanismen in sympathischen Ganglien“ bei Professor Dr. W. Jänig;
Note: magna cum laude |
| 07/1980–01/1982 | Assistenzarzt am Pathologischen Institut
(Direktor: Professor Dr. H. Cain),
Katharinenhospital, Stuttgart |
| 02/1982–03/1983 | Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik
(Direktor: Professor Dr. O. Scheibe), Krankenhaus Feuerbach,
Bürgerhospital, Stuttgart |
| 04/1983–03/1986 | Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Stuttgart
(Direktor: Professor Dr. K. Parsch) |
| 04/1986–03/1987 | Funktionsoberarzt an der Orthopädischen Klinik
(Direktor: Professor Dr. K. Parsch), Olgahospital, Stuttgart |
| 04/1987–05/1987 | Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus
(Direktor: Professor Dr. J. Eulert), Julius-Maximilians-Universität,
Würzburg |
| 1987 | Anerkennung als Arzt für Orthopädie |

1987–1999	Oberarzt und leitender Oberarzt sowie Stellvertreter des Ärztlichen Direktors an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus (Direktor: Professor Dr. J. Eulert), Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1991	Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“
29.11.1993	Habilitation an der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg: „Elektrophysiologische und morphologische Untersuchungen zur Innervation des Kniebandapparates“
18.03.1994	Venia legendi für das Fach „Orthopädie“
04.02.1995–20.03.1995	Studienreise als ASG-(Austrian-Swiss-German-)Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie nach Großbritannien, in die USA und Kanada an verschiedene Orthopädische Zentren
1995	Anerkennung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
12/1996	Berufung auf eine C-3-Universitätsprofessur an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, Würzburg, im Fachgebiet Orthopädie
Seit 09/1999	Direktor und C-4-Universitätsprofessur an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2007	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle Kinderorthopädie“
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
2000–2008	Präsident der Vereinigung für Kinderorthopädie
2005–2009	Präsident der AOSpine Deutschland
2011–2012	Präsident der European Paediatric Orthopaedic Society
2014	2. Vizepräsident (Präsident 2015) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Ausgewählte Literatur:

200 Originalarbeiten, über 30 Buchbeiträge, über 400 Abstracts, über 600 Vorträge, mehrere Fachbücher, mehrere Wissenschaftspreise, unter anderem Heine-Preis der DGOT 1997

Mitgliedschaften:

- Mitglied der DGOOC, DGOU
- Mitglied des Gesamtvorstands der DGOOC 2000–2008 sowie ab 2013
- President elect der DGOOC 2015
- Gründungsmitglied und Präsident (2000–2008) der Vereinigung für Kinder-Orthopädie

- Vorstandsmitglied der European Paediatric Orthopaedic Society 2004–2013
- Vorstandsmitglied der Orthopaedic Society 2007–2013 (Präsident 2011–2012)
- Gründungsmitglied und Vorsitzender der AOSpine Germany, 2005–2009 Mitglied der AOSpine International
- Mitglied International Paediatric Orthopaedic Think Tank (IPOTT)
- Mitglied des Gesamtvorstandes EFORT 2010–2012
- Mitglied zahlreicher weiterer Fachgesellschaften
- Mitglied mehrerer Editorial Boards deutscher und internationaler Journale, Spezialgebiete: Hüftchirurgie, Wirbelsäulenerkrankungen, Kinderorthopädie, Tumororthopädie

Forschung:

- Zellbiologie der Knochen- und Knorpelregeneration
- Stammzellbasierte Therapie von Knorpel- und Knochendefekten
- Neue Therapieverfahren bei Wirbelsäulendeformitäten
- Intravitale Diagnostik der Knorpeldegeneration, Navigation

Curriculum Vitae

Dr. med. Holger Haas

Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
Chefarzt am Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
des Gemeinschaftskrankenhauses Bonn

* 1963



Beruflicher Werdegang:

<i>Hochschulstudium:</i>	Technische Universität München, Justus-Liebig-Universität Gießen
1990–1993	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Städt. Krankenhaus Heilbronn, Chefarzt Professor Dr. E. G. Suren
1992	Dissertation/Promotion an der Klinik für Unfallchirurgie der Universität Marburg unter Leitung von Professor Dr. L. Gotzen
1993–1995	Orthopädische Universitätsklinik Bonn, Leiter: Professor Dr. O. Schmitt
1996–2006	Orthopädische Universitätsklinik Gießen, Leiter: Professor Dr. H. Stürz, zuletzt als Stellvertretender Direktor
Seit 10/2006	Chefarzt Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Berufliche Qualifikation:

Facharzt für Orthopädie, Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Zusatzqualifikationen:

- Kontaktstudium Gesundheitsökonomie
- European Business School (ebs), Oestrich-Winkel
- EFQM Assessor
- Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt
- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Zusatzbezeichnung Kinder-Orthopädie

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Mitglied des Nichtständigen Beirats
- Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE), kooptiertes Vorstandsmitglied
- Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU e.V.)
- Leitung der Kommission „Integrierte Versorgung“ der DGOOC
- Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU
- Leitung der Evaluationskommission „EndoCert“ der DGOOC

Veröffentlichungen/Vorträge:

Verzeichnis auf Anfrage

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Thomas Wirth
Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Studium an der Philipps-Universität Marburg
11/1984	Promotion zum Dr. med., Philipps-Universität Marburg
11/1984 –01/1986	Stabsarzt bei der Bundeswehr in München und Gießen
01/1986–05/1987	Ass.-Arzt in der Chirurgischen Universitätsklinik zu Lübeck
06/1987–06/1991	Ass.-Arzt Orthopädische Klinik, Philipps-Universität, Marburg
07/1991–06/1992	Clinical Research Fellow, Dept. Pediatr. Orthop., Adelaide, Children's Hosp. Adelaide, Australien
07/1991–09/1998	Oberarzt der Orthop. Klinik, Philipps-Universität, Marburg
1996	Habilitation an der Philipps-Universität, Marburg
10/1998–04/1999	Locum Consultant, Paediatric Orthopaedics, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, England
05/1999–09/2004	Leitender Oberarzt der Orthop. Klinik, Philipps-Universität, Marburg
2001	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, Philipps-Universität, Marburg
10/2004–12/2004	Kommissarischer Leiter der Orthop. Klinik, Philipps-Universität, Marburg
Seit 01/2005	Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Klinikum Stuttgart
2008–2014	1. Vorsitzender der Vereinigung für Kinderorthopädie
Seit 2012	Schatzmeister der European Paediatric Orthopaedic Society
2014	Verleihung der Goldenen Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peer Eysel
Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Universitätsklinikum Köln

* 1959



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| 1978–1984 | Studium der Humanmedizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz |
| 04.11.1984 | Promotion, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin. Titel: „Anspruch und Wirklichkeit in der stationären Gruppenpsychotherapie. Ein Kompromiß, veranschaulicht am Modell der Düsseldorfer Klinik für Psychotherapie.“ Note: „magna cum laude“ |
| 07.11.1984 | Approbation |
| 1985 | Tannenwaldklinik Bad Schwalbach, Abteilung Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Chefarzt: Dr. H. Stegemann) |
| 1985–1986 | Psychiatrische Klinik, Waldkrankenhaus Köppern (Direktor: Professor Dr. E. M. Biniek) |
| 1986–1988 | Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt/Main (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Contzen) |
| 1988–1991 | Neurochirurgische Universitätsklinik Gießen (Direktor: Professor Dr. K. Roosen) |
| 1991–2001 | Orthopädische Universitäts-Klinik Mainz (Direktor: Professor Dr. J. Heine) – zuletzt leitender Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors |
| 10/1992–02/1993 | Forschungsaufenthalt an der Universität Paris, ENSAM -Labor für Biomechanik (Direktor: Professor Dr. F. Lavaste) |
| 07.12.1995 | Habilitation, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin. Titel der Schrift: „Die Stabilität der ventral instrumentierten Rumpfwirbelsäule – eine biomechanische, anatomisch-morphologische und klinische Untersuchung.“ |
| Seit 2002 | Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Uniklinik Köln |

Anerkennungen:

Arzt für Orthopädie/Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Rheumatologie, Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie, Physikalische Medizin, Naturheilkunde, Sportmedizin, Fachkundenachweis Rettungsdienst

Mitgliedschaften:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Société Internationale de Chirurgie, Orthopédique et de Traumatologie (SICOT), European Spine Society, Deutsche Wirbelsäulen Gesellschaft, International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS-International), Vereinigung Süddeutscher Orthopäden, Deutsche Gesellschaft für anthropologische und analytische Medizin, Psychologie und Psychotherapie, Ehrenmitglied der Gesellschaft für Orthopädie, Kreta, Mitglied der internationalen Jury der Telethon Förderung Combatti la Distrofia Muscolare e altre Malattie genetiche

Wissenschaftliche Preise:

- DEGUM-Preis 1995 gemeinsam mit K. Küllmer und J. D. Rompe für die Arbeit: „Erste Erfahrung der intraoperativen Sonographie bei lumbalen Bandscheibenvorfällen.“
- Preis der Landesarbeitsgemeinschaft Rheumatologie und kooperatives Rheumazentrum Rheinlandpfalz 2000 gemeinsam mit Eckardt und S. Fürderer für die Arbeit: „Zervikale oder okzipizo-zervikale Fusion bei Rheumatischer atlanto-axialer Instabilität“
- Technological Advancement Award 2000 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie und Orthopaedics today gemeinsam mit J. Zöllner und C.D. Ray für die Arbeit: „Die PDN-Bandscheibe, erste Ergebnisse einer internationalen Multicenterstudie“
- Premio Capo Circeo 2007

Stipendien:

- USA-Kanada-England-Reisestipendium 1997 der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
- Aufnahme in den Kreis der ASG-Fellows

Forschungsgebiete:

Biomechanik, Wirbelsäulenchirurgie, Endoprothetik, Computerassistierte orthopädische Operationen, Rheumatologie, Zellkulturforschung

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser

2. Schriftführer des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz (SZM)

* 1956



Beruflicher Werdegang:

Bis 1988	Orthopädische Ausbildung am Universitätsklinikum Aachen
1988–1995	Oberarzt am Universitätsklinikum Aachen
1990	Habilitation, RWTH Aachen
1995–2003	Chefarzt der Orthopädisch-Rheumatologischen Klinik, Klinikum Staffelstein bei Bamberg
Seit 2004	Ärztlicher Direktor des DRK-Schmerz-Zentrums Mainz

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Sonographie muskuloskeletaler Organe, insbesondere der Säuglingshüfte
- Integrierte Versorgungsmodelle für Schmerzpatienten (IGOST, Bertelsmann-Stiftung)
- Mixed-Pain-Konzept beim Rückenschmerz
- Versorgungswege des chronischen Schmerzpatienten (BMBF-Projekt mit der Charité, Berlin)

Auszeichnungen:

USA-Stipendiat (ASG Fellow) der deutschen, schweizerischen und österreichischen orthopädischen Gesellschaften

Mitgliedschaften:

- Mitglied des Gesamt-Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Vizepräsident der Interdisziplinären Gesellschaft für Orthopädische und Unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST)
- Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM, früher FAC, Ärzteseminar Boppard)



Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2015

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Fit und Mobil im Alter – O und U macht es möglich

Themen und Referenten:

Reha vor Pflege: Wie Patienten nach einem Eingriff wieder fit werden

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Kongress-Präsident DKOU 2015, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin

Vermeidung von Kniegelenkproblemen: aktuelle Zahlen und Vorbeugung

Dr. med. Sabine Knapstein

Referatsleiterin med. Qualitätsförderung & Arztkommunikation, AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement

Osteoporose: Altersadaptiertes Kraft-Ausdauertraining mit Osteoporose-Patienten

Universitäts-Professor Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer

Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V., Professor für Orthopädie und Unfallchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Centrum für Sportwissenschaften und Sportmedizin; Ärztlicher Direktor und Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Medical Park Berlin Humboldtmühle; Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische Medizin, Chirotherapie, Sozialmedizin, Rettungsmedizin Osteologie (DVO), Gesundheitsökonom (ebs)

Heilen mit den Händen – Bei welchen Volkskrankheiten hilft die Manuelle Medizin?

Dr. med. Hermann Locher

Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC); Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tett nang

Adipositas und ihre Auswirkung auf O und U

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2015, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-82002
Fax: 030 3038-82003



Pressekonferenz des DKOU 2015

Termin: Freitag, 23. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Preisgekrönte Forschungs-Highlights aus O und U

Kongress-Rückblick

Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Kongress-Präsident DKOU 2015, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Professor Dr. med. Michael Nerlich

Kongress-Präsident DKOU 2015, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallmedizin am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg; Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Regensburg

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Kongress-Präsident DKOU 2015, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin

Innovationspreis 2015 – Schnell vernetzt: Ein neue Telekooperations-Plattform ermöglicht den sicheren Online-Austausch von Bildern und Dokumenten für Ärzte und Patienten

Professor Dr.-Ing. Martin Staemmler, Preisträger, Health Informatics, University of Applied Sciences Stralsund

Themistocles-Gluck-Preis 2015 – Auf die Position kommt es an: Computermodell sagt Erfolg einer Hüftendoprothese vorher

PD Dr. med. Michael Müller, Preisträger, Oberarzt und Sektionsleiter für Revisionsendoprothetik/septische Chirurgie sowie Hüft- und Beckenchirurgie am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung 2015 – Neues interdisziplinäres Reha-Programm hilft Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Jana Semrau, Preisträgerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportwissenschaft und Sport/Lehrstuhl für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Bewegung und Gesundheit, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2015, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-82002
Fax: 030 3038-82003



Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz des DKOU 2015

O und U im Wachstumsalter – Herausforderungen und neue Erkenntnisse – Kinder und Jugendliche im Fokus

Termin: Mittwoch, 21. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe
- Dr. med. Holger Haas
- Professor Dr. Thomas Wirth
- Professor Dr. Peer Eysel
- Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser
- Hüftfehlstellung Abb. 1
- Hüftfehlstellung Abb. 2

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Haus-Nr:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelman/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-82002
Fax: 030 3038-82003